

METHODOLOGIE

Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature

Nurse's activities for patients with chronic diseases in primary care : a systematic review

Marie-Eve POITRAS

Infirmière, Ph.D., Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac Saint-Jean, Saguenay Canada et Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Maud-Christine CHOUINARD

Infirmière, Ph.D., Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Saguenay Canada et Département des sciences de la santé, Université du Québec à Chicoutimi, Saguenay, Canada

Martin FORTIN

Médecin, M.Sc., Directeur de la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac Saint-Jean, Saguenay Canada
Professeur, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Ariane GIRARD

Infirmière, M.Sc., Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Frances GALLAGHER

Infirmière, Ph.D., Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

RÉSUMÉ

Introduction : les infirmières en soins de première ligne assurent le suivi des patients atteints de maladies chroniques (MC), en collaboration avec le médecin traitant. Les activités effectuées varient d'un milieu à l'autre.

Contexte : l'absence de données probantes sur les activités des infirmières des soins de première ligne nuit au développement de la pratique infirmière.

Objectif : décrire les activités des infirmières en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC et les éléments qui influencent ces activités.

Devis : revue systématique de la littérature.

Méthode : consultation des banques de données MEDLINE, CINAHL et SCOPUS. Mots-clés : Primary health care, Primary nursing and Chronic disease.

Résultats : dix-huit articles ont été retenus. Quatre domaines d'activités décrivent les activités des infirmières : 1) Évaluation de la condition globale de la personne atteinte de MC ; 2) Gestion des soins ; 3) Promotion de la santé ; 4) Collaboration infirmière-médecin. Des éléments reliés à l'environnement, à l'infirmière ou à la personne atteinte de MC influencent les activités.

Discussion : les activités des infirmières en soins de première ligne sont peu décrites. Certaines activités comme la gestion de cas et la collaboration interprofessionnelle sont absentes.

Conclusion : des études descriptives sont nécessaires pour mieux décrire l'éventail des activités.

Mots clés : infirmière, maladie chronique, soins de première ligne, pratique professionnelle, revue systématique.

Pour citer l'article :

Poitras ME, Chouinard MC, Fortin M, Girard A, Gallagher F. Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques: une revue systématique de la littérature. Rech Soins Infirm. 2016 Sep;(126):24-37.

Adresse de correspondance :

Marie-Eve Poitras : marie-eve.poitras@usherbrooke.ca

ABSTRACT

Introduction : in collaboration with family physician, primary care nurses can play a key role for persons with chronic diseases (CD). However, these activities vary from one practice to another.

Context : the absence of evidence hinders our understanding of the issues related to the improvement of nursing practices in primary care organizations.

Objective : to describe the primary care nurse's activities for persons with CD and elements influencing those activities.

Design : systematic literature review.

Method : MEDLINE, CINHAI and SCOPUS electronic databases were reviewed. Key words : « primary health care », « primary nursing » and « chronic disease ».

Results : eighteen studies were included in the review. Nurses activities can be clustered in four domain of activities: 1) Global assessment of the person with CD, 2) Care management, 3) Health Promotion and 4) Nurse-Physician Collaboration. Elements influencing nurses' activities can be related to the setting of care, to nurse or to the person with CD.

Discussion : nurses' activities in primary care are understudied. Activities such as case management and interprofessional collaboration are lacking.

Conclusion : descriptive studies are needed to describe in-depth nurses' activities in primary settings for persons with CD.

Key words : chronic disease, nurse, primary care, professional practice, systematic review.

INTRODUCTION

Les personnes atteintes de maladies chroniques (MC) sont les principales utilisatrices des soins de santé de première ligne (1, 2). Afin de pallier le manque d'accessibilité et de suivi de cette clientèle grandissante, diverses instances, tant au niveau canadien qu'international ont recommandé la création de structures favorisant le travail interdisciplinaire et la prise en charge à long terme des personnes atteintes de MC. Ces instances recommandent, entre autres, une meilleure utilisation des infirmières en soins de première ligne (2-4).

Au niveau québécois, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a préconisé au début des années 2000, la création des Groupes de médecine de famille (GMF) (4, 5). Un GMF se définit comme étant un regroupement de médecins de famille qui travaillent en collaboration avec des infirmières possédant une formation universitaire (4) et d'autres professionnels de la santé, afin d'améliorer l'accessibilité des soins et des services de première ligne (4, 5). L'intégration d'infirmières à l'intérieur des équipes médicales déjà en place visait à bonifier les suivis offerts aux clientèles vulnérables, dont les personnes atteintes de MC qui représentent la majeure partie de la clientèle desservie par les GMF (5-8).

Depuis maintenant 15 ans, la pratique de première ligne des infirmières de GMF auprès des personnes atteintes de MC est d'une grande importance afin d'améliorer l'accessibilité des soins, mais également la qualité de ceux-ci (9). Dans le contexte de diverses recommandations et de la création d'outils spécifiques à la pratique dans ce milieu, les infirmières québécoises qui pratiquent en GMF ont développé leur rôle et leurs activités auprès des personnes

atteintes de MC (7, 10, 11). Au fil des années, elles ont acquis par leur expérience de travail et le développement de leurs connaissances, un savoir pratique tacite (12) qui leur est propre. Cependant, le développement singulier et autonome des GMF sans ligne directrice claire quant au rôle des infirmières a engendré une variabilité de la pratique (13). De plus, des différences subsistent encore quant au rôle que les infirmières doivent jouer au sein de ces groupes de médecine de famille (13-16).

Tant au niveau québécois qu'international, la littérature scientifique encadrant la pratique des infirmières œuvrant en soins de première ligne à l'intérieur de regroupement de médecins de famille n'oriente pas clairement les activités qui doivent être réalisées (17). Les documents actuellement disponibles orientent la pratique de façon conceptuelle sans directive claire sur l'articulation de celle-ci auprès des personnes atteintes de MC. L'absence de données probantes nuit à la compréhension des enjeux présents en matière d'amélioration des pratiques infirmières, au développement et à l'évaluation des activités en soins de première ligne (17). Face à l'absence de publications faisant état des activités des infirmières des organisations de première ligne auprès des personnes atteintes de MC, il s'avère essentiel de réaliser une revue systématique des écrits sur le sujet.

OBJECTIFS

La présente revue systématique des écrits vise à : 1) décrire les activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC telles que décrites dans les écrits empiriques en sciences infirmières et ; 2) décrire les éléments influençant ces activités.

MÉTHODE

Une revue systématique de la littérature a été effectuée afin de rechercher et synthétiser les écrits scientifiques internationaux décrivant les activités des infirmières en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC et les éléments contextuels influençant l'expression de ces activités (18). Le processus de recherche a été guidé par les recommandations du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (19) et les principes fondamentaux établis par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (20).

■ Stratégie de recherche de la littérature

En considérant le nombre restreint d'écrits empiriques ayant pour contexte la pratique infirmière en GMF, la recherche documentaire a été élargie aux soins de première ligne. Les banques de données Medline, CINAHL et Scopus ont été interrogées. Les mots-clés et leurs dérivés/synonymes utilisés étaient *primary health care, primary nurse, roles/nurse practice* et *chronic disease*. Ceux-ci ont été déterminés par les auteurs de l'article et avec le soutien d'un spécialiste en recherche documentaire. Le tableau 1 présente les mots-clés utilisés selon les banques de données Medline, CINAHL et SCOPUS.

Les thèmes à l'intérieur de chacun des mots-clés ont été croisés avec la conjonction OR. Les résultats pour chaque groupement de mots-clés ont ensuite été jumelés avec la conjonction AND. La recherche dans Medline et CINAHL a été effectuée par Subject Terms, MeSH, CINAHL Heading et mots-clés. La recherche dans SCOPUS a été réalisée en utilisant la combinaison TITLE-ABSTRACT-KEYWORD (Keyword comprend : *Author, index terms, traditional name and chemistry name*). Les « guillemets anglais » ont été utilisés afin de rechercher les termes exacts dans le texte (ex : *primary health care*).

■ Critères de sélection

Les études descriptives publiées entre 1980 et avril 2016, en anglais ou en français, décrivant le rôle des infirmières ou leurs activités lors du suivi des personnes adultes atteintes de MC en première ligne ont été retenues. Les articles où il y avait absence d'éléments pertinents approfondissant le rôle des infirmières en soins de première ligne lors du suivi de personnes atteintes de MC, les articles de moindre qualité et les articles qui décrivent la pratique des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne n'ont pas été considérés. Les points de vue, les commentaires et les éditoriaux ont été exclus.

Thèmes	MEDLINE/CINAHL		Scopus
	MeSH ou CINAHL Heading	Mots-clés	TITLE-ABSTRACT-KEYWORD
Soins de première ligne, médecine de famille, groupe de médecine de famille	Primary health care (comprend : Primary care, Primary healthcare), family practice.	Family medicine, medicine group, family health team, medical home, health care clinic.	Primary care (comprend : Primary health care, Primary healthcare), family practice, family medicine, family medicine group, family health team, medical home, health care clinic.
Infirmière en première ligne	Primary Nursing (comprend : primary care nursing), family nursing (comprend : family centered nursing, family-centered, family centered-nursing).	Primary nursing, primary care nurses.	Nurse, primary nursing (comprend : primary care nursing), family nursing (comprend : family centered nursing, family-centered, family centered-nursing).
Rôle, pratique infirmière	Role (comprend : role, role concept), nursing care (comprend : nursing care management), disease management, nurse's practices patterns, nursing intervention, case management.	Nurses management, nurses practices.	Role (comprend : role, role concept), nursing care (comprend : nursing care management), disease management, nurse's practices patterns, management practice.
Maladie chronique	Chronic disease (comprend : chronic illness), comorbidity.	Chronic disease, multimorbidity, multiple chronic diseases, comorbidity, polyopathy.	Chronic disease (comprend : chronic illness). Comorbidity, chronic disease, multimorbidity, multiple chronic diseases.

Tableau 1.
Mots-clés recherchés : Medline, CIHNAL et SCOPUS

Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature

■ Évaluation de la qualité

L'examen de l'admissibilité des articles a été réalisé par deux des auteurs (MEP et AG). La qualité des articles retenus a ensuite été évaluée selon des critères de qualité inspirés du *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology (STROBE)* (21). Un score de qualité de 60 % devait être atteint pour qu'un article soit retenu.

■ Analyse des écrits

Huit-cent-cinquante-cinq études ont été ciblées. Les membres de l'équipe de recherche ont créé une grille d'analyse pour l'extraction des données selon les objectifs de la revue systématique des écrits. Deux des auteurs (MEP, AG) ont réalisé l'analyse, l'extraction et la vérification des données. Les données extraites ont été classées par auteur, année de publication, contexte des soins, maladies chroniques faisant l'objet de suivis et activités réalisées par les infirmières. Un récent examen de portée (*scoping review*), réalisé par les auteurs de cette revue systématique, a permis de proposer une schématisation de la pratique professionnelle des infirmières permettant de regrouper les activités des infirmières par domaine d'activités (22). L'utilisation de cette schématisation a permis de regrouper les activités de même nature par domaine d'activités en vue de proposer un cadre de référence des activités réalisées par les infirmières œuvrant en première ligne auprès des personnes atteintes de MC.

Lorsque des éléments influençant la pratique des infirmières étaient mentionnés par les auteurs, dans les résultats ou la discussion, ceux-ci étaient extraits et classés par catégories (liées au milieu de pratique, aux infirmières ou aux personnes avec MC). L'ensemble des données extraites (domaines, activités et éléments influençant les activités) a été interprété et discuté par les membres de l'équipe de recherche jusqu'à obtention d'une compréhension mutuelle et d'un consensus quant à la version finale.

RÉSULTATS

La figure 1 présente le processus d'identification et de sélection des articles. Deux-cent-seize études ont été lues en entier. Les articles rejetés n'étaient pas de nature descriptive (ex. essai clinique randomisé), ne permettaient pas de comprendre les activités exercées par les infirmières ou étaient de mauvaise qualité. Dix-huit articles ont été retenus dans la synthèse. Certaines études ont permis des descriptions plus détaillées avec un exemple alors que d'autres mentionnent des catégories d'activités ou des domaines sans les décrire de façon aussi détaillée. Les articles conservés ont tous obtenu un résultat de qualité supérieure à 60 %. Le tableau 2 présente les principales caractéristiques des études incluses dans cette revue et les résultats en lien avec les activités infirmières en première ligne auprès des personnes atteintes de MC. Les articles y sont classés par ordre alphabétique du 1^{er} auteur.

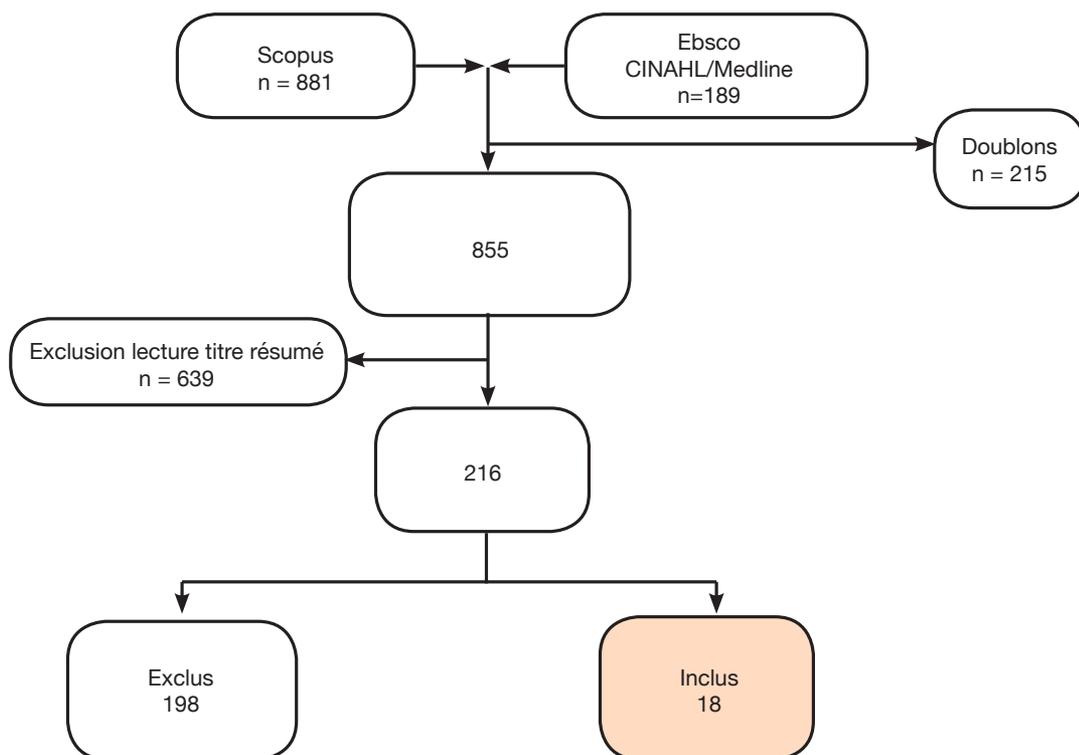


Figure 1. Processus d'identification et de sélection des articles

Auteurs	Pays	Devis/Objectif	Échantillon	Résultats	Cote de qualité
Atkins (1994) (36) ; Hirst (1995) (37)	Angleterre	Enquête populationnelle décrivant les activités des infirmières en soins primaires.	125/89 infirmières en soins primaires	Promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ● Effectuer de la prévention et immunisation ● Dépister l'anxiété ● Éduquer à la santé Évaluation de la condition physique et mentale de la personne <ul style="list-style-type: none"> ● Évaluer l'état de santé des personnes de ≥ 75 ans demeurant à domicile ● Évaluer la condition respiratoire et cardiaque ● 52 % des infirmières impliquées dans la gestion de l'asthme ● 55 % effectuent la gestion du diabète ● 66 % impliquées dans la gestion de l'hypertension artérielle 	82 % 87 %
Lindberg (2007) (37)	Suède	Étude descriptive quantitative décrivant si la pratique des infirmières de districts correspond aux recommandations nationales.	54 infirmières en soins primaires 21 gestionnaires	Promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ● Éduquer à la santé ● Soutenir l'autogestion ● Effectuer de la prévention secondaire 	68 %
D'Amour (2008) (23)	Québec/Canada	Étude de cas multiples ayant pour objectif d'analyser le développement de la pratique des infirmières des Groupes de Médecine de Famille.	5 Groupes de Médecine de Famille de la Montérégie au Québec. Infirmières, personnes avec MC et gestionnaires.	Évaluation de la condition physique et mentale de la personne <ul style="list-style-type: none"> ● Effectuer l'examen physique ● Collecter des données Promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ● Éduquer à la santé ● Soutenir à l'autogestion Gestion des soins <ul style="list-style-type: none"> ● Coordonner les soins dans la clinique, et avec la communauté, lorsque nécessaire Collaboration infirmière-médecin	96 %
Ehrlich (2011) (31)	Australie	Étude descriptive explorant le rôle des infirmières en soins primaires lors de la coordination des soins des personnes atteintes de MC.	13 participants : médecins = 4; infirmières = 5; personnel cléricale = 4.	Évaluation de la condition physique et mentale de la personne Gestion des soins : <ul style="list-style-type: none"> ● Établir des objectifs avec la personne, planifier, évaluer et réviser les soins Collaboration infirmière-médecin	91 %
Pelletier (2008) (28)	Canada/Québec	Étude de cas multiples décrivant l'activité des infirmières dans deux GMF du Québec.	Deux GMF (cas) formés de 4 infirmières et 8 médecins.	Évaluation de la condition physique et mentale de la personne <ul style="list-style-type: none"> ● Collecter des données en lien avec la condition de la personne Gestion des soins <ul style="list-style-type: none"> ● Coordonner des soins et des services en lien avec la personne suivie dans le GMF 	91 %

Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature

Auteurs	Pays	Devis/Objectif	Échantillon	Résultats	Cote de qualité
Jean (2010) (24)	Canada/ Québec	Étude qualitative exploratoire décrivant ce que sont les suivis systématiques de la clientèle selon la perspective des infirmières de GMF.	17 infirmières	<p>Évaluation de la condition physique et mentale de la personne</p> <p>Gestion des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Planifier les soins et le suivi : planification du contenu et de la fréquence des rencontres selon les besoins de la personne ● Établir des objectifs avec la personne et documenter l'atteinte des objectifs <p>Promotion de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Éduquer à la santé : donner de l'information sur la condition à la personne ● Soutenir l'autogestion : valider la compréhension de la personne <p>Collaboration infirmière-médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Transmettre de l'information concernant la condition de la personne 	83 %
MacDonald (2008) (33)	Royaume-Uni	Étude de théorisation ancrée explorant l'implication des infirmières en soins primaires concernant le soutien à l'autogestion des personnes ayant une MC.	25 infirmières en soins primaires	<p>Promotion de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Éduquer à la santé ● Soutenir l'autogestion de la maladie : soutenir la personne dans l'acceptation de sa maladie 	100 %
Blake (2007) (30)	Angleterre	Étude pilote qualitative décrivant le travail des infirmières en soins primaires en lien avec les maladies respiratoires.	13 infirmières en soins primaires	<p>Évaluation de la condition physique et mentale de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Effectuer l'examen de la condition respiratoire. ● Établir un constat et interpréter des résultats d'examens <p>Gestion des soins</p> <p>Promotion de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Effectuer de la prévention et immunisation 	60 %
Abdulhadi (2006) (29)	Oman	Étude descriptive explorant comment les médecins et les infirmières en soins primaires interagissent avec les personnes ayant un diabète de type II.	13 infirmières	<p>Évaluation de la condition physique et mentale de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mesurer des paramètres biologiques ● Collecter des données (poids, mesure, taille, indice de masse corporelle, habitudes de vie, adhérence au traitement) ● Réviser des notes au dossier du patient ● Établir un constat <p>Promotion de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Éduquer à la santé : surveiller les pieds, les signes et symptômes du diabète, les signes d'hypoglycémie ● Soutenir à l'autogestion : souligner l'importance de prendre en charge sa condition et tous les aspects du contrôle du diabète 	100 %

Auteurs	Pays	Devis/Objectif	Échantillon	Résultats	Cote de qualité
Halcomb (2010) (32)	Australie	Étude de prévalence explorant la prévalence de suivis et de l'évaluation des personnes atteintes de MC par la présence de l'Item 10997 dans la classification du Medicare Benefits Scheme par le Medicare Statistics Australia.	Extraction de l'item 10997 de la banque de données nationale sur les soins de santé. Dossier de 205 342 patients. Item 10997 représente la codification de la réalisation de l'évaluation et du suivi d'une personne atteinte de MC.	Entre juillet 2007 et décembre 2009, l'item 10997 a été saisi 376 201 fois Évaluation de la condition physique et mentale de la personne atteinte de MC Gestion des soins ● Effectuer le suivi de la personne atteinte de MC	85 %
Lukewich (2014) (25)	Ontario/Canada	Étude descriptive déterminant le rôle des infirmières des organisations de première ligne et les stratégies utilisées pour la prise en charge des MC.	354 infirmières autorisées (62 %), infirmières auxiliaires et infirmières praticiennes	Évaluation de la condition physique et mentale de la personne ● Collecter des données : signes vitaux Gestion des soins ● Prodiguier des soins : effectuer des soins de plaies, effectuer des activités liées au diagnostic ou au dépistage d'une maladie chronique. Ajuster la médication. Orienter la personne vers un autre professionnel selon ses besoins Promotion de la santé ● Effectuer de la prévention : immunisation/vaccination ● Éduquer à la santé : adoption de comportements de santé	96,7 %
Ehrlich (2012) (35)	Australia	Étude descriptive qualitative explorant le soutien requis par les infirmières en soins de première ligne pour s'engager dans la coordination des soins des personnes ayant des MC.	Médecin (n=10) et infirmières en soins primaires (n=6)	Gestion des soins Collaboration interprofessionnelle Promotion de la santé ● Soutenir l'autogestion : déterminer des objectifs avec la personne	87,5 %
Mc Carthy (2011 ; 2012) (39;40)	Irlande	Étude descriptive longitudinale décrivant les dimensions du rôle, les compétences perçues et les besoins en développement éducationnel et professionnel des infirmières en première ligne.	Infirmières en soins primaires et les coordonnateurs de développement professionnel (n=451)	Gestions des soins Promotion de la santé ● Éduquer à la santé sur l'adoption de comportements sains ● Effectuer de la prévention et immunisation : grippe/pneumonie, prévention des événements cardiaques	88,9 %

Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature

Auteurs	Pays	Devis/Objectif	Échantillon	Résultats	Cote de qualité
Oadansan (2011) (26)	Canada/ Ontario	Étude de cas décrivant le rôle et les compétences des infirmières en soins de première ligne.	7 infirmières œuvrant avec des médecins de famille	Gestion des soins <ul style="list-style-type: none"> ● Coordonner les soins des personnes atteintes de maladies chroniques ● Établir des priorités en fonction des besoins de la personne et des professionnels de la santé 	86,4 %
Phillips (2014) (34)	Nouvelle-Galles du Sud/ Australie	Étude qualitative explorant la pratique des infirmières dans la gestion de l'obésité en soins de première ligne, les bonnes pratiques et les barrières à une gestion efficace.	18 infirmières en soins primaires	Promotion de la santé <ul style="list-style-type: none"> ● Éduquer à la santé 	91,7 %
Oelke (2013) (27)	Canada/ Colombie-Britannique	Étude de cas multiples décrivant le rôle des infirmières dans trois réseaux en soins de première ligne et identifiant les opportunités d'optimisation à l'utilisation des infirmières dans ces fonctions.	Cas : trois réseaux de soins primaires en Alberta. Sources de données : infirmières, autres professionnels de la santé, médecins de famille, décideurs)	Gestion des soins <ul style="list-style-type: none"> ● Coordonner les soins en lien avec les besoins physiques et psychologiques de la personne ● Effectuer le suivi de la condition de la personne 	95 %

Figure 2.
Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC

Six des études retenues décrivaient la pratique des infirmières au Canada (23-28). Trois études provenaient plus spécifiquement du Québec (23, 24, 28). Sur les 18 études retenues, neuf avaient pour objectif spécifique de décrire les activités des infirmières auprès des personnes atteintes de MC (24, 25, 29-35), alors que les autres études décrivaient l'ensemble des activités réalisées en soins de première ligne par les infirmières (23, 26-28, 36-40). Les MC requérant un suivi infirmier les plus fréquemment mentionnées dans les études retenues étaient les suivantes : maladies respiratoires (23, 30, 36, 37), hypertension artérielle (23, 28, 30, 36, 37, 39, 40), syndrome métabolique (23, 28, 34), diabète (23, 24, 29, 36, 37, 39, 40), maladies cardiovasculaires (23, 24, 28, 41), troubles alimentaires (28), maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (28) et insuffisance rénale chronique (30). Il ressort que les infirmières des études recensées exercent majoritairement à l'intérieur même de la clinique médicale, mais dans certains cas, elles pouvaient effectuer des suivis à domicile (36, 37) ou des suivis téléphoniques (23, 24, 28). Les infirmières disposent d'outils comme les ordonnances collectives et autres protocoles (23, 28) afin d'orienter le

suivi. Des démarches systématiques pour mieux encadrer le suivi des personnes atteintes de MC peuvent également être utilisées (24).

■ Domaines d'activités

L'analyse des résultats des études retenues a permis d'identifier des activités infirmières auprès des personnes atteintes de maladies chroniques. Ces activités peuvent être regroupées en quatre domaines : 1) évaluation globale de la personne atteinte de MC ; 2) gestion des soins ; 3) promotion de la santé et ; 4) collaboration infirmière-médecin.

■ Évaluation globale de la personne atteinte de MC

Le domaine d'activités lié à l'évaluation globale de la personne atteinte de MC a été abondamment recensé dans les écrits (23-25, 28-33, 36, 37). Il comporte deux catégories d'activités. La première couvre l'ensemble des activités reliées à la collecte des données relative à la condition de la

personne (ex. : signes vitaux, données anthropométriques) (23, 25), la révision des notes consignées au dossier de la personne atteinte de MC (29) et l'examen physique partiel (23, 30), comme l'auscultation pulmonaire ou cardiaque. La deuxième catégorie d'activités, découlant des activités évaluatives, est la consignation au dossier de la personne, de ses problèmes, de ses besoins prioritaires et de la conduite à tenir, soit l'établissement d'un constat infirmier (30).

■ Gestion des soins

Des activités infirmières relatives à la gestion des soins dispensés à l'intérieur même de l'établissement de première ligne ainsi que ceux dispensés dans la communauté lorsque nécessaire ont été retrouvées dans la littérature recensée (23-28, 30-32, 35, 39, 40). À l'intérieur de ce domaine, on retrouve des activités telles qu'ajuster la médication selon une ordonnance médicale (25) et orienter la personne vers des ressources professionnelles (23, 25, 28). Dans ce domaine d'activités, les infirmières doivent planifier, évaluer et réviser les soins en fonction des besoins, des objectifs, de la condition de la personne et des professionnels impliqués (24, 26-28, 31).

■ Promotion de la santé

Le domaine de la promotion de la santé (23-25, 29-31, 33, 35-40) est composé des activités en lien avec l'éducation à la santé (23-25, 29, 30, 33, 34, 36-40), le soutien à l'autogestion (23, 24, 29, 33, 35, 38) ainsi que le dépistage et l'immunisation (25, 30, 36, 37, 39, 40). Dans les articles recensés, l'éducation à la santé porte principalement sur la condition de santé chronique de la personne (24, 25, 29, 34, 36, 37) et les conseils liés à l'adoption de saines habitudes de vie (25, 39, 40). Les activités de soutien à l'autogestion se concentrent sur l'accompagnement de la personne à reconnaître les signes et symptômes de sa condition (29) et l'acceptation de sa condition (33). Finalement, la prévention et l'immunisation regroupent les activités en lien avec la vaccination (25, 30, 36, 37, 39, 40), la prévention des événements cardiaques (39, 40) ainsi que le dépistage de l'anxiété (36, 37).

■ Collaboration infirmière-médecin

La collaboration infirmière-médecin est le dernier domaine d'activités recensé (23, 24, 35). Ce domaine fait référence à la communication et à la transmission d'informations au médecin traitant selon la condition de la personne et en retour, le suivi effectué par les infirmières (23, 24, 35).

■ Éléments influençant les activités infirmières

Il a été répertorié dans la littérature que certains éléments influencent la présence des activités des infirmières en première ligne. Ceux-ci peuvent être regroupés en trois

catégories : 1) les éléments reliés à l'environnement de pratique (23, 25, 27, 28, 31, 32, 36, 37, 39, 40) ; 2) à l'infirmière elle-même (26, 27, 40) et ; 3) aux personnes atteintes de MC (23, 25-27). Les caractéristiques de l'environnement telles que l'organisation de l'offre de services à l'intérieur du milieu de pratique, l'inclusion des infirmières comme des membres à part entière de l'équipe, la présence d'une équipe multidisciplinaire, les outils de suivi utilisés (protocole, ordonnances) et la gouvernance médicale sont celles les plus fréquemment citées dans les écrits retenus (23, 25, 27, 31, 35, 39, 40). À cet égard, des auteurs ont identifié des éléments qui influent sur l'orientation de la prise en charge infirmière telle que vue par l'équipe médicale comme un des facteurs semblant influencer le plus les activités des infirmières. Par exemple, les demandes ponctuelles (28) provenant des collègues (ex : revoir la personne atteinte de MC) ou des personnes atteintes de MC (ex. : résultats d'examen, réassurance) ainsi que des tâches administratives cliniques (ex : classement de résultats de laboratoire au dossier de la personne) et non cliniques (ex. comptabiliser les statistiques reliées aux soins, créer les horaires de travail) (23, 24, 28, 37) influencent grandement la fréquence des activités réservées plus spécifiquement pour le suivi des patients avec MC au sein de la clinique. En outre, la relation de confiance et de partenariat infirmière-médecin lorsqu'elle est positive favorise l'autonomie des infirmières et le déploiement d'une pratique de suivi davantage autonome auprès des personnes atteintes de MC (23, 26, 27, 32). Au niveau des caractéristiques des infirmières, le niveau de formation de celle-ci (42), le leadership (23) et ses expériences de travail antérieures influencent également l'expression des activités (42). Les infirmières ayant œuvré dans d'autres milieux de pratique que la première ligne et détenant des formations supplémentaires (ex. certification) démontrent une pratique plus autonome et variée (23, 26, 27, 36, 37, 40). Finalement, les caractéristiques des personnes atteintes de MC, par exemple leurs préférences en matière de soins, ou les maladies chroniques (ex. : personnes diabétiques, personnes hypertendues) prises en charge par les infirmières de la clinique ont un impact sur la fréquence, mais aussi sur la façon dont les activités seront réalisées (23, 33).

DISCUSSION

■ Domaines et activités recensés

La majorité des études répertoriées proviennent du Canada ou d'autres pays pour lesquels l'offre de services en soins de première ligne et la pratique infirmière semblent similaires (43). Les résultats démontrent une uniformité des domaines d'activités rapportés par les auteurs. À l'opposé, à l'intérieur de ces activités, il existe une grande variation. Il est en effet observé que le niveau de précision ou de détails dans la façon de rapporter les activités infirmières varient d'une étude à l'autre. Ainsi, des auteurs nomment des domaines d'activités

Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature

sans toutefois en déclinier les activités. L'absence de description claire, rend difficile la compréhension des activités infirmières en pratique clinique. Le regroupement des domaines d'activités ainsi que les éléments qui influencent les activités permettent d'élaborer un cadre de référence tel que présenté à la Figure 2.

Ces activités, regroupées en quatre domaines, à savoir : 1) Évaluation globale de la personne atteinte de MC ; 2) Gestion des soins ; 3) Promotion de la santé et ; 4) Collaboration infirmière-médecin, décrivent la pratique des infirmières en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC. À la lumière de ces résultats, il est intéressant de constater que malgré la présence des quatre domaines, certaines activités primordiales de la prise en charge de personnes ayant des conditions chroniques sont très peu présentes, voire même absentes.

Plus spécifiquement, le domaine de l'évaluation globale de la personne atteinte de MC a été abondamment inventorié dans les études recensées. Cette forte présence corrobore la grande responsabilité de l'infirmière au regard de l'évaluation de la condition du patient. Il semble évident que les activités reliées à la collecte des données ou à l'obtention de toutes autres informations concernant la condition physique de la personne sont des activités couramment effectuées par les infirmières en soins de première ligne. Il est cependant

intéressant de constater, outre le dépistage de l'anxiété (36, 37), qu'il n'y a aucune autre activité recensée en lien avec l'évaluation de la condition mentale ou cognitive de la personne atteinte de MC. Il a pourtant été démontré que les risques de détresse psychologique et de problèmes psychiatriques étaient davantage présents chez les personnes atteintes de MC et les grands utilisateurs de soins que chez la population en général (44, 45). L'évaluation de la fonction cognitive est également essentielle étant donné la prévalence du déclin cognitif chez les personnes âgées atteintes de MC (46, 47). Cette absence d'activités en lien avec la collecte de données et l'évaluation de l'état mental ou de la fonction cognitive pourrait être expliquée par l'inconfort perçu par les infirmières œuvrant en soins de première ligne lorsqu'il est question des compétences requises pour effectuer un tel dépistage (48). Dans un autre ordre d'idées, les activités en lien avec l'établissement des besoins prioritaires et des constats inscrits au dossier de la personne sont rarement cités dans la littérature actuelle, et ce, même si le constat infirmier complète l'examen clinique de la personne et demeure essentiel afin d'orienter le plan d'intervention nécessaire pour suivre la condition de la personne (49).

Pour ce qui est du deuxième domaine d'activités, il est intéressant de constater que les activités en lien avec la gestion des soins semblent bien établies. Ce domaine

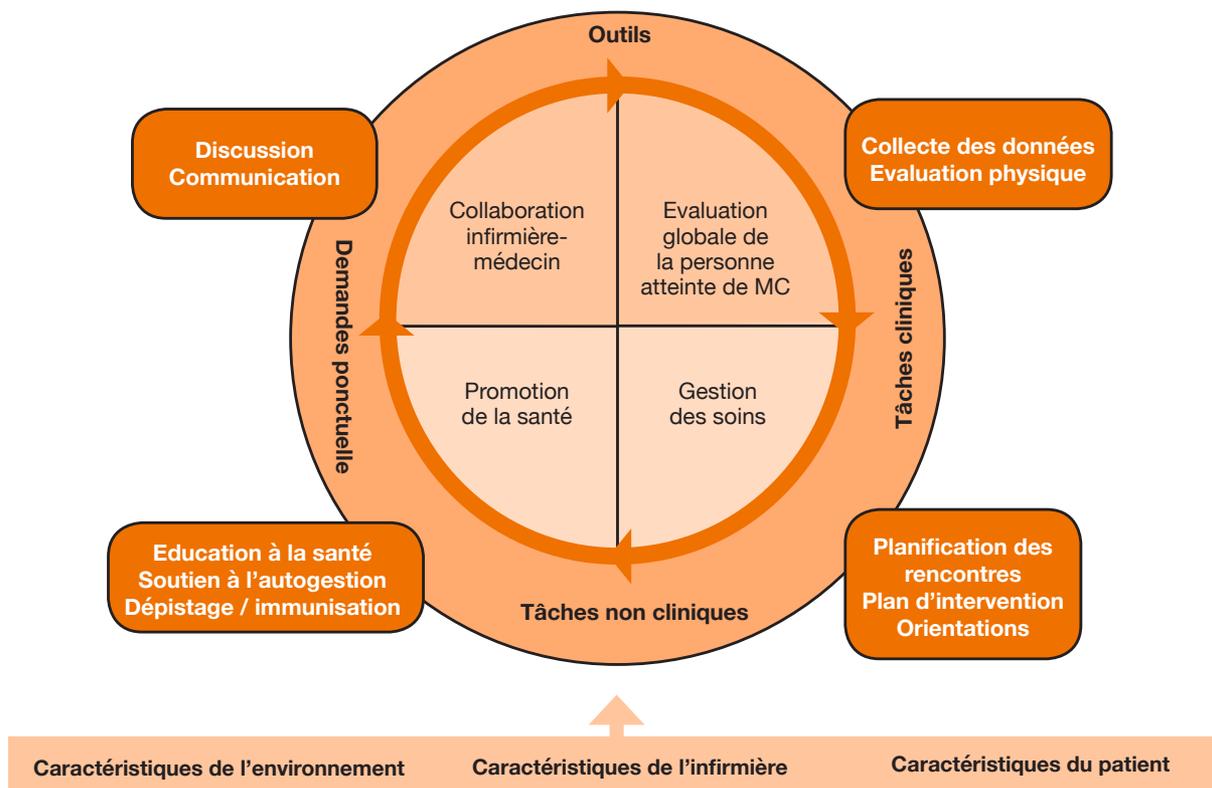


Figure 2.
Cadre théorique des activités des infirmières des soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC

d'activités semble faire partie intégrante du suivi effectué par les infirmières dans leur milieu de pratique. Il a cependant été constaté que malgré la complexité grandissante de la situation des personnes atteintes de MC (6, 50), les activités infirmières sont davantage orientées vers la gestion des soins en lien avec la condition de la personne à l'intérieur même du milieu de pratique que vers la gestion de cas. Pourtant, la complexité des soins, des traitements et des services interprofessionnels ou inter-organisationnels requis par les personnes atteintes de maladies chroniques a été démontrée (1, 51). La gestion de cas implique une coordination des ressources internes et externes à la clinique de santé où exerce l'infirmière (51). Sans affirmer que toutes les personnes atteintes de MC nécessitent un suivi de gestion de cas (52), certaines nécessitent des soins plus complexes bénéficieraient de cette pratique afin d'atteindre des objectifs davantage centrés sur leurs besoins. Les auteurs de la présente synthèse se seraient donc attendus de retrouver des activités en lien avec la gestion des soins et des traitements autres que ceux desservis dans la clinique, notamment avec les partenaires des autres milieux de santé (ex. : milieux spécialisés) ou de la communauté. Également, il aurait été intéressant de retrouver des activités en lien avec la collaboration interprofessionnelle et la résolution de problèmes avec d'autres professionnels de la santé que le médecin traitant considérant le fait que la présence d'une équipe interprofessionnelle auprès de la personne atteinte de MC peut avoir un impact positif pour sa condition de santé (51, 53, 54).

Les activités liées au domaine de la promotion de la santé se sont avérées très présentes dans la littérature recensée. L'éducation à la santé a été décrite par la majorité des auteurs (23-25, 29, 30, 33, 34, 36-40). Ce résultat est conforme aux recommandations (55) en lien avec la pratique infirmière en MC et la pertinence démontrée de cette activité auprès des personnes atteintes de MC (56, 57). Les activités de soutien à l'autogestion de la personne atteinte de MC sont cependant moins fréquentes dans la littérature et décrites de façon plus sommaire. Plus précisément, seules les activités en lien avec l'action de souligner l'importance de prendre en charge sa condition de santé, de déterminer les objectifs de soins avec la personne et de valider la compréhension de celle-ci à la suite d'un enseignement ont été répertoriées. L'éventail des activités en lien avec le soutien à l'autogestion de la personne atteinte de MC doit aller au-delà de ces trois activités. Le soutien à l'autogestion vise à soutenir la personne dans le développement d'habiletés afin de prendre en charge sa santé et sa condition (58-60). Les infirmières doivent accompagner la personne dans sa résolution de problèmes, l'orienter dans les choix qu'elle doit faire et la soutenir dans ses démarches auprès de ressources de la communauté pouvant l'appuyer dans son autogestion (60, 61).

Le dernier domaine d'activités est en lien avec la collaboration infirmière-médecin au sein de la clinique où l'infirmière travaille. Ce domaine d'activités s'avère très

important étant donné la nature étroite du lien professionnel qui lie l'infirmière et le médecin de famille en soins de première ligne. En effet, infirmière et médecin joignent leurs compétences, leurs connaissances au profit du soin à la personne atteinte de MC (23, 62). Ils doivent consentir à une responsabilité partagée (17, 62). Ce domaine d'activités a été peu retrouvé et les activités spécifiques témoignant de cette collaboration sont peu décrites. Il ressort que la collaboration se limite bien souvent à la transmission d'informations concernant la condition de la personne atteinte de MC, sans plus. En outre, les écrits recensés ne permettent pas d'indiquer s'il y a concertation ou discussion en lien avec la condition de la personne. Or, la transmission d'informations témoigne davantage d'un travail d'équipe par référence ou par consultation comparativement à une pratique collaborative où les parties concernées doivent communiquer continuellement entre elles afin d'élaborer un plan d'intervention commun qui intègre et traite des différents aspects de la condition de la personne (63).

■ Description limitée des éléments influençant les activités des infirmières

Certains éléments ayant une influence sur les activités ont pu être dégagés, mais ceux-ci demeurent somme toute peu documentés. L'orientation prise par le milieu de pratique pour la prise en charge des conditions chroniques, la planification de l'offre de services offerte aux personnes atteintes de MC ainsi que le niveau de collaboration entre l'infirmière et le médecin semblent influencer grandement l'expression des activités infirmières. À cet égard, il a été constaté que l'impact du niveau de collaboration infirmière-médecin est un élément clé du déploiement de l'autonomie infirmière, mais également d'une prise en charge davantage autonome en lien avec le suivi des personnes atteintes de MC (17, 23, 26, 64-67). McInnis et al. (2015) affirment, entre autres, que la collaboration infirmière-médecin est l'élément clé dans le déploiement de l'autonomie des infirmières exerçant auprès de médecins de famille. Ceux-ci doivent être des alliés qui comprennent bien l'étendue de la pratique infirmière, car sans cette vision commune du rôle, les infirmières ne bénéficieront pas de la reconnaissance de leurs compétences en tant que membre de l'équipe interdisciplinaire en soins de première ligne à part entière (17).

■ Forces et limites

Cette synthèse de la littérature a permis de proposer un cadre de référence présentant les domaines d'activités réalisées par les infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de MC. Le cadre de référence proposé permet une vision globale des domaines d'activités des infirmières des soins de première ligne auprès de cette clientèle. Au surplus, la présente revue systématique de la littérature est fondée sur une méthode reconnue de recherche d'écrits scientifiques, d'extraction

Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature

des données et d'analyse rigoureuse et méthodique de ces données. L'ensemble des données a été extrait et validé par les auteurs de la synthèse.

Malgré les nombreuses forces de ce travail, certaines limites doivent être prises en considération. Dans un premier temps, la recherche des écrits s'est concentrée sur les études ayant comme mot-clé *chronic disease* et aucune recherche spécifique par type de condition chronique (ex. diabète, obésité, hypertension artérielle) n'a été conduite considérant que les activités auraient été orientées sur une seule maladie plutôt que sur le patient atteint de MC. Seuls les documents accessibles par les banques de données sélectionnées ont été privilégiés. Plus spécifiquement, aucune recherche de documents provenant de fédérations ou de corporations infirmières n'a été effectuée. Finalement, aucune recherche n'a également été effectuée dans le but de recenser la littérature grise ou les thèses.

CONCLUSION

Les activités des infirmières en soins de première ligne sont vastes et variables et peuvent être appréhendées à l'intérieur de quatre domaines d'activités. Ces domaines ont été schématisés dans le but de présenter un cadre de référence décrivant les activités des infirmières des organisations de première ligne. Néanmoins, certaines activités pourtant jugées essentielles à la prise en charge de clientèles présentant des conditions de santé complexes semblent absentes dans les écrits empiriques recensés. Il a en effet été constaté que des activités primordiales à la prise en charge de clientèles complexes, comme la gestion de cas et la collaboration interprofessionnelle autre qu'avec le médecin traitant, sont absentes de la littérature scientifique recensée.

Les besoins des personnes atteintes de MC poussés par l'évolution constante de l'offre de services complexifient le déploiement de pratiques exemplaires. Dans ce contexte, il y a nécessité de conduire des études descriptives afin de décrire en profondeur l'éventail des activités, mais également pour comprendre les facteurs qui influencent de telles activités. L'absence de description en profondeur à l'intérieur des données probantes actuellement accessibles nuit à la compréhension des enjeux actuels en matière d'amélioration des pratiques infirmières, au développement et à l'évaluation de l'intervention infirmière en soins de première ligne.

FINANCEMENTS

L'auteur principal de cette revue systématique de la littérature est étudiante doctorale et a reçu le soutien financier des organismes suivants pour ses études : Instituts de Recherche

en Santé du Canada, Fonds de Recherche du Québec-Santé, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec, Transdisciplinary Understanding and Training on Research - Primary Health Care.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Références

- Fortin M, Contant E, Savard C, Hudon C, Poitras ME, Almirall J, et al. Canadian guidelines for clinical practice: an analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Fam Prac*. 2011 July;12(74).
- World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais [En ligne]. Genève: OMS; 2008. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: <http://www.who.int/whr/2008/fr/>
- Canadian Nurses Association. Chronic Disease and Nursing: A Summary of the Issues [En ligne]. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2011. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/bg3_chronic_disease_and_nursing_e.pdf
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Les infirmières dans le groupe de médecine de famille [En ligne]. Montréal: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec; 2002. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: <http://www.csssqn.qc.ca/fr/emplois/examens-preparatoires-gmf-crq/guide-d-accompagnement-devenir-un-groupe-de-medecine-de-famille-gmf.download>. French.
- Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille. Devenir un groupe de médecine de famille (GMF) – Guide d'accompagnement. Québec: Santé et service sociaux du Québec; 2003
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005 May-Jun;3(3):223-8.
- Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux. Les solutions émergentes - Rapport et recommandations (Rapport Clair) [En ligne]. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2000. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000614/>
- Ramond-Roquin A, Haggerty J, Lambert M, Almirall J, Fortin M. Different Multimorbidity Measures Result in Varying Estimated Levels of Physical Quality of Life in Individuals with Multimorbidity: A Cross-Sectional Study in the General Population. *BioMed Res Int*. 2016 March;2016.
- Fortin M, Hudon C, Gallagher F, Ntetu AL, Maltais D, Soubhi H, et al. Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. *BMC Fam Prac*. 2010 November;11(84)9.
- Gouvernement du Québec. Code des professions [En ligne]. Québec: Office des professions du Québec; 2016. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: <http://www.opq.gouv.qc.ca/loiset-reglements/code-des-professions/>

11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Fédération de médecins omnipraticiens du Québec. Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables [En ligne]. Montréal: Groupe de travail OIIQ/FMOQ; 2005. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/FAQ/oiiq_fmoq.pdf
12. Benner PE. De novice à expert: excellence en soins infirmiers. Montréal: Edition du Renouveau Pédagogique; 1995.
13. Beaulieu M, Denis JL, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon E, et al. L'implantation des Groupes de médecine de famille: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle [En ligne]. Montréal: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2006. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport_GMF_mars_2006_F.pdf
14. Biddle J, Thomas E. Role theory: concepts and research. New York: J. Wiley and Sons; 1966.
15. Meleis AI. Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. *Nurs Res.* 1975;24(4):264-71.
16. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières [En ligne]. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2013. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: <https://www.oiiq.org/sites/default/files/1389-exercice-infirmier-activites-reservees>
17. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *J Adv Nurs.* 2015 Mar;1973-85.
18. Grove S, Burns N, Gray J. The practice of nursing research: appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. 7e éd. St-Louis, Missouri. 2013.
19. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009 Aug 18;151(4):264-9
20. Grimshaw J. A knowledge synthesis chapter. Ottawa: University of Ottawa, 2010.
21. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Bull World Health Organ.* 2007 Nov;85(11):867-72.
22. Poitras ME, Chouinard MC, Fortin M, Gallagher F. Structure for the description of professional practice in nursing: a scoping review. *BMC Nurs.* 2016 May 25;15:31.
23. D'Amour D, Goudreau J, Hudon É, Beaulieu M, Lamothe L, Jobin G, et al. Development of nursing practice in family medicine groups. *Perspect Infirm.* 2008;5(7):4-11.
24. Jean E, Sylvain, R. Exploration des suivis systématiques de clientèles en groupe de médecine de famille selon la perspective des infirmières de 12 régions du Québec. *Infirmière clinicienne.* 2010;7(1):1-8.
25. Lukewich J, Edge DS, VanDenKerkhof E, Tranmer J. Nursing Contributions to Chronic Disease Management in Primary Care. *J Nurs Adm.* 2014 Feb;44(2):103-10.
26. Oandasan IF, Hammond M, Conn LG, Callahan S, Gallinaro A, Moaveni A. Family practice registered nurses: The time has come. *Can Fam Physician.* 2010 Oct;56(10):e375-82.
27. Oelke ND, Besner J, Carter R. The evolving role of nurses in primary care medical settings. *Int J Nurs Pract.* 2014 Dec;20(6):629-35.
28. Pelletier F. L'activité infirmière dans deux groupes de médecines de familles de la région de Québec [mémoire de maîtrise en sciences infirmières] Québec: Université Laval; 2008.
29. Abdulhadi N, Al-Shafae MA, Östenson CG, Vernby Å, Wahlström R. Quality of interaction between primary health-care providers and patients with type 2 diabetes in Muscat, Oman: An observational study. *BMC Fam Pract.* 2006 Dec;7(72):1.
30. Blake D, Roberts NJ, Partridge MR. How much of a primary care nurse's time is spent on those with respiratory disease? A pilot study. *Prim Care Respir J.* 2007 Oct;16(5):319-20.
31. Ehrlich C, Kendall E, Muenchberger H. Practice-based chronic condition care coordination: Challenges and opportunities. *Aust J Prim Health.* 2011;17(1):72-8.
32. Halcomb EJ, Davidson P, Brown N. Uptake of Medicare chronic disease items in Australia by general practice nurses and Aboriginal health workers. *Collegian.* 2010 Jul;17(2):57-61.
33. MacDonald W, Rogers A, Blakeman T, Bower P. Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *J Adv Nurs.* 2008 Apr;62(2):191-9.
34. Phillips K, Wood F, Kinnersley P. Tackling obesity: the challenge of obesity management for practice nurses in primary care. *Fam Pract.* 2014 Feb;31(1):51-9.
35. Ehrlich C, Kendall E, Muenchberger H. Spanning boundaries and creating strong patient relationships to coordinate care are strategies used by experienced chronic condition care coordinators. *Contemp Nurse.* 2012 Aug;42(1):67-75.
36. Atkin K, Hirst M, Lunt N, Parker G. The role and self-perceived training needs of nurses employed in general practice: observations from a national census of practice nurses in England and Wales. *J Adv Nurs.* 1994 Jul;20(1):46-52.
37. Hirst M, Atkin K, Lunt N. Variations in practice nursing: implications for family health services authorities. *Health Soc Care Community.* 1995 Mar;3(2):83-97.
38. Lindberg M, Wilhelmsson S. National public health target awareness of staff at two organisational levels in health care. *Health Policy.* 2007 Dec;84(2-3):243-8.
39. McCarthy G, Cornally N, Courtney M. Role, clinical competence and the professional development of practice nurses in Ireland. *Practice Nursing.* 2011 Jun;22(6):323-9.
40. McCarthy G, Cornally N, Moran J, Courtney M. Practice nurses and general practitioners: perspectives on the role and future development of practice nursing in Ireland. *J Clin Nurs.* 2012 Aug;21(15-16):2286-95.
41. Halcomb EJ, Davidson P, Daly J, Yallop J, Tofler G. Australian nurses in general practice based heart failure management: Implications for innovative collaborative practice. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2004 Jul;3(2):135-47.
42. Halcomb E, PF. D, Salamonson Y, Ollerton R, Griffiths R. Nurses in Australian general practice: implications for chronic disease management. *J Clin Nurs.* 2008 Mar;17(5A):6-15.
43. European Observatory on Health Systems and Policies. The health systems and policy monitor [En ligne]. Bruxelles: European Observatory on Health Systems and Policies; 2016. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/healthsystems-and-policy-monitor>

Les activités des infirmières œuvrant en soins de première ligne auprès des personnes atteintes de maladies chroniques : une revue systématique de la littérature

44. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*. 1988 Aug;145(8):976-81.
45. Pearson SD, Katzelnick DJ, Simon GE, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Depression Among High Utilizers of Medical Care. *J Gen Intern Med*. 1999 Aug;14(8):461-8.
46. Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, Ormel J, Alonso J, Angermeyer MC, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord*. 2007 Nov;103(1-3):113-20.
47. Athilingam P, Visovsky C, Elliott AF, Rogal PJ. Cognitive screening in persons with chronic diseases in primary care: challenges and recommendations for practice. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2015 Sep;30(6):547-58.
48. Waterworth S, Arroll B, Raphael D, Parsons J, Gott M. A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions. *J Clin Nurs*. 2015 Sep;24(17-18):2562-70.
49. Jarvis C. *Physical Examination and Health Assessment*, 7e éd. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2015.
50. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, *Health Aff (Millwood)*. 2008 Jan-Feb;28(1):w1-16.
51. Vanderboom CE, Thackeray NL, Rhudy LM. Key factors in patient-centered care coordination in ambulatory care: nurse care coordinators' perspectives. *Appl Nurs Res*. 2015 Feb;28(1):18-24.
52. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne [En ligne]. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2012. [cité le 19 septembre 2016]. Disponible: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000455/>
53. Arevian M. The significance of a collaborative practice model in delivering care to chronically ill patients: A case study of managing diabetes mellitus in a primary health care center. *J Interprof Care*. 2005 Oct;19(5):444-51.
54. Schmitt MH. Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research. *J Interprof Care*. 2001 Feb;15(1):47-66.
55. Norton L. Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice? *J Adv Nurs*. 1998 Dec;28(6):1269-75.
56. Sargent GM, Forrest LE, Parker RM. Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obes Rev*. 2012 Dec;13(12):1148-71.
57. Ko G, Li J, Kan E, Lo M. Effects of a structured health education programme by a diabetic education nurse on cardiovascular risk factors in Chinese Type 2 diabetic patients: a 1 year prospective randomized study. *Diabet Med*. 2004 Dec;21(12):1274-9.
58. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract*. 2005 Apr;6(2):148-56.
59. Kawi J. Self-management support in chronic illness care: a concept analysis. *Research and theory for nursing practice*. *Res Theory Nurs Pract*. 2012;26(2):108-25.
60. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*. *Am Fam Physician*. 2005 Oct;72(8):1503-10.
61. Elzen H, Slaets JJP, Snijders TAB, Steverink N. Evaluation of the chronic disease self-management program (CDSMP) among chronically ill older people in the Netherlands. *Social Science & Medicine*. *Soc Sci Med*. 2007 May;64(9):1832-41.
62. Lindeke LL, Sieckert AM. Nurse-physician workplace collaboration. *Online J Issues Nurs*. 2005 Jan;10(1):5.
63. Careau E, Brière N, Houle N. Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux: proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires Québec: Université Laval; 2013.
64. Allard M, Frego A, Katz A, Halas G. Exploring the role of RNs in family practice residency training programs. *The Can Nurs*. 2010 Mar;106(3):20-4.
65. Mitton C, O'Neil D, Simpson L, Hoppins Y, Harcus S. Nurse-Physician Collaborative Partnership: a rural model for the chronically ill. *Can J Rural Med*. 2007 Fall;12(4):208-16.
66. Pike AW, Alpert HB. Pioneering the future: the 7 North model of nurse-physician collaboration. *Nurs Adm Q*. 1994;18(4):11-8.
67. Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch Intern Med*. 2000 Jun;160(12):1825-33.