



Perceptions des infirmières concernant la prise en charge des adultes vivant avec une multimorbidité

Référence

Whitehead L, Palamara P, Allen J, et al. Nurses' perceptions and beliefs related to the care of adults living with multimorbidity: a systematic qualitative review. *J Clin Nurs* 2022;31:2716-36.
DOI: 10.1111/jocn.16146

Analyse de

Thérèse Van Durme, infirmière spécialisée,
Institut de Recherche Santé et Société
(IRSS), UCLouvain
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quelles sont les perceptions et croyances des infirmières concernant la prise en charge des adultes vivant avec une multimorbidité ?

Contexte

La multimorbidité est une condition complexe et lourde à vivre et à soigner, et nos paradigmes de soins et d'aide focalisés sur une maladie n'y sont pas propices. En effet, ces patients ont souvent besoin de soins de la part de prestataires issus de différentes disciplines, voire de plusieurs lignes de soins (1). De plus, dans les systèmes de soins hospitalocentristes, l'organisation des soins aux patients vivant avec cette condition posent des défis importants pour tous les soignants en matière de continuité des soins et d'évaluation du suivi (2). Les infirmières passent souvent un temps considérable auprès de ces patients et les données de la littérature montrent que le développement d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et le patient est importante (3). Une analyse de Minerva publiée en février 2023 montrait que la présence d'infirmières dans les équipes de soins primaires aurait un impact sur la qualité des soins (4,5). Deux autres analyses de Minerva, publiées en mars 2021 et 2022 (6-9), montraient aussi l'importance des soins ciblés et le rôle du travail collaboratif pour les patients multimorbides. À ce jour, aucune revue de la littérature n'avait investigué les perceptions et attitudes des infirmières vis-à-vis des soins pour cette population, afin de guider les autorités en charge de la santé, gestionnaires et praticiens.

Résumé

Méthodologie

Cette revue systématique se fonde sur des résultats qualitatifs, utilisant à la fois des protocoles qualitatifs et des protocoles mixtes (10).

Sources consultées

- MEDLINE, PsychINFO, EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, JBI Evidence-based practice, Science Direct Journals and Books et ProQuest (Consumer Health Database)
- pour la littérature grise : OpenGrey, Mednar, ProQuest Dissertation and Theses, Google et Google Scholar
- les listes de références des études incluses et exclues (p. ex. les revues systématiques), ont également été utilisées pour identifier des études supplémentaires.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion
 - études primaires portant sur les croyances, expériences, perceptions et attitudes des infirmières dans le cadre des soins aux adultes (18 ans et +) présentant une multimorbidité

- les problématiques de soins pouvaient être générales ou cibler un soin particulier
- les pathologies pouvaient aussi bien être somatiques que psychiques
- protocole qualitatif ou mixte
- pas de restriction quant au contexte de soins ou pays
- seules les publications en anglais et accessibles en textes entiers ont été incluses
- critères d'exclusion : études portant sur les perceptions des adultes avec multimorbidités, celles de leurs aidants proches, d'autres professionnels que les infirmières ou relatant des recensions des écrits telles des revues systématiques, méta-analyses, infolettres, commentaires, éditoriaux, débats et notes de politique
- au total, 1300 articles ont été identifiés ; 11 articles ont été retenus pour l'analyse ; les études provenaient d'Australie, du Royaume-Uni, de Suède, du Canada, d'Italie et de Nouvelle Zélande ; 9 études avaient été publiées entre 2016 à 2018 et 2 entre 2008 à 2011 ; les infirmières incluses travaillaient dans divers domaines des soins primaires : pratiques de première ligne, pratiques de santé mentale, pratiques de santé communautaire, services de coordination/ orientation infirmière et services pour personnes âgées ; une seule étude portait sur des infirmières travaillant à la fois à l'hôpital et à domicile ; au total, cette revue porte sur 219 infirmières ; la taille de l'échantillon dans ces études variait de 3 à 84.

Mesure des résultats

- les données qualitatives des études incluses sont synthétisées par méthode dite de « méta-agrégation » pour éventuellement générer de nouveaux thèmes.

Résultats

Les résultats concernant les croyances et attitudes sont présentés de manière synthétique selon 4 axes :

1. Le défi posé par des soins aux personnes présentant une multimorbidité : lié non seulement par la condition du patient lui-même, mais également par les difficultés engendrées par le modèle dominant de soins chroniques pour cette patientèle, qui se centre sur une seule maladie.
2. Le besoin de délivrer des soins holistiques et centrés sur les personnes : ce qui permet d'appuyer l'importance à porter à l'évaluation globale de la situation (par opposition à une évaluation limitée à l'évaluation biomédicale).
3. L'importance de développer une relation thérapeutique infirmière-patient : ce qui relève l'importance de créer d'abord une relation de confiance, ce qui prend du temps et nécessite non seulement la mise en œuvre d'un réel partenariat avec le patient, mais également de le soutenir dans les aspects non médicaux de leur situation.
4. Délivrer des soins infirmiers dans le cadre d'une équipe interprofessionnelle : implique de travailler dans une équipe interprofessionnelle, ce qui est particulièrement bénéfique dans le cadre de la révision médicamenteuse. De plus, la coordination semble être facilitée par les technologies de l'information et de la communication. Enfin, les infirmières semblent pouvoir jouer un rôle pour aider les patients à faire face aux avis parfois contradictoires des professionnels issus de spécialités différentes.

Conclusion des auteurs

La complexité de la gestion de la multimorbidité, ainsi que le modèle prédominant des soins chroniques ciblant une seule maladie présente des défis pour les soins infirmiers destinés aux personnes vivant avec une multimorbidité.

Financement de l'étude

Non mentionné.

Conflit d'intérêts des auteurs

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

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Au vu de la question de recherche, la méthodologie de recherche semble pertinente. La revue utilise les bases de données adéquates et utilise une équation de recherche adaptée à chaque base de données. Elle suit les recommandations PRISMA pour organiser ses résultats, ce qui est en accord avec le guide du Joanna Briggs Institute (JBI) pour la réalisation de revue systématique de publications qualitatives (11), incluant le screening des titres et résumés par deux reviewers indépendants. En cas de désaccord, un troisième relecteur était sollicité pour trancher. Le guide de la Cochrane questionne lui le recours à PRISMA pour les revues systématiques de données qualitatives (12). La qualité méthodologique des études incluses était évaluée à l'aide de la grille spécifique aux études qualitatives JBI et elles ont été jugées de qualité bonne à très bonne. Les auteurs ont utilisé un outil permettant l'extraction des données standardisée (QARI), également du JBI. Un tel traçage de données permettait aussi de vérifier la crédibilité de chaque affirmation issue de l'analyse. Les données extraites ont été ensuite agrégées selon une approche de méta-agrégation (13). Cette technique inclut la compilation des données, les groupant en catégories selon les similitudes de sens. La synthèse issue de cette compilation a été révisée et discutée par un autre auteur, de manière itérative. Ensuite, les auteurs ont vérifié la crédibilité des résultats, en fonction de la qualité des informations qui les étayaient. Seules les données classées comme « non équivoques » ou « équivoques » ont été incluses. Les premières étaient appuyées par des illustrations évidentes, alors que les deuxièmes pouvaient être sujettes à interprétation. Les données non étayées par du verbatim étaient exclues. Finalement, les synthèses issues de ces analyses ont été notées selon un système de classification appelée ConQual, afin d'évaluer le degré de confiance dans le résultat de cette revue systématique (14). Cette méthode permet de peser la contribution de chaque étude, dans le résultat final. Ceci nous paraît particulièrement pertinent, au vu du faible nombre de participants dans certaines des études incluses. Malheureusement, seules les études publiées en anglais ont été recherchées.

Évaluation des résultats

Les résultats relèvent des éléments qui sont déjà bien établis et décrits dans le contexte belge : la nature complexe des soins aux personnes vivant avec une multimorbidité, le besoin d'envisager la personne de manière holistique, l'importance de développer une relation thérapeutique avec le patient et l'importance de délivrer des soins en faisant partie d'une équipe interprofessionnelle pour pouvoir assurer la globalité et la continuité des soins. Ce sont ces constats qui ont notamment été à l'origine du plan conjoint pour les maladies chroniques dès 2012 en Belgique, réunissant les forces des autorités fédérales et entités fédérées (15). Les auteurs souhaitaient mettre en évidence les expériences des infirmières, pouvant être potentiellement être des barrières et facilitateurs aux soins infirmiers « efficaces ». Dans un registre positif, une telle approche permet de rendre compte d'une série de difficultés identifiées dans les articles inclus, à partir des perceptions des infirmières. En revanche, la plus-value d'une telle approche est très discutable. D'une part, plusieurs concepts n'ont pas été définis, ni opérationnalisés. Les auteurs relèvent par exemple la difficulté des infirmières à faire face à la complexité mais la complexité étant multidimensionnelle et différente selon qu'elle est vécue par le patient ou par l'infirmière (16), il est très difficile pour le lecteur de savoir ce dont il s'agit et quelle est le contrôle de l'infirmière par rapport à cette complexité. D'autre part, la complexité liée à la multimorbidité est réduite à la dimension biomédicale, alors qu'il semble y avoir consensus parmi les auteurs que la complexité (pour le patient, pour les soignants, dont les infirmières, parmi d'autres), résulte souvent d'une fragmentation du système de santé. Or, les systèmes de santé des études incluses ne sont pas décrits et probablement très différents du système belge, pour ce qui est de la fragmentation (17). Bien qu'une variété de contextes ait été pris en compte dans les études incluses, ces contextes ne sont cependant pas décrits, ce qui ne permet pas à l'analyste et au lecteur de connaître les éléments du contexte qui peuvent influencer la qualité de la prestation. En effet, les niveaux de formations diffèrent d'un pays à l'autre, malgré l'harmonisation au sein de l'UE, les modalités de remboursement varient, le type d'accord interinstitutionnel également (18). Pour ne citer qu'un exemple, les exemples des Groupes de Médecine de Famille (GMF) au Québec, permettent de structurer le territoire québécois en zones territoriales, gérées par des structures interdisciplinaires où travaillent ces infirmières. L'expérience des infirmières travaillant dans de telles

équipes semble difficilement transposable à la réalité belge, en pleine mutation pour ce qui est de sa structuration territoriale des soins primaires.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Un résumé de revue systématique de Cochrane Belgique (19) sur un thème proche a été publié en 2020 sur Ebpracticenet (20). Dans cette étude, les soins primaires dispensés par des infirmières, comparés aux soins dispensés par des médecins, semblent entraîner une plus grande satisfaction des patients et des résultats équivalents ou meilleurs pour un large éventail d'affections. L'étude ne se focalisait cependant pas uniquement sur la population de patients vivant avec une multimorbidité, qui présente des défis dépassant le contexte de cette revue systématique et inclut l'importance du travail « en équipe ». Les effets du recours aux infirmières pour remplacer les médecins sur le processus de soins et les coûts sont incertains. On ne sait pas exactement quel niveau de formation infirmière est nécessaire pour obtenir des résultats optimaux pour les patients. Comme dans notre étude, les auteurs relèvent que les soins et les barrières à des soins de qualité sont largement dépendants du contexte.

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique de la littérature de bonne qualité méthodologique incluant une méta-agrégation montre que la complexité de la gestion de la multimorbidité, ainsi que le modèle prédominant des soins chroniques ciblant une seule maladie présente des défis pour les soins infirmiers destinés aux personnes vivant avec une multimorbidité. La pertinence de la question de recherche est questionnable au vu de l'absence de définition de la complexité mais également au vu de l'absence de prise en compte des contextes de soins des études incluses pouvant influencer les modalités de travail et donc les croyances et attitudes des infirmières travaillant avec cette population.

Références

1. Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: a scoping review and concept analysis. *PLoS One* 2022;17:e0262843. DOI: 10.1371/journal.pone.0262843
2. Danhieux K, Martens M, Colman E, et al. What makes integration of chronic care so difficult? A macro-level analysis of barriers and facilitators in Belgium. *Int J Integr Care* 2021;21:8. DOI: 10.5334/ijic.5671
3. Younas A, Porr C, Maddigan J, et al. Implementation strategies to promote compassionate nursing care of complex patients: an exploratory sequential mixed methods study. *J Nurs Scholarsh* 2023. DOI: 10.1111/jnu.12869
4. Van Durme T. Quelle est la plus-value des infirmières sur le système de soins de santé et les résultats des patients dans les soins primaires, par rapport aux équipes de soins primaires sans infirmières ? *MinervaF* 2023;22(1):13-7.
5. Lukewich J, Asghari S, Marshall EG, et al. Effectiveness of registered nurses on system outcomes in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2022;22:440. DOI: 10.1186/s12913-022-07662-7
6. Haverals R, Boeykens D, Boeckxstaens P. Intégration des objectifs personnels du patient dans la politique du médecin généraliste en matière de médicaments. *Minerva Analyse* 18/03/2022.
7. Weir KR, Naganathan V, Carter SM, et al. The role of older patients' goals in GP decision-making about medicines: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2021;22:13. DOI: 10.1186/s12875-020-01347-y
8. Boeykens D, Van de Velde D, De Vriendt P, et al. Prise en charge axée sur la personne en cas de multimorbidité, *Minerva Analyse* 01/03/2021.
9. Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, et al. Association of patient priorities-aligned decision-making with patient outcomes and ambulatory health care burden among older adults with multiple chronic conditions: a nonrandomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2019;179:1688-97. DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.4235
10. Whitehead L, Palamara P, Allen J, et al. Nurses' perceptions and beliefs related to the care of adults living with multimorbidity: a systematic qualitative review. *J Clin Nurs* 2022;31:2716-36. DOI: 10.1111/jocn.16146

11. Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI manual for evidence synthesis. Joanna Briggs Institute, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>
12. Noyes J, Booth A, Cargo M, et al. Chapter 21: Qualitative evidence. In: Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (Editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022). Cochrane, 2022. Available from www.training.cochrane.org/handbook
13. Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc* 2015;13:179-87. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000062
14. Munn Z, Porritt K, Lockwood C, et al. Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. *BMC Med Res Methodol* 2014;14:108. DOI: 10.1186/1471-2288-14-108
15. Van Durme T, Macq J, Anthierens S, et al. Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for healthcare reforms. *BMC Health Serv Res* 2014;14:179. DOI: 10.1186/1472-6963-14-179
16. Alvarez Irusta L, Belche JL, Biston C, et al. Un livre blanc pour la première ligne francophone. Be.Hive, Chaire interdisciplinaire de la première ligne, 2020. URL : <http://hdl.handle.net/2078.1/227641>
17. Lambert AS, Op de Beeck S, Herbaux D, et al. Towards integrated care in Belgium: stakeholders' view on maturity and avenues for further development. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2022. KCE Reports 359. DOI: 10.57598/R359C
18. Steele Gray C, Zonneveld N, Breton M, et al. Comparing international models of integrated care: how can we learn across borders? *Int J Integr Care* 2020;20:14. DOI: 10.5334/ijic.5413
19. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, et al. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
20. La prévention des chutes chez les personnes âgées résidant à domicile. Expertisecentrum Val- en fractuurpreventie Vlaanderen. Ebpracticenet. Mis à jour par le producteur: 18/10/2017.