

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**LE BÉNÉFICE DES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES DANS L'ACCESSIBILITÉ
AUX SOINS DE SANTÉ : LE CAS DU DIABÈTE**

PAR

CHRISTINE LEFEBVRE (20069144)

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

TRAVAIL DIRIGÉ PRÉSENTÉ
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE MAÎTRISE ÈS SCIENCES (M.Sc.)
EN SCIENCES INFIRMIÈRES
OPTION ADMINISTRATION DES SERVICES INFIRMIERS

FÉVRIER 2019

© Christine Lefebvre, 2019

Résumé

Objectif

L'objectif de cet article est de documenter l'état des connaissances relatives à l'impact des programmes intégrés de prévention en soins de première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé.

Méthode

Une revue intégrative des écrits a été effectuée par le repérage d'articles dans les bases de données électroniques *CINALH* et *PubMed*. Un total de 19 articles ont été retenus et analysés.

Résultats

Les programmes de prévention en soins de santé primaires, pris en charge par des infirmières ont un impact positif sur la majorité des dix dimensions de l'accessibilité aux soins de santé, respectivement cinq du côté de l'offre et de la demande : 1) l'abordabilité/accueil, 2) l'acceptation, 3) la disponibilité et les accommodements, 4) l'abordabilité, 5) la pertinence, 1) la perception des besoins, 2) trouver et comprendre l'information, 3) la capacité d'atteindre les services, 4) la capacité de payer et 5) la proactivité personnelle. Les infirmières, au sein des programmes de prévention en soins de santé primaires, possèdent le potentiel d'améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la qualité des soins de santé pour les clientèles diabétiques.

Conclusion

Les effectifs infirmiers en soins de santé primaires peuvent avoir des effets positifs sur l'accessibilité aux soins de santé pour les patients atteints de diabète, tel qu'identifier leurs besoins de santé, chercher et trouver les services de santé nécessaire à leur condition et utiliser les soins et services de manière plus adéquate. Davantage de recherches plus robustes et précises sont nécessaires pour solidifier ces connaissances.

Mots-clés

Soins de santé primaires, diabète, accessibilité, soins infirmiers

Abstract

Objective

The aim of this article is to document the impact of nurse-led primary care prevention programs for diabetic patients on accessibility to care.

Method

An integrative review of the literature was done by locating articles in the electronic databases *CINALH* and *PubMed*. A total of 19 articles were selected and analyzed.

Results

Nurse-led prevention programs in primary care for diabetic patients has overall positive impacts across the ten accessibility of care dimensions, which are split equally between offer and demand: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness, 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage. The nurses taking part in prevention programs in primary care have the potential to improve the accessibility, effectiveness and quality of health care for diabetic patients.

Conclusion

The front-line nursing workforce can have positive effects on the accessibility of health care for patients with diabetes, such as identifying their healthcare needs, search and find the necessary services for their health condition and use the care and services in a more appropriate way. More robust and accurate research is needed to solidify this knowledge.

Keywords

Primary care, diabetes, accessibility, nursing

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Liste des tableaux et des figures	v
Remerciements	vi
Problématique, but et objectifs	1
Problématique.....	2
Les maladies chroniques	2
Le diabète	3
Les programmes intégrés de prévention et de gestion du risque.....	5
L'accessibilité.....	6
But et objectifs du travail	7
Cadre de référence.....	9
Méthode de recherche documentaire.....	13
Identification du problème	14
Recherche documentaire	14
Évaluation de la qualité des articles	15
Analyse des données	16
Présentation des résultats	19
L'article	20
Résumé	21
Abstract	22
Introduction	23
Objectif.....	25
Méthode de recherche	25
Recherche documentaire	25
Évaluation de la qualité des articles	26
Analyse des données	27
Résultats	28
Pertinence	30
Proactivité personnelle	31
Disponibilité et accommodements	31
Approchabilité/accueil	33
Perception des besoins	33
Capacité d'atteindre les services	34

Abordabilité.....	35
Trouver et comprendre l'information.....	35
Capacité de payer	36
Acceptation.....	36
Discussion	37
Forces et limites de la revue intégrative.....	39
Conclusion.....	39
Références	41
Discussion	45
Forces et limites de la revue intégrative.....	48
Recommandations	49
Recommandations pour la recherche	49
Recommandations pour la pratique.....	49
Recommandations pour la gestion	50
Conclusion.....	52
Références	54
Annexe A.....	58
Annexe B.....	60
Annexe C.....	62
Annexe D.....	64

Liste des tableaux et des figures

Figure 1. Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Levesque et al. (2013)	11
Figure 2. Diagramme de flux	16
Tableau I. Études retenues et devis	17
Figure 3. Diagramme de flux (Article).....	26
Tableau II. Articles et dimensions de l'accessibilité (Article)	29
Figure 4. L'impact des infirmières en première ligne sur l'accessibilité aux soins (Article) ..	37
Figure 5. L'impact des infirmières en première ligne sur l'accessibilité aux soins	46

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Mme Roxane Borgès Da Silva, professeure agrégée à l'École de santé publique, pour son expertise et sa guidance tout au long de la réalisation de ce travail dirigé. Ses conseils et son soutien furent essentiels à l'aboutissement et la qualité de ce travail.

Je tiens également à remercier Mme Isabelle Brault, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières et membre du comité d'approbation, ainsi que Mme Johanne Goudreau, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières et membre du jury, pour leur expertise et leurs commentaires constructifs qui ont permis d'enrichir ce travail.

Merci à mes amies et collègues de classe, Marie-Pier, Angelina-Kim, Amilie et Élisabeth, ainsi qu'à ma famille, pour leur écoute et leur soutien inestimable m'ayant permis de progresser à la maîtrise et de réussir ce travail.

Enfin, à mon copain Brendan, merci pour ton aide précieuse lors de la réalisation de ce travail. Ta patience, tes encouragements, ton soutien et ta compréhension me permettent toujours d'aller de l'avant au quotidien.

PROBLÉMATIQUE, BUT ET OBJECTIFS

Problématique

Les maladies chroniques

Les maladies chroniques (MC), particulièrement les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, sont un fardeau social, économique et de santé publique grandissant du XXI^e siècle pour les gouvernements à travers le monde. Annuellement, elles causent environ 35 millions de décès dans le monde, représentant plus de 60% de l'ensemble des décès, ce qui en fait la première cause de mortalité mondiale (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2010; 2014). Le Canada ne fait pas exception, car ces mêmes MC sont responsables de 65% de l'ensemble des décès du pays. En effet, le nombre de Canadiens vivant avec l'une des MC mentionnées ci-haut s'élève à 1/5 (Agence de la santé publique du Canada, 2016). Les maladies chroniques font référence à un ensemble de problèmes de santé ou pathologies ayant une durée prolongée, ne se résolvant pas de manière spontanée et où la guérison est peu probable. Dans la littérature, on utilise de manière interchangeable les appellations maladies chroniques, maladies non transmissibles, désordres chroniques ou maladies dégénératives (Levesque, 2007). L'étiologie des MC est associée à des facteurs modifiables, tels que les comportements, les habitudes de vie, les expositions environnementales, et non modifiables, tels que la physiologie et la génétique (Levesque, 2007). En s'attaquant aux facteurs de risques modifiables par la prévention, comme le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et la consommation d'alcool, la prévalence des MC pourrait être grandement diminuée (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Organisation Mondiale de la Santé, 2010).

Qui plus est, l'évolution des MC engendre des coûts énormes pour le système de santé. En effet, la croissance des MC a un impact considérable sur les aspects humains, sociaux et économiques des pays (OMS, 2014). La mise en place d'interventions adressant les MC est à coûts moindres que l'absence d'action; on obtient retour sur investissement (OMS, 2014). Les patients atteints de maladies chroniques ont de multiples besoins; information, éducation thérapeutique, apprentissage, accompagnement, conseling, soins, soutien, etc (Association Canadienne du Diabète, 2009; Canadian Diabetes Association, 2016). Ces besoins sont complexes et leur gestion représente un défi pour les systèmes de santé (Fortin et al., 2016). Afin d'aborder les défis associés à la prévalence croissante des maladies chroniques et ses impacts sur le système de santé, ainsi que la qualité de vie des patients, des changements doivent être apportés dans les systèmes de santé (Ahmed et al., 2015), particulièrement dans les soins de première ligne (Young, Eley, Patterson et Turner, 2016). Pour obtenir une prise en charge réussie des maladies chroniques, l'implication d'une équipe de soins multidisciplinaire coordonnée est généralement nécessaire et bénéfique (OMS, 2014; Wagner,

2000). De plus, on dénote que les interventions pour les maladies chroniques les plus efficaces sont celles effectuées par des équipes de soins multidisciplinaires qui incluent, la plupart du temps, des infirmières possédant des compétences en lien avec les maladies chroniques (Wagner, 2000). Il est possible de remarquer que les besoins des patients souffrants de maladies chroniques sont étroitement liés à l'exercice infirmier, soulignant la pertinence de la prise en charge infirmière des programmes de prévention en soins de santé primaire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). De par leur formation et leur rôle, les infirmières faisant partie des équipes de soins sont en mesure de favoriser la transformation des soins pour les maladies chroniques (Bodenheimer, MacGregor et Stothart, 2005). En effet, les infirmières possédant des connaissances en lien avec les maladies chroniques peuvent contribuer à l'amélioration des soins de première ligne pour ces patients (Health Quality Ontario, 2013; Wagner, 2000). La littérature souligne que les modèles de gestion des maladies chroniques, pris en charge par des infirmières, ont des effets bénéfiques sur la satisfaction des patients, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients (Young et al., 2016).

Le diabète

De ces maladies chroniques, le diabète est celle ayant la deuxième plus grande croissance annuellement depuis 2000 (Agence de la santé publique du Canada, 2016). Le diabète correspond à une sécrétion insuffisante d'insuline par le pancréas ou une utilisation inefficace de celle-ci par l'organisme (Agence de la santé publique du Canada, 2011; OMS, 2016). C'est une maladie chronique sérieuse pouvant mener à diverses complications si elle est mal contrôlée (Agence de la santé publique du Canada, 2011; OMS, 2016). En effet, à long terme, l'hyperglycémie peut causer des dommages aux vaisseaux sanguins, au système nerveux et à des organes, tels que les yeux, les reins et le cœur (Agence de la santé publique du Canada, 2011; OMS, 2016). Les principales formes de diabète sont le diabète de type 1, de type 2 et gestationnel. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune dans laquelle le système immunitaire attaque les cellules responsables de produire l'insuline, ce qui les détruit et requiert l'utilisation d'une source externe d'insuline. Ce type de diabète survient généralement avant 40 ans. Pour ce qui est du diabète de type 2, il se manifeste lorsque le pancréas ne sécrète pas assez d'insuline ou que l'organisme ne l'utilise pas correctement. Le diabète de type 2 survient généralement après l'âge de 40 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Il faut noter que la majorité des Canadiens atteints de diabète, soit entre 90 et 95%, ont le diabète de type 2 et que 5 à 10% ont le diabète de type 1 (Agence de la santé publique du Canada, 2011). En 2016, on comptait environ 3.5 millions de Canadiens, soit

9.2%, aux prises avec le diabète. On prévoit que ce nombre pourrait atteindre jusqu'à 4.9 millions de personnes d'ici l'an 2026, ce qui représente 11.6% de la population (Canadian Diabetes Association, 2016). En outre, la littérature indique que cette augmentation du taux de prévalence du diabète est certainement attribuable à des facteurs modifiables associés à des taux élevés d'embonpoint et au vieillissement de la population (Agence de la santé publique du Canada, 2016).

Comparativement à la population générale, les personnes atteintes de diabète présentent un risque considérablement plus élevé d'être hospitalisées (Canadian Diabetes Association, 2016). En 2008, les coûts associés aux soins hospitaliers, aux services médicaux et aux médicaments pour le diabète ont été estimés à 2.18 milliards de dollars et on prévoit que ces coûts augmenteront à 3.1 milliards de dollars d'ici 2020. Pour le système de santé canadien, le diabète représente une contrainte économique considérable (Bilandzic, 2017). Les diabétiques font face à des obstacles importants en lien avec l'accessibilité à des soins et du soutien dont ils ont besoin pour gérer efficacement leur maladie (Canadian Diabetes Association, 2016). Les diabétiques soulignent qu'ils ne reçoivent pas suffisamment d'information et de soutien pour bien gérer leur maladie chronique. Une meilleure prise en charge du diabète passe par l'autogestion de la maladie par les personnes atteintes (Association Canadienne du Diabète, 2009). Pour assurer des soins efficaces pour le diabète, les lignes directrices de pratique clinique recommandent une autogestion encadrée, selon le modèle de soins des maladies chroniques (Cheng, 2013). En effet, afin d'améliorer la prise en charge des patients vivant avec le diabète, l'implication du système de santé dans le cadre des soins de santé primaire s'avère essentielle (OMS, 2016). L'appui du gouvernement est nécessaire afin de faciliter la collaboration entre les professionnels de la santé de première ligne ayant l'expertise appropriée pour favoriser la prise en charge optimale des patients atteints de diabète (Cheng, 2013). Dans la littérature, on dénote que des modèles de prévention des maladies chroniques, pris en charge par des équipes de soins de première ligne et où les infirmières jouent un rôle central, sont bénéfiques pour les patients diabétiques. Effectivement, les patients démontraient des niveaux d'hémoglobine glyquée plus bas, un taux de mortalité et d'incidence aux effets adverses moindres (Bodenheimer et al., 2005; Tshiananga et al., 2012) et des comportements de santé et des résultats de soins améliorés (Bodenheimer et al., 2005).

Les programmes intégrés de prévention et de gestion du risque

Le *Chronic Care Model* (CCM) est un modèle de soins des maladies chroniques visant à améliorer la qualité de ces soins (Wagner et al., 2001). Ce modèle très connu a été

grandement utilisé au Canada et aux États-Unis, et même à l'international, afin de guider l'amélioration de la qualité et les activités de prise en charge et de prévention de maladies chroniques (Bodenheimer et al., 2005; Levesque, 2007; Wagner et al., 2001). On souligne que les infirmières sont l'élément clé de l'implémentation du CCM dans des équipes de soins centrés sur le patient (Bodenheimer et al., 2005). Le CCM effectue les changements autour de six domaines d'actions interdépendants : 1) les ressources de la communauté et les politiques; 2) l'organisation des soins de santé; 3) le soutien à l'autogestion; 4) le modèle de prestation des soins; 5) le soutien à la décision clinique; et 6) le système d'information clinique (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002; Grimard, Provost, Pineault, Ricard et Silva, 2017).

Depuis quelques années, différents programmes intégrés de prévention et de gestion du risque pour les maladies chroniques ont été mis en place au Québec, en première ligne (Ahmed et al., 2015). Ces programmes ont été mis en place afin de s'attaquer à la prévalence croissante des maladies chroniques, particulièrement le diabète (Grimard et al., 2017), et d'améliorer les résultats de soins et de santé pour ces patients (Fortin et al., 2016). Ils sont majoritairement basés sur le modèle conceptuel *Chronic Care Model* (CCM) (Provost et al., 2017; Wagner, Austin et Von Korff, 1996). L'efficacité de ces programmes a été démontrée (Bodenheimer et al., 2002; Grimard et al., 2017; Levesque, 2007; Provost et al., 2017), entre autres en lien avec l'amélioration des résultats, tels qu'une réduction des hospitalisations, une diminution des coûts, une meilleure adhésion à la médication, un meilleur contrôle de la maladie, une utilisation plus optimale des services de santé, une qualité de vie améliorée et une réduction de la mortalité (Fortin et al., 2016). Ces programmes de prévention permettent d'améliorer les services et de mieux répondre aux besoins complexes des patients atteints de maladies chroniques en guidant les interventions des équipes de soins (Ahmed et al., 2015; Grimard et al., 2017; Levesque, 2007; Provost et al., 2017). Ces programmes facilitent aussi la mise en place d'équipes de soins proactives et organisées, en interaction avec des patients informés et actifs (Bodenheimer et al., 2002; Grimard et al., 2017; Levesque, 2007; Provost et al., 2017). Les objectifs des programmes intégrés de prévention pour les maladies chroniques implantés au Québec sont les suivants :

- 1) réduire les facteurs de risque contribuant aux maladies chroniques; 2) réduire les complications associées aux maladies chroniques; 3) réduire les hospitalisations et les séjours à l'urgence pour les personnes souffrant de maladies chroniques; 4) améliorer l'utilisation de la médication; 5) améliorer la qualité de vie et la satisfaction des patients en lien avec les programmes de prévention et de gestion de leur maladie chronique, ainsi que la satisfaction des proches aidants; 6) fournir du soutien aux patients avec lien avec l'autogestion de leur maladie chronique; 7) améliorer la satisfaction des professionnels dans leur pratique clinique au quotidien; et 8) améliorer la

santé de la population. [traduction libre] (Ahmed et al., 2015, p. 2, cité dans (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2008)

Ces programmes constituent une manière de repenser la pratique des soins de santé de première ligne, afin de développer des soins plus efficaces pour les maladies chroniques (Bodenheimer et al., 2002). De plus, les interventions basées sur le CCM permettent d'améliorer les processus et les résultats de soins pour les patients atteints de maladies chroniques, particulièrement pour la clientèle atteinte du diabète (Provost et al., 2017).

Les interventions des programmes intégrés de prévention et de gestion du risque mis sur pied au Québec sont offertes par des équipes interdisciplinaires dans lesquelles les infirmières jouent un rôle central (Ahmed et al., 2015; Provost et al., 2017). Les patients sont généralement référés et suivis de manière usuelle par leur médecin, mais le reste des rencontres s'effectue majoritairement avec des infirmières. En effet, le programme inclut des suivis individuels avec une infirmière et une nutritionniste, ainsi que des rencontres de groupe, souvent guidées par des infirmières, sur une période de deux ans (Provost et al., 2017). De plus, les infirmières sont la plupart du temps les gestionnaires de cas pour ces programmes et s'assurent de la coordination des soins et des services (Ahmed et al., 2015).

L'accessibilité

L'accessibilité aux soins est un aspect central de la performance des systèmes de santé dans le monde (Levesque, Harris et Russell, 2013). C'est une notion complexe qui fait référence à l'opportunité d'atteindre et d'obtenir des services de santé appropriés, dans une situation où un besoin de santé est identifié par l'utilisateur (Levesque et al., 2013). On dénote des déficits dans l'accès aux services de première ligne au Québec, ce qui ne permet pas de répondre de manière adéquate aux besoins de santé de la population (Pineault et al., 2008). Des modèles organisationnels de première ligne qui assurent la responsabilisation des établissements de santé et la prise en charge de la population, particulièrement celle atteinte de maladies chroniques, semblent être une manière efficace d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services (Pineault et al., 2008). Des pays, tels que la Norvège, l'Australie et l'Angleterre, ont réussi à améliorer significativement l'accessibilité aux soins de santé en misant sur le déploiement de soins de première ligne forts (Centre FERASI, 2013). Ceux-ci mettent de l'avant l'utilisation optimale des effectifs infirmiers, afin d'assurer des gains systémiques à chaque étape des soins (Dubois et al., 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013). L'attribution de fonctions plus complexes aux infirmières, entre autres en soins de santé primaires, tels que dans le suivi systématique de maladies chroniques, a permis à certains pays d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire le temps d'attente

(Dubois et al., 2015). Effectivement, la coordination des parcours de soins pour les patients atteints de maladies chroniques par des infirmières mène à des bénéfices importants en terme de qualité, d'efficacité et d'efficience (Dubois et al., 2015). Ceci entraîne également des économies substantielles pour le système de santé et offre un accès accru à des soins de qualité (Dubois et al., 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013). Pourtant, l'impact économique des infirmières en lien avec leur influence sur le continuum des soins, entre autres pour la prévention et le suivi des maladies chroniques, est peu documenté (Dubois et al., 2015).

Pour les patients atteints de diabète, la gestion de leur maladie implique une utilisation accrue de différents fournisseurs de soins de santé (Agence de la santé publique du Canada, 2011). En effet, la question se pose à savoir si l'utilisation considérable des services de santé par les diabétiques est associée à la complexité de la maladie ou plutôt à des lacunes d'accessibilité et de continuité des soins de première ligne (Lemoine, 2006). Les programmes intégrés de prévention et de gestion du risque en première ligne pour les maladies chroniques, mis en place au Québec, visaient à combler le manque de services offerts à cette clientèle (Grimard et al., 2017). Ces programmes pourraient permettre d'atteindre de meilleurs standards de qualité en soins de première ligne pour ces patients (Fortin et al., 2016). L'accès à des soins de première ligne adéquats, afin d'assurer un accès rapide, la continuité et la coordination des soins, est un élément clé pour réduire l'utilisation inefficace des services de santé (Roberge et al., 2007).

Toutefois, à notre connaissance, aucune étude au Québec n'a fait effet de l'efficacité des programmes intégrés préventifs pour les diabétiques en première ligne, pris en charge par des infirmières, sur les résultats de soins, plus particulièrement en lien avec l'accessibilité aux soins de santé.

But du travail

Cette étude vise, à partir d'une revue intégrative de la littérature, à documenter l'état des connaissances relatives à l'impact des programmes intégrés de prévention en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé; en vue de proposer des recommandations aux gestionnaires de programme.

Objectifs du travail

Ce travail se divise en deux principaux objectifs :

1. Documenter l'état des connaissances relatives à l'impact des programmes intégrés de prévention en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé.
2. Proposer des recommandations aux gestionnaires de programme sur les mesures selon lesquelles les programmes intégrés de prévention en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, influencent l'accessibilité aux soins de santé.

CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre conceptuel utilisé pour ce travail est celui de Levesque et al. (2013) sur l'accès aux soins de santé. Pour ces auteurs, l'accessibilité résulte d'une interaction entre les caractéristiques de l'environnement social et physique des personnes et des populations et les caractéristiques du système de santé, des organisations et des fournisseurs de soins de santé. L'accessibilité réfère donc à la possibilité pour les utilisateurs de services de santé d'identifier un besoin de santé, d'aller chercher les services de santé requis, d'atteindre des ressources de santé, d'obtenir ou d'utiliser les services de santé qui sont appropriés aux besoins de santé. L'accès représente les étapes parcourues par les utilisateurs de services de santé, leur permettant d'entrer en contact et d'obtenir des soins de santé. Le concept d'utilisation représente la réalisation de l'accès aux soins. De plus, on considère que les facteurs en lien avec les caractéristiques de l'offre de services de santé par le système et les organisations et les caractéristiques de la demande des populations interagissent pour influencer le processus décrivant la trajectoire permettant d'accéder aux services de santé. En effet, le cadre de Levesque et al. (2013) conceptualise cinq dimensions de l'accessibilité capturant les déterminants complémentaires de l'offre et de la demande. Du côté de l'offre, les cinq dimensions de l'accessibilité sont : 1) Approchabilité/Accueil; 2) Acceptation; 3) Disponibilité et accommodements; 4) Abordabilité; et 5) Pertinence. Du côté de la demande, les cinq dimensions des aptitudes correspondantes des personnes sont : 1) Perception des besoins; 2) Trouver et comprendre l'information; 3) Capacité d'atteindre les services; 4) Capacité de payer; 5) Proactivité personnelle. Les cinq dimensions de l'accessibilité interagissent avec celles des aptitudes des personnes pour générer l'accès. Le tout est représenté ci-bas, dans la Figure 1 (Levesque et al., 2013).

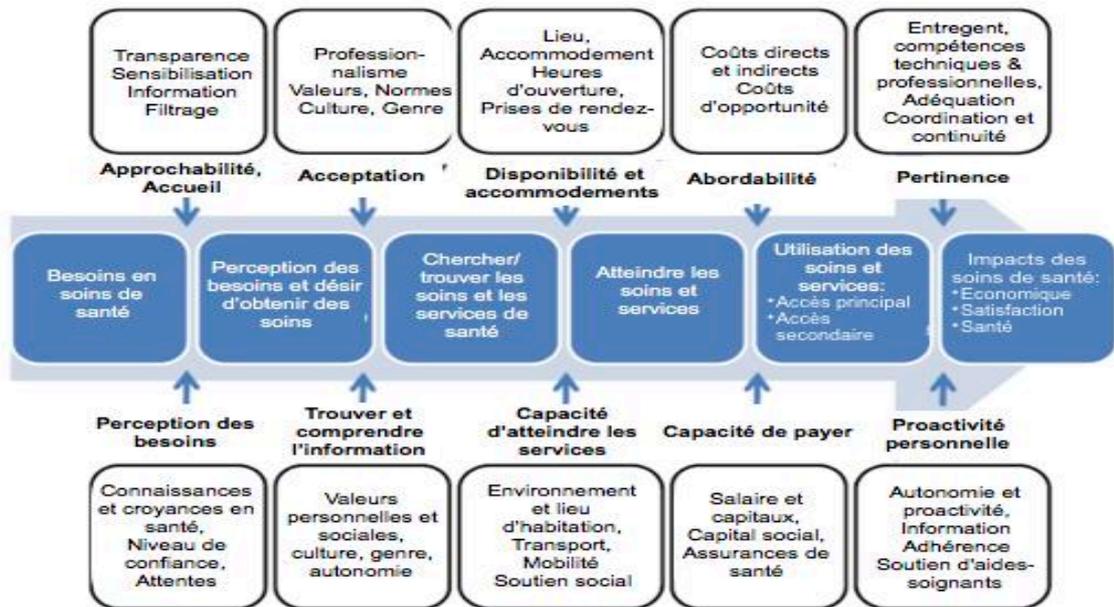


Figure 1. Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Levesque et al. (2013).

Voici une courte description des cinq dimensions de l'accessibilité, combinant les déterminants de l'offre et de la demande.

1. L'*approchabilité* concerne le fait que les personnes ayant un besoin de santé peuvent identifier que certains services existent, que ces services peuvent être atteints et qu'ils peuvent avoir un impact sur leur santé. Différents éléments rendent les services plus ou moins approchables. L'aptitude correspondante à cette notion est la *perception des besoins* et dépend de facteurs tels que la littératie, les connaissances et les croyances en santé (Levesque et al., 2013).
2. L'*acceptation* concerne les facteurs culturels et sociaux qui vont déterminer la possibilité pour les utilisateurs d'accepter les différents aspects du service et ce que l'utilisateur considère approprié pour demander ce service. L'aptitude complémentaire à cette notion est de *trouver et comprendre l'information*, ce qui va permettre à l'utilisateur d'exprimer son intention d'obtenir des soins de santé. Ceci fait référence à son autonomie et sa capacité de choisir d'aller chercher des soins, ses connaissances sur ses options de services et ses droits en matière de santé (Levesque et al., 2013).
3. La *disponibilité et les accommodements* concernent le fait que les services de santé existent, peuvent être atteints physiquement et dans des délais raisonnables. Ceci interagit avec la *capacité des utilisateurs d'atteindre les services* de santé et est associé à la mobilité de l'utilisateur, la disponibilité de transport, la flexibilité professionnelle et les connaissances des services permettant à l'utilisateur d'atteindre les fournisseurs de soins (Levesque et al., 2013).

4. L'*abordabilité* concerne la capacité économique des utilisateurs à dépenser les ressources et le temps nécessaire à une utilisation appropriée des services, résultant des coûts directs des services et des dépenses associées et des coûts reliés à une perte de revenu. L'aptitude correspondante à cette notion est la *capacité de payer*, c'est-à-dire la capacité de l'utilisateur à générer les ressources économiques pour payer les services de santé, sans dépenser des ressources pour les nécessités de base (Levesque et al., 2013).
5. La *pertinence* concerne l'adéquation entre le service offert et le besoin de l'utilisateur, sa rapidité, la quantité de soins requise pour évaluer et déterminer le bon traitement et la qualité technique et interpersonnelle du service. L'aptitude complémentaire à cette notion est la *proactivité personnelle*, qui réfère à la participation et l'implication de l'utilisateur dans la prise de décision sur sa santé et sa capacité et sa motivation à participer aux soins et s'engager à compléter le processus de soins (Levesque et al., 2013).

Ces différentes dimensions de l'accessibilité s'influencent entre elles, tout au long de l'épisode d'obtention de soins (Levesque et al., 2013). Celles-ci serviront de thèmes afin d'analyser les résultats, suite à la revue de la littérature effectuée dans le cadre de ce travail.

MÉTHODE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La méthode de recherche documentaire utilisée pour ce travail, afin de répondre aux objectifs mentionnés ci-haut, a été celle inspirée de Whitemore et Knafl (2005). Cette méthode de revue intégrative des écrits se divise en cinq étapes, soit : l'identification du problème, la recherche documentaire, l'évaluation de la qualité des articles, l'analyse des données et la présentation des résultats (Whitemore et Knafl, 2005).

Identification du problème

La première étape de cette revue intégrative des écrits est d'identifier clairement le problème qui sera abordé. Pour ce faire, les variables pertinentes à la revue sont décrites, telles que les concepts importants, la population cible ou le problème de santé. En ayant des objectifs et des variables d'intérêts clairs, l'information pertinente sera différenciée plus aisément par la suite (Whitemore et Knafl, 2005). Le problème de ce travail dirigé a été décrit dans la première section du travail. On souligne que l'efficacité des programmes intégrés de prévention et de gestion du risque pour les maladies chroniques a été démontrée (Bodenheimer et al., 2002; Grimard et al., 2017; Levesque, 2007; Provost et al., 2017). Toutefois, aucune étude au Québec n'a fait objet de l'impact des programmes intégrés préventifs en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé. À l'aide de cette revue de la littérature, il sera possible de mettre en évidence l'impact de programmes de prévention en soins de santé primaire dans des systèmes de santé similaire à celui du Québec, à travers le monde, et ainsi, en soulever des conclusions pertinentes pour les soins de santé primaire pour les diabétiques, au Québec. Considérant la prévalence croissante du diabète (Grimard et al., 2017) et la contrainte économique importante qu'il représente (Bilandzic, 2017) dans un système de santé québécois avec des ressources limitées, mettre en lumière l'influence des programmes de prévention en première ligne sur l'accessibilité aux soins répond à des défis actuels (Pineault et al., 2008).

Recherche documentaire

L'étape suivante selon la méthode de Whitemore et Knafl (2005) consiste à détailler la stratégie de recherche utilisée pour effectuer la revue intégrative de la littérature. Ceci inclut les descripteurs, les bases de données, les autres stratégies de recherche et les critères d'inclusion et d'exclusion permettant de déterminer la pertinence des sources (Whitemore et Knafl, 2005). La revue intégrative de la littérature a été effectuée à partir des bases de données électroniques *Pubmed* et *CINAHL*. Quatre principaux concepts ont été utilisés pour ce travail, soit; les soins de première ligne, le diabète, l'accessibilité et les soins infirmiers. Pour le concept de soins de première ligne, les descripteurs suivants ont été utilisés : *primary*

health care or primary health services or primary care or first line or front line or ambulatory care or chronic care model. Le concept du diabète a été recherché à l'aide des descripteurs suivants : *diabetes or diabetic patients*. Pour ce qui est de l'accessibilité, il fût recherché avec : *accessibility or access or availability*. Ces trois concepts ont été combinés à l'aide de l'opérateur booléen AND, pour ensuite ajouter le concept des soins infirmiers à l'aide du descripteur AND *nurs** dans tout le texte, afin de ne pas limiter les résultats. Le repérage des articles a été effectué à l'aide de différentes combinaisons des descripteurs et de mots-clés, dans des équations de recherche.

Les articles francophones et anglophones en lien avec l'impact de programmes de prévention en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé et publiés entre les années 2000 et 2018, ont été inclus. Les articles traitants uniquement de télésanté ont été exclus. La revue intégrative des écrits inclut principalement les études réalisées dans les pays occidentaux, tels que l'Amérique du Nord, l'Australie et l'Europe, afin que la réalité du système de santé québécois soit mieux représentée.

Évaluation de la qualité des articles

La troisième étape de la méthode de Whitemore et Knafl (2005) correspond à l'évaluation et l'interprétation de la qualité et de la pertinence des articles. Suite à la recherche documentaire dans les bases de données électroniques *Pubmed* et *CINAHL* effectuée en août 2018, 677 articles ont été trouvés, après le retrait des doublons. Une première sélection des articles obtenus a été effectuée à l'aide d'une analyse des titres, excluant 625 études. Par la suite, un deuxième tri des articles restants a été fait au moyen d'une analyse des résumés, excluant 14 articles supplémentaires. L'analyse du contenu des articles fut le dernier déterminant d'inclusion ou non de l'article dans la revue de littérature de ce travail, laissant 14 articles restants. La liste de références des articles sélectionnés et le moteur de recherche « *Google Scholar* » ont également été explorés pour chercher d'autres articles pertinents. Cette stratégie de recherche complémentaire a permis de retenir 5 articles supplémentaires. La sélection définitive comprend donc 19 articles pertinents pour le sujet en question (Figure 2). Enfin, la qualité des articles retenus a été évaluée selon la grille *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Pluye, 2011) (Annexe C).

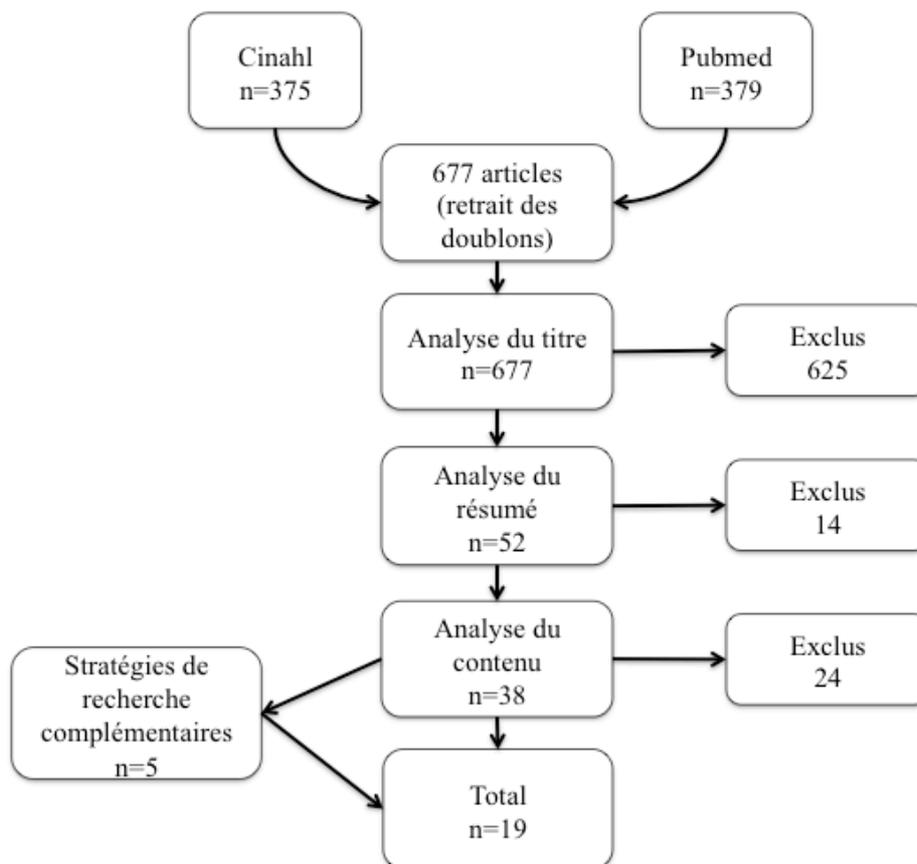


Figure 2. Diagramme de flux

Analyse des données

La quatrième étape de la méthode de recension des écrits de Whitemore et Knafl (2005) consiste à ordonner, coder, catégoriser et résumer les données des articles retenus en conclusion intégrée au sujet de la problématique du travail. Le but de cette étape est donc d'interpréter les données de manière approfondie et objective (Whitemore et Knafl, 2005). Le tableau ci-bas présente les articles sélectionnés ainsi que leur devis de recherche (Tableau I). Les points saillants des articles pertinents sélectionnés furent extraits à l'aide d'une grille de lecture réalisée dans Excel (Annexe A). Par la suite, les résultats ont été classés par thème selon les éléments du cadre conceptuel de Levesque et al. (2013), au moyen d'une grille d'extraction (Annexe B). L'analyse de l'ensemble de ces articles a permis de mettre en lumière les différentes dimensions de l'accessibilité qui sont influencées par les programmes intégrés de prévention en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières.

Tableau I. Études retenues et devis

#	Auteurs et date	Titre	Devis de recherche
1	Aylen, T., Watson, L. et Audehm, R. (2006).	Nurse specialists co-managing diabetes within general practice.	Étude quantitative descriptive, prospective.
2	Edwall, L., Hellström, A., Ohrn, I. et Danielson, E. (2008).	The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes.	Étude qualitative phénoménologique-hermeneutique.
3	Gabbay, R. A., Lendel, I., Saleem, T. M., Shaeffer, G., Adelman, A. M., Mauger, D. T., . . . Polomano, R. C. (2006)	Nurse case management improves blood pressure, emotional distress and diabetes complication screening.	Études quantitatives avec sélection aléatoire (essai contrôlé randomisé)
4	Grohmann, B., Espin, S. et Gucciardi, E. (2017).	Patients' experiences of diabetes education teams integrated into primary care.	Étude qualitative descriptive.
5	Grund, J. et Stomberg, M. W. (2012).	Patients' expectations of the health advice conversation with the diabetes nurse practitioner.	Étude qualitative descriptive, prospective, avec approche inductive.
6	Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A. et Dorado, L. (2015).	Implementing Specialized Diabetes Teams in Primary Care in Southern Ontario.	Étude qualitative descriptive, approche inductive
7	Houweling, S. T., Kleefstra, N., van Hateren, K. J., Groenier, K. H., Meyboom-de Jong, B. et Bilo, H. J. (2011).	Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial.	Études quantitatives avec sélection aléatoire (essai contrôlé randomisé)
8	Hudon, C., Chouinard, M.-C., Diadiou, F., Lambert, M. et Bouliane, D. (2015).	Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience.	Étude qualitative descriptive, prospective.
9	Hudon, C., Chouinard, M. C., Diadiou, F., Bouliane, D., Lambert, M. et Hudon, E. (2016).	The Chronic Disease Self-Management Program: the experience of frequent users of health care services and peer leaders.	Étude mixte séquentielle explicative; étude quantitative corrélationnelle transversale prédictive et étude qualitative descriptive.
10	Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., . . . Bouliane, D. (2018).	Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study.	Étude mixte séquentielle explicative; étude quantitative; essai contrôlé randomisé et étude qualitative descriptive.
11	Johnson, M., Baird, W. et Goyder, E.	Understanding issues involved in the transfer of	Étude qualitative descriptive.

	(2006).	diabetes care to general practice: the patient perspective.	
12	Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. et van Vught, A. J. (2018).	Nurses as substitutes for doctors in primary care.	Revue systématique (Cochrane)
13	Lawton, J., Parry, O., Peel, E. et Douglas, M. (2005).	Diabetes service provision: a qualitative study of newly diagnosed Type 2 diabetes patients' experiences and views.	Étude qualitative descriptive, prospective.
14	Martinez-Gonzalez, N. A., Rosemann, T., Tandjung, R. et Djalali, S. (2015).	The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review.	Revue systématique
15	Provost, S., Pineault, R., Grimard, D., Perez, J., Fournier, M., Levesque, Y., . . . Borges Da Silva, R. (2017).	Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montreal: does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes?	Étude quantitative, devis quasi-expérimental « avant-après ».
16	Shaw, R. J., McDuffie, J. R., Hendrix, C. C., Edie, A., Lindsey-Davis, L., Nagi, A., . . . Williams, J. W., Jr. (2014).	Effects of nurse-managed protocols in the outpatient management of adults with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis.	Revue systématique et Méta-analyse
17	Shigaki, C. L., Moore, C., Wakefield, B., Campbell, J. et LeMaster, J. (2010).	Nurse partners in chronic illness care: patients' perceptions and their implications for nursing leadership.	Étude quantitative descriptive, exploratoire et inductive.
18	Taylor, C. B., Miller, N. H., Reilly, K. R., Greenwald, G., Cuning, D., Deeter, A. et Abascal, L. (2003).	Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes.	Études quantitatives avec sélection aléatoire (essai contrôlé randomisé)
19	Wilson, A., O'Hare, J. P., Hardy, A., Raymond, N., Szczepura, A., Crossman, R., . . . Saravanan, P. (2014).	Evaluation of the Clinical and Cost Effectiveness of Intermediate Care Clinics for Diabetes (ICCD): A Multicentre Cluster Randomised Controlled Trial.	Études quantitatives avec sélection aléatoire (essai contrôlé randomisé)

Présentation des résultats

Finalemment, la dernière étape de la méthode de revue intégrative des écrits de Whitemore et Knafl (2005) est de présenter les résultats obtenus suite à la recherche et d'en extraire des conclusions explicites. Pour ce travail, les résultats ont été rédigés sous forme d'article scientifique et soumis à la revue *Santé Publique* en tant que synthèse des connaissances, pour la rubrique Pratiques et organisation des soins. De plus, les conclusions ont mené à la formulation de recommandations aux gestionnaires de programmes sur les dimensions des programmes intégrés de prévention en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, permettant d'améliorer l'accessibilité aux soins.

L'ARTICLE

Titre : Le bénéfice des interventions infirmières dans l'accessibilité aux soins de santé : le cas du diabète

Titre court : Interventions infirmières et accessibilité

Revue : Santé publique

Rubrique : Pratiques et organisation des soins

Type de publication : Synthèse des connaissances

Par Christine Lefebvre^a et Roxane Borgès Da Silva^b

Résumé

Objectif : L'objectif de cet article est de documenter l'état des connaissances relatives à l'impact des programmes intégrés de prévention en soins de santé primaires pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé.

Méthode : Une revue intégrative des écrits a été effectuée par le repérage d'articles dans les bases de données électroniques *CINALH* et *PubMed*. Un total de 19 articles ont été retenus et analysés.

Résultats : Les programmes de prévention en soins de santé primaires, pris en charge par des infirmières ont un impact positif sur la majorité des dix dimensions de l'accessibilité aux soins de santé, respectivement cinq du côté de l'offre et de la demande : 1) l'approchabilité/accueil, 2) l'acceptation, 3) la disponibilité et les accommodements, 4) l'abordabilité, 5) la pertinence, 1) la perception des besoins, 2) trouver et comprendre l'information, 3) la capacité d'atteindre les services, 4) la capacité de payer et 5) la proactivité personnelle. Les infirmières, au sein des programmes de prévention en soins de santé primaires, possèdent le potentiel d'améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la qualité des soins de santé pour les clientèles diabétiques.

Conclusion : Les effectifs infirmiers en soins de santé primaires peuvent avoir des effets positifs sur l'accessibilité aux soins de santé pour les patients atteints de diabète, tel qu'identifier leurs besoins de santé, chercher et trouver les services de santé nécessaire à leur condition et utiliser les soins et services de manière plus adéquate. Davantage de recherches plus robustes et précises sont nécessaires pour solidifier ces connaissances.

Mots-clés : Soins de santé primaires, diabète, accessibilité, soins infirmiers

^a Christine Lefebvre, Infirmière, B. Sc., Étudiante à la maîtrise en Administration des services infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec, Canada.

^b Roxane Borgès Da Silva, Ph. D., Professeure agrégée, École de santé publique - Département de gestion d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal, Chercheuse, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, Québec, Canada.

Abstract

Objective

The aim of this article is to document the impact of nurse-led primary care prevention programs for diabetic patients on accessibility to care.

Method

An integrative review of the literature was done by locating articles in the electronic databases *CINALH* and *PubMed*. A total of 19 articles were selected and analyzed.

Results

Nurse-led prevention programs in primary care for diabetic patients has overall positive impacts across the ten accessibility of care dimensions, which are split equally between offer and demand: 1) Approachability; 2) Acceptability; 3) Availability and accommodation; 4) Affordability; 5) Appropriateness, 1) Ability to perceive; 2) Ability to seek; 3) Ability to reach; 4) Ability to pay; and 5) Ability to engage. The nurses taking part in prevention programs in primary care have the potential to improve the accessibility, effectiveness and quality of health care for diabetic patients.

Conclusion

The front-line nursing workforce can have positive effects on the accessibility of health care for patients with diabetes, such as identifying their healthcare needs, search and find the necessary services for their health condition and use the care and services in a more appropriate way. More robust and accurate research is needed to solidify this knowledge.

Keywords

Primary care, diabetes, accessibility, nursing

Introduction

Les maladies chroniques (MC), particulièrement les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, sont un fardeau social, économique et de santé publique grandissant du XXI^e siècle pour les gouvernements à travers le monde. Les MC font référence à un ensemble de problèmes de santé ou pathologies ayant une durée prolongée, ne se résolvant pas de manière spontanée et où la guérison est peu probable (Levesque, 2007). Annuellement, elles causent environ 35 millions de décès dans le monde, représentant plus de 60% de l'ensemble des décès, ce qui en fait la première cause de mortalité mondiale (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2010; 2014). De ces MC, le diabète est celui ayant la deuxième plus grande croissance annuellement depuis 2000, au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2016). L'étiologie des MC est associée à des facteurs modifiables, tels que les comportements, les habitudes de vie, les expositions environnementales, et non modifiables, tels que la physiologie et la génétique (Levesque, 2007). Les patients atteints de maladies chroniques ont de multiples besoins; information, éducation thérapeutique, apprentissage, accompagnement, conseling, soins, soutien, etc (Association Canadienne du Diabète, 2009; Canadian Diabetes Association, 2016). Ces besoins sont complexes et leur gestion représente un défi pour les systèmes de santé (Fortin et al., 2016). Les diabétiques soulignent qu'ils ne reçoivent pas suffisamment d'information et de soutien pour bien gérer leur maladie chronique (Association Canadienne du Diabète, 2009). Une meilleure prise en charge du diabète passe par l'autogestion de la maladie par les personnes atteintes (Association Canadienne du Diabète, 2009). Les diabétiques font face à des obstacles importants en lien avec l'accessibilité à des soins et du soutien dont ils ont besoin pour gérer efficacement leur maladie (Canadian Diabetes Association, 2016).

Afin d'aborder les défis associés à la prévalence croissante des maladies chroniques et ses impacts sur le système de santé, ainsi que la qualité de vie des patients, des changements doivent être apportés dans les systèmes de santé (Ahmed et al., 2015), particulièrement dans les soins de santé primaires (OMS, 2016; Young et al., 2016). On dénote que les interventions pour les maladies chroniques les plus efficaces sont celles effectuées par des équipes de soins multidisciplinaires qui incluent, la plupart du temps, des infirmières possédant des compétences en lien avec les maladies chroniques (Wagner, 2000). Qui plus est, il est possible de remarquer que les besoins des patients souffrants de maladies chroniques sont étroitement liés à l'exercice infirmier, soulignant la pertinence de la prise en charge infirmière des programmes de prévention en soins de santé primaire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). De par leur formation et leur rôle, les infirmières faisant partie des équipes de soins sont en mesure de favoriser la transformation des soins pour les maladies chroniques

(Bodenheimer et al., 2005). Les infirmières possèdent les connaissances nécessaires pour contribuer à l'amélioration des soins de santé primaires pour ces patients (Health Quality Ontario, 2013; Wagner, 2000). La littérature souligne que les modèles de gestion des maladies chroniques, où les infirmières jouent un rôle central, ont des effets bénéfiques sur la satisfaction des patients, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients (Young et al., 2016), particulièrement pour les patients diabétiques (Bodenheimer et al., 2005; Tshiananga et al., 2012).

Au Québec, on dénote des déficits dans l'accès aux services de santé primaires, ce qui ne permet pas de répondre de manière adéquate aux besoins de santé de la population, particulièrement celle atteinte de maladies chroniques (Pineault et al., 2008). Depuis quelques années, différents programmes intégrés de prévention et de gestion du risque pour les maladies chroniques ont été mis en place au Québec, dans les services de santé primaires (Ahmed et al., 2015). Ces programmes ont été mis en place afin de s'attaquer à la prévalence croissante des maladies chroniques, particulièrement le diabète (Grimard et al., 2017), et d'améliorer les résultats de soins et de santé pour ces patients (Fortin et al., 2016). L'efficacité de ces programmes a été démontrée (Bodenheimer et al., 2002; Grimard et al., 2017; Levesque, 2007; Provost et al., 2017), entre autres en lien avec l'amélioration des résultats, tels qu'une réduction des hospitalisations, une diminution des coûts, une meilleure adhésion à la médication, un meilleur contrôle de la maladie, une utilisation plus optimale des services de santé, une qualité de vie améliorée et une réduction de la mortalité (Fortin et al., 2016). Ces programmes de prévention permettent d'améliorer les services et de mieux répondre aux besoins complexes des patients atteints de maladies chroniques en guidant les interventions des équipes de soins (Ahmed et al., 2015; Grimard et al., 2017; Levesque, 2007; Provost et al., 2017). Ces programmes facilitent aussi la mise en place d'équipes de soins proactives et organisées, en interaction avec des patients informés et actifs (Bodenheimer et al., 2002; Grimard et al., 2017; Levesque, 2007; Provost et al., 2017) et constituent une manière de repenser la pratique de soins de santé de primaires, afin de développer des soins plus efficaces pour les maladies chroniques (Bodenheimer et al., 2002).

La coordination des parcours de soins pour les patients atteints de maladies chroniques par des infirmières mène à des bénéfices importants en terme de qualité, d'efficacité et d'efficience (Dubois et al., 2015). Ceci entraîne également des économies substantielles pour le système de santé et offre un accès accru à des soins de qualité (Dubois et al., 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013). Pourtant, l'influence des infirmières sur le continuum des soins, entre autres pour la prévention et le suivi des maladies, est peu documentée (Dubois et al., 2015). Pour les patients atteints de diabète, la gestion de leur

maladie implique une utilisation accrue de différents fournisseurs de soins de santé (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Les programmes intégrés de prévention et de gestion du risque en soins primaires pour les maladies chroniques, mis en place au Québec, visaient à combler le manque de services qui sont offerts à cette clientèle (Grimard et al., 2017). Ces programmes pourraient permettre d'atteindre de meilleurs standards de qualité en soins de santé primaires pour ces patients (Fortin et al., 2016). L'accès à des soins de santé primaires adéquats, afin d'assurer un accès rapide, la continuité et la coordination des soins, est un élément clé pour réduire l'utilisation inefficace des services de santé (Roberge et al., 2007).

Toutefois, à notre connaissance, aucune étude au Québec n'a fait effet de l'efficacité des programmes intégrés préventifs pour les diabétiques en soins de santé primaires, pris en charge par des infirmières, sur les résultats de soins, plus particulièrement en lien avec l'accessibilité aux soins de santé.

Objectif

Cet article vise, à partir d'une revue intégrative de la littérature, à documenter l'état des connaissances relatives à l'impact des programmes intégrés de prévention en soins de santé primaires pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé.

Méthode de recherche

Cette revue intégrative des écrits a été effectuée selon la méthode inspirée de Whittemore et Knafl (2005) qui permet d'inclure à la fois des articles quantitatifs, qualitatifs et la littérature grise (Whittemore et Knafl, 2005).

Recherche documentaire

La revue intégrative de la littérature a été effectuée à partir des bases de données électroniques *Pubmed* et *CINAHL*. Quatre principaux concepts ont été utilisés pour ce travail, soit; les soins de santé primaires, le diabète, l'accessibilité et les soins infirmiers. Pour le concept de soins de santé primaires, les descripteurs suivants ont été utilisés : *primary health care or primary health services or primary care or first line or front line or ambulatory care or chronic care model*. Le concept du diabète a été recherché à l'aide des descripteurs suivants : *diabetes or diabetic patients*. Pour ce qui est de l'accessibilité, il fût recherché avec : *accessibility or access or availability*. Ces trois concepts ont été combinés, pour ensuite ajouter le concept des soins infirmiers dans des équations de recherche. Les articles francophones et anglophones en lien avec l'impact de programmes de prévention en soins de

santé primaires pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé et publiés entre les années 2000 et 2018, ont été inclus. Les articles traitants uniquement de télésanté ont été exclus. La revue intégrative des écrits inclut principalement les études réalisées dans les pays occidentaux, tels que l'Amérique du Nord, l'Australie et l'Europe, afin que la réalité du système de santé québécois soit mieux représentée.

Évaluation de la qualité des articles

Suite à la recherche documentaire dans les bases de données électroniques *Pubmed* et *CINAHL* effectuée en août 2018, 677 articles ont été trouvés, après le retrait des doublons. Une première sélection des articles obtenus a été effectuée à l'aide d'une analyse des titres, excluant 625 études. Par la suite, un deuxième tri des articles restants a été fait au moyen d'une analyse des résumés, excluant 14 articles supplémentaires. L'analyse du contenu des articles fut le dernier déterminant d'inclusion ou non de l'article dans la revue de littérature de ce travail, laissant 14 articles restants. La liste de références des articles sélectionnés et le moteur de recherche « *Google Scholar* » ont également été explorés pour chercher d'autres articles pertinents. Cette stratégie de recherche complémentaire a permis de retenir 5 articles supplémentaires. La sélection définitive comprend donc 19 articles pertinents pour le sujet en question (Figure 3). Enfin, la qualité des articles retenus a été évaluée selon la grille *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Pluye, 2011).

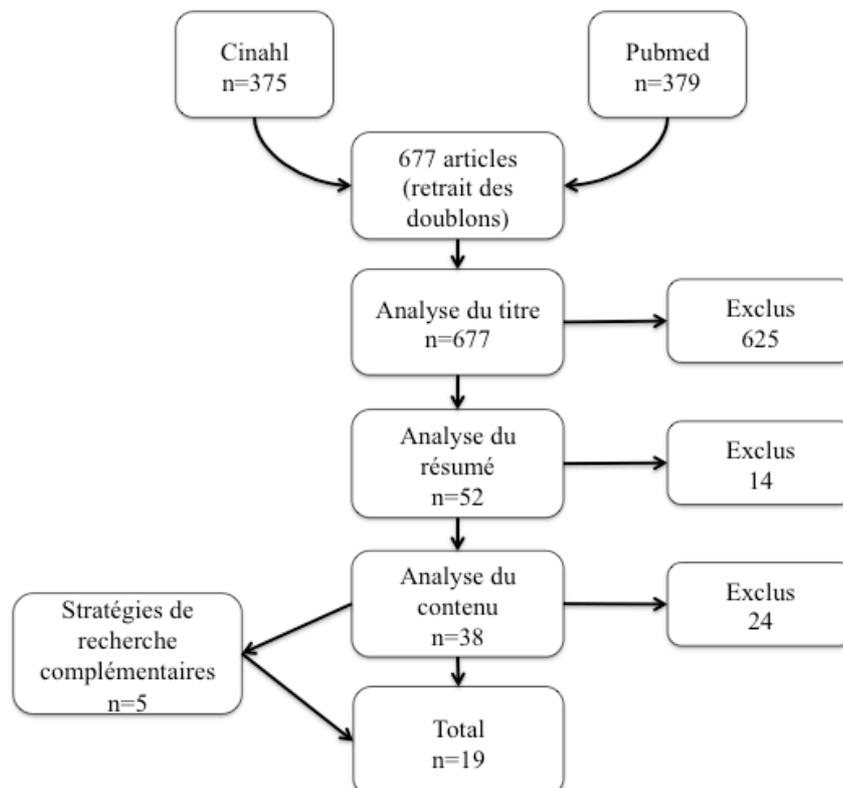


Figure 3. Diagramme de flux

Analyse des données

Les points saillants des articles pertinents sélectionnés furent extraits à l'aide d'une grille de lecture réalisée dans Excel. Les résultats ont été classés par thème selon les éléments du cadre conceptuel de Levesque et al. (2013), au moyen d'une grille d'extraction. Le cadre de Levesque et al. (2013) conceptualise cinq dimensions de l'accessibilité capturant les déterminants complémentaires de l'offre et de la demande. Du côté de l'offre, les cinq dimensions de l'accessibilité sont : 1) Approchabilité/Accueil; 2) Acceptation; 3) Disponibilité et accommodements; 4) Abordabilité; et 5) Pertinence. Du côté de la demande, les cinq dimensions des aptitudes correspondantes des personnes sont : 1) Perception des besoins; 2) Trouver et comprendre l'information; 3) Capacité d'atteindre les services; 4) Capacité de payer; 5) Proactivité personnelle. L'analyse de l'ensemble de ces articles a permis de mettre en lumière les différentes dimensions de l'accessibilité qui sont influencées par les programmes intégrés de prévention en soins de santé primaires pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières.

Résultats

Le diagramme de flux (figure 3) représente les articles obtenus lors de la recherche documentaire. Un total de 19 articles ont été retenus et analysés suite à cette recension des écrits.

Les devis de recherches utilisés pour les 19 articles retenus étaient; essais contrôlés randomisés (n=4), quantitatifs descriptifs (n=2), quasi-expérimental avant-après (n=1), qualitatifs descriptifs (n=6), qualitatifs phénoménologique (n=1), mixtes (n=2) et revue systématique et méta-analyse (n=3). Parmi ces études, six ont été effectuées au Canada (Grohmann, Espin et Gucciardi, 2017; Gucciardi, Espin, Morganti et Dorado, 2015; Hudon, Chouinard, Diadiou, Lambert et Bouliane, 2015; Hudon et al., 2016; Hudon et al., 2018; Provost et al., 2017), dont quatre au Québec, six ont été conduites en Europe (Edwall, Hellström, Ohrn et Danielson, 2008; Grund et Stomberg, 2012; Houweling et al., 2011; Johnson, Baird et Goyder, 2006; Lawton, Parry, Peel et Douglas, 2005; Wilson et al., 2014), trois aux Etats-Unis (Gabbay et al., 2006; Shigaki, Moore, Wakefield, Campbell et LeMaster, 2010; Taylor et al., 2003) et une en Australie (Aylen, Watson et Audehm, 2006). La majorité de ces articles traitaient de programmes de prévention spécifiquement pour les diabétiques (n=12) et le reste pour les maladies chroniques en général, incluant le diabète (n=7). La

totalité des programmes de prévention dans les articles faisait appel à des infirmières de différents niveaux d'études, tel que collégiales, universitaires de premier cycle et de deuxième cycle, mais ce n'était pas toujours précisé. Les programmes se situaient toujours dans un contexte de soins de santé primaires. Selon la grille d'évaluation de la qualité des articles *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) de Pluye et al. (2011), 13 articles présentaient un résultat supérieur à 75% et 3 articles présentaient un résultat entre 50 et 75%, inclusivement (Pluye, 2011). Les dimensions de l'accessibilité sont présentées dans cette section selon le nombre d'articles traitants de cette dimension, tel que présenté dans le tableau ci-bas (Tableau II).

Tableau II. Articles et dimensions de l'accessibilité

DIMENSIONS DE L'ACCESSIBILITÉ (OFFRE)					DIMENSIONS DE L'ACCESSIBILITÉ (DEMANDE)				
1. Approchabilité/ Accueil	2. Acceptation	3. Disponibilité et accommodements	4. Abordabilité	5. Pertinence	1. Perception des besoins	2. Trouver et comprendre l'information	3. Capacité des utilisateurs d'atteindre les services de santé	4. Capacité de payer	5. Proactivité personnelle
Aylen et al., (2006) Edwall et al., (2008) Grohmann et al., (2017) Gucciardi et al., (2015) Houweling et al., (2011) Hudon et al., (2015) Hudon et al., (2018) Johnson et al., (2006) Lawton et al., (2005) Martínez-González et al., (2015) Shaw et al., (2014) Shigaki et al., (2010)	Aylen et al., (2006) Shigaki et al., (2010)	Aylen et al., (2006) Edwall et al., (2008) Grohmann et al., (2017) Grund et al., (2012) Gucciardi et al., (2015) Houweling et al., (2011) Hudon et al., (2015) Hudon et al., (2016) Hudon et al., (2018) Johnson et al., (2006) Laurant et al., (2018) Lawton et al., (2005) Shigaki et al., (2010) Taylor et al. (2003)	Taylor et al. (2003) Gabbay et al., (2006) Laurant et al., (2018) Shaw et al., (2014) Wilson et al. (2014)	Aylen et al., (2006) Edwall et al., (2008) Gabbay et al., (2006) Grohmann et al., (2017) Gucciardi et al., (2015) Houweling et al., (2011) Hudon et al., (2015) Hudon et al., (2018) Johnson et al., (2006) Laurant et al., (2018) Lawton et al., (2005) Martínez-González et al., (2015) Provost et al. (2017) Shaw et al., (2014) Shigaki et al., (2010)	Aylen et al., (2006) Edwall et al., (2008) Grohmann et al., (2017) Grund et al., (2012) Gucciardi et al., (2015) Hudon et al., (2016) Hudon et al., (2018) Laurant et al., (2018) Martínez-González et al., (2015) Shigaki et al., (2010) Taylor et al. (2003)	Aylen et al., (2006) Edwall et al., (2008) Grund et al., (2012) Gucciardi et al., (2015) Hudon et al., (2016) Hudon et al., (2018) Laurant et al., (2018) Martínez-González et al., (2015) Shigaki et al., (2010) Taylor et al. (2003)	Aylen et al., (2006) Grohmann et al., (2017) Gucciardi et al., (2015) Hudon et al., (2016) Lawton et al., (2005) Provost et al. (2017)	Aylen et al., (2006) Lawton et al., (2005)	Aylen et al., (2006) Edwall et al., (2008) Gabbay et al., (2006) Grohmann et al., (2017) Grund et al., (2012) Gucciardi et al., (2015) Hudon et al., (2015) Hudon et al., (2016) Hudon et al., (2018) Martínez-González et al., (2015) Provost et al. (2017) Shigaki et al., (2010) Taylor et al. (2003) Wilson et al. (2014)
12	2	14	5	15	11	4	7	2	14

Impact des programmes de prévention en soins de santé primaires sur l'accessibilité aux soins

Pertinence

La *pertinence* fait référence à l'adéquation entre les services offerts et les besoins du patient, le tout, en temps opportun, le temps requis pour évaluer le problème de santé et déterminer le traitement adéquat, la qualité du service offert et la coordination et la continuité des soins (Levesque et al., 2013). Cette dimension est celle que l'on retrouve le plus fréquemment dans les articles sélectionnés, soit dans 15 articles. Ceci souligne donc le rôle central de la pertinence dans l'amélioration de l'accessibilité.

La pertinence des services offerts dans les différents programmes de prévention pour les maladies chroniques, majoritairement le diabète, a permis aux patients de recevoir des services individualisés en fonction de leurs besoins personnels et en temps opportun (Edwall et al., 2008; Grohmann et al., 2017; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2015; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005; Shigaki et al., 2010). Ceci facilite la création d'un partenariat et d'une relation de confiance avec le patient (Grohmann et al., 2017; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010), ce qui augmente la satisfaction de ces derniers (Grohmann et al., 2017; Houweling et al., 2011; Laurant et al., 2018; Shigaki et al., 2010). Ce soutien donné aux patients et à leur famille crée un sentiment de sécurité, ce qui les rend plus apte pour l'autogestion de leur maladie chronique (Gabbay et al., 2006; Hudon et al., 2015; Hudon et al., 2018). De plus, les infirmières en soins primaires permettent une surveillance et un dépistage plus étroit des complications associées au diabète (Aylen et al., 2006; Gabbay et al., 2006; Houweling et al., 2011; Martinez-Gonzalez, Rosemann, Tandjung et Djalali, 2015), ce qui permet d'ajuster le traitement de manière appropriée ou de référer le patient au besoin (Gucciardi et al., 2015; Houweling et al., 2011; Martinez-Gonzalez et al., 2015). Ces infirmières facilitent également la coordination et continuité des services de santé, ce qui favorise une transition plus aisée entre les services (Edwall et al., 2008; Gabbay et al., 2006; Hudon et al., 2015; Johnson et al., 2006; Provost et al., 2017; Shigaki et al., 2010). Les infirmières en charge des programmes de prévention en soins de santé primaires pour les patients diabétiques obtiennent des résultats de soins comparables, ou possiblement mieux, que ceux des médecins (Houweling et al., 2011; Laurant et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015; Provost et al., 2017; Shaw et al., 2014). Selon plusieurs études, les patients sont très satisfaits des services offerts par les infirmières (Houweling et al., 2011; Laurant et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015).

Ces éléments mettent en évidence le rôle clé de l'infirmière dans l'amélioration de la pertinence des soins pour les patients atteints de maladie chronique, telle que le diabète.

Proactivité personnelle

La *proactivité personnelle* représente la participation et l'implication des patients dans la prise de décision en lien avec ses soins de santé. Celle-ci est déterminée par la motivation et les capacités du patient à s'engager dans ses soins et est liée à la littératie et au soutien offert. Cette dimension est mentionnée dans 14 articles. Celle-ci est également complémentaire à la dimension précédente de la *pertinence* des services offerts (Levesque et al., 2013).

Les programmes de prévention en soins de santé primaires ont permis aux patients d'améliorer leur engagement et leurs capacités d'autogestion dans le traitement de leur maladie chronique. Ceci est possible grâce à la guidance plus étroite offerte aux patients tout au long du processus de soins, et à l'éducation et l'information que l'infirmière leur fournit (Edwall et al., 2008; Gabbay et al., 2006; Grohmann et al., 2017; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2016; Hudon et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015; Provost et al., 2017; Shigaki et al., 2010; Taylor et al., 2003; Wilson et al., 2014). La présence des infirmières a permis d'accroître l'autonomie et le sentiment de confiance des patients pour gérer diverses situations reliées au diabète (Grohmann et al., 2017; Grund et Stomberg, 2012; Hudon et al., 2016; Hudon et al., 2018). Le partenariat entre le patient et l'infirmière facilite également l'implication active des patients dans tous les aspects de leurs soins et une prise de décision partagée (Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2015; Shigaki et al., 2010). Ces programmes de prévention semblent donner un sentiment de contrôle et d'efficacité aux patients, en lien avec leur situation de santé (Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2018). Toutefois, dans une étude, on dénote qu'il y a un manque d'information sur le diabète dans les langues de différentes communautés et que parfois l'information disponible dépasse le niveau de littératie de certains patients (Aylen et al., 2006).

La littérature en lien avec la dimension de la proactivité personnelle met en évidence que les infirmières en charge des programmes de prévention pour les maladies chroniques facilitent l'engagement et la prise en charge des patients envers leur situation de santé.

Disponibilité et accommodements

La *disponibilité et les accommodements* réfèrent à l'atteinte des services de santé, que ce soit l'espace physique ou les travailleurs de la santé, et ce, en temps opportun. Ceci comprend également la capacité de produire les services requis, la durée et la flexibilité des heures de travail, la facilité d'entrer en contact avec le personnel et la possibilité de

consultation à distance (Levesque et al., 2013). Parmi les articles sélectionnés, cette dimension de l'accessibilité revient également souvent, soit dans 14 articles (Tableau I).

Les patients soulignent qu'ils sont plus à l'aise d'utiliser des services de santé primaires pour le suivi et l'éducation de leur diabète, puisque ces services sont situés dans un environnement familial et facilement accessible (Aylen et al., 2006; Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2016; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005), où les liens avec le médecin de famille sont plus étroits (Aylen et al., 2006; Hudon et al., 2015). En effet, recevoir ces soins dans un contexte de soins primaires est plus commode et réduit les barrières de temps et d'emplacement pour les patients (Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2016; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005). De plus, les patients diabétiques apprécient grandement la flexibilité et les disponibilités des infirmières pour l'obtention de rendez-vous (Edwall et al., 2008; Hudon et al., 2016; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010), mais aussi pour la durée des rendez-vous (Edwall et al., 2008; Grohmann et al., 2017; Grund et Stomberg, 2012; Gucciardi et al., 2015; Houweling et al., 2011; Johnson et al., 2006; Laurant et al., 2018; Shigaki et al., 2010). Les infirmières prennent le temps de bien expliquer l'information, de répondre aux questions et de donner des conseils individualisés aux patients, afin que ceux-ci se sentent plus en contrôle pour bien gérer leur maladie chronique (Edwall et al., 2008; Grohmann et al., 2017; Grund et Stomberg, 2012; Gucciardi et al., 2015; Houweling et al., 2011; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010). On soulève également que les patients atteints de maladies chroniques préfèrent que leurs rendez-vous soient combinés à un seul et même endroit, ce qui évite des déplacements multiples et leur permet de sauver du temps (Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2018; Johnson et al., 2006). Les patients diabétiques considèrent qu'il est important et apprécient pouvoir contacter les infirmières sans rendez-vous ou après les heures d'ouverture, afin d'obtenir du soutien par téléphone ou par courriel, par exemple. L'absence de ce type de suivi représente une barrière à l'accessibilité pour les patients diabétiques (Aylen et al., 2006; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2015; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005; Shigaki et al., 2010; Taylor et al., 2003).

Dans cette recension des écrits, la disponibilité et les accommodements représente donc une dimension essentielle de l'accessibilité aux soins de santé pour la clientèle diabétique.

Approchabilité/accueil

La dimension suivante, qui est présente dans 12 des 19 articles de cette recension des écrits, est celle de *l'approchabilité et l'accueil*. Elle réfère à la capacité des patients qui ont un besoin de santé à identifier que des services existent et peuvent être atteints et améliorer leur santé (Levesque et al., 2013).

Les patients relatent qu'ils ont eu plus facilement accès à de l'information sur le diabète suite à leur entrée dans un programme intégré de prévention, majoritairement pris en charge par des infirmières (Aylen et al., 2006; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010). Il est possible de constater que les patients ont pu aller chercher l'information dont ils ont besoin au bon endroit et ont pu y accéder plus rapidement (Edwall et al., 2008; Gucciardi et al., 2015; Houweling et al., 2011; Hudon et al., 2015; Hudon et al., 2018; Lawton et al., 2005), ce qui permet de fournir des soins plus efficaces pour les maladies chroniques (Shaw et al., 2014). En effet, le fait que l'information soit disponible à un endroit régulier facilite l'accès aux soins de santé des diabétiques (Grohmann et al., 2017). Les infirmières sont particulièrement bien placées pour donner cette information aux patients, puisque les patients les perçoivent comme étant plus abordables (Lawton et al., 2005) et elles fournissent aussi plus d'information sur divers aspects du diabète (Martinez-Gonzalez et al., 2015).

La littérature en lien avec la dimension de l'approchabilité et l'accueil soutient que les infirmières sont perçues comme ayant un rôle important pour permettre aux patients d'aller chercher l'information dont ils ont besoin, lorsque nécessaire.

Perception des besoins

La dimension de *perception des besoins* réfère aux connaissances, à la littératie en santé et aux croyances des utilisateurs de soins, mais aussi à leurs attentes et leur confiance envers les soins de santé (Levesque et al., 2013). On retrouve cette dimension dans 11 articles de cette recension des écrits.

Les articles retenus soulignent que les programmes de prévention en soins primaires pour les maladies chroniques, pris en charge par des infirmières, particulièrement le diabète, permettent d'influencer positivement le développement de connaissances et la gestion de la maladie au quotidien des patients qui en sont atteints (Edwall et al., 2008; Grund et Stomberg, 2012; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2016; Hudon et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015). Dans ces programmes, les patients sont guidés dans le processus de la maladie et développent une relation de confiance avec les infirmières et les soins et services offerts (Edwall et al., 2008; Grohmann et al., 2017; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2016; Shigaki et al., 2010). Une étude souligne aussi que les infirmières sont en mesure de répondre aux attentes des patients face à leurs soins et services de santé de manière équivalente qu'aux

médecins (Shigaki et al., 2010). En outre, on dénote une réduction dans l'utilisation des soins de niveau secondaire ou tertiaire lorsque les programmes de prévention sont pris en charge par une infirmière (Aylen et al., 2006; Grohmann et al., 2017), sauf dans deux études où il n'y a peu ou pas de différence significative dans l'année suivant le début des programmes (Laurant et al., 2018; Taylor et al., 2003). Toutefois, on souligne que le matériel éducationnel pour le diabète dans les programmes de prévention requiert parfois un niveau de littératie supérieur à celui des patients participants, ce qui crée des difficultés pour ces derniers (Aylen et al., 2006). Les infirmières pourraient pallier ces difficultés en facilitant des échanges ou des discussions et en obtenant l'aide de traducteurs au besoin, afin de permettre aux patients de s'approprier l'information.

Dans cette recension des écrits, la dimension de perception des besoins semble permettre d'améliorer l'accessibilité des patients diabétiques aux soins de santé, puisque les programmes de prévention en soins de santé primaires pris en charge par des infirmières favorisent le développement des connaissances, de relations de confiance et répondent aux attentes des patients.

Capacité d'atteindre les services

La dimension *capacité d'atteindre les services* fait référence à la notion de mobilité, de disponibilité d'un mode de transport et de flexibilité avec les occupations des utilisateurs, qui leur permet de se rendre physiquement aux services (Levesque et al., 2013). Cette dimension se retrouve dans 7 des 19 articles sélectionnés pour cette recension des écrits.

Un élément important permettant aux utilisateurs de se rendre aux services de santé pour le diabète est la proximité de ces services du lieu de résidence (Aylen et al., 2006). En effet, le fait que le service soit offert dans un environnement familier en facilite l'accès (Aylen et al., 2006; Grohmann et al., 2017) et les sites de soins de santé primaires ont un emplacement généralement plus pratique pour les patients (Gucciardi et al., 2015). Les principaux obstacles soulevés par les patients pour se rendre à leur clinique de soins primaires sont la fatigue (Hudon et al., 2015; Hudon et al., 2016), les préoccupations financières (Hudon et al., 2015) et le nombre trop élevé de rendez-vous (Hudon et al., 2015; Provost et al., 2017), particulièrement s'ils sont sur différentes journées (Lawton et al., 2005).

Ceci soulève donc l'avantage en terme d'accessibilité des programmes de prévention en services de santé primaires, mais aussi certains obstacles pouvant être pris en considération lors de l'élaboration de ce type de programme.

Abordabilité

La dimension d'*abordabilité* fait référence aux coûts directs et indirects associés à l'utilisation des services, ainsi que les coûts d'opportunité engendrés par la perte de revenu. Elle reflète la capacité économique des utilisateurs à faire usage des services (Levesque et al., 2013). Cette notion se retrouve dans 5 des 19 articles sélectionnés.

On souligne que l'absence de frais de consultation pour les rencontres avec les infirmières en soins primaires est importante pour la participation des patients, dont plusieurs ont de faibles revenus (Aylen et al., 2006). En outre, certaines études mettent en évidence que les programmes sont économiquement bénéfiques pour le système de santé, puisque le risque de complications et les frais plus élevés qui y sont associés sont moindres (Gabbay et al., 2006; Shaw et al., 2014) et que les coûts associés au salaire des infirmières sont plus bas que ceux des médecins (Shaw et al., 2014). Dans une étude, on dénote que les coûts sont neutres, car les coûts en services de santé primaires deviennent plus élevés, mais n'augmente pas les coûts en santé (Wilson et al., 2014). Toutefois, une autre étude souligne que l'effet des programmes de prévention en services de santé primaires, pris en charge par les infirmières, sur le coût des soins est incertain (Laurant et al., 2018).

Ceci laisse entendre que les programmes de prévention en services de santé primaires, pris en charge par des infirmières, n'engendrent pas de frais supplémentaires considérables pour le système de santé et gagnent à être accessibles à tous gratuitement pour en améliorer l'abordabilité.

Trouver et comprendre l'information

La dimension *trouver et comprendre l'information* fait référence à l'autonomie des utilisateurs et leur capacité de choisir d'aller chercher des services de santé. Ceci est possible grâce à leur connaissance des options de soins de santé, leur permettant de faire un choix (Levesque et al., 2013). Cette notion a été trouvée dans seulement 4 des articles sélectionnés.

Les programmes intégrés de prévention en services de santé primaires pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, permettent de développer les connaissances et la compréhension en santé des patients (Edwall et al., 2008; Grund et Stomberg, 2012; Martinez-Gonzalez et al., 2015). Toutefois, on dénote un manque d'information sur le diabète dans les langues de diverses communautés, ce qui est une barrière à la compréhension (Aylen et al., 2006).

Les programmes de prévention en services de santé primaires ont donc le potentiel de donner l'information nécessaire aux patients pour leur permettre de bien choisir les services requis par leur condition de santé.

Capacité de payer

La dimension de la *capacité de payer* réfère à la capacité des patients de générer les ressources économiques nécessaires pour payer les services de santé (Levesque et al., 2013). Cette dimension se retrouve uniquement dans 2 articles.

Dans les articles retenus, il ne semble pas y avoir de frais de consultation pour les programmes de prévention en services de santé primaires (Aylen et al., 2006). On souligne également que les patients ne sont pas prêts à payer pour participer à ces programmes (Lawton et al., 2005). De plus, plusieurs patients participant aux programmes de prévention ont un faible revenu, ce qui réduit leur capacité de payer (Aylen et al., 2006).

Il est donc possible de s'imaginer que l'absence de frais pour accéder à ces programmes est essentielle, surtout pour les populations vulnérables, afin d'améliorer l'accessibilité aux soins.

Acceptation

La dimension de l'*acceptation* réfère à la possibilité pour les patients d'accepter les aspects d'un service, déterminé par des facteurs sociaux et culturels (Levesque et al., 2013). Cette dimension se retrouve également dans deux articles.

Dans une étude, une plus grande proportion de patients marginalisés, étant reconnus pour rencontrer plus de barrières en terme d'accessibilité, étaient inscrits dans le programme de prévention en soins de santé primaires, pris en charge par des infirmières (Aylen et al., 2006). De plus, les patients semblent apprécier les relations de soins collaboratives et respectueuses mises de l'avant dans les programmes de prévention plutôt que les soins traditionnellement plus autoritaires (Shigaki et al., 2010).

Le peu d'écrits sur cette dimension semble laisser entendre que les patients sont plus à l'aise d'accepter et de participer aux services offerts par les infirmières dans les programmes de prévention en soins de santé primaires. De plus, l'information donnée dans les programmes pourrait permettre aux patients de faire plus facilement leurs propres choix de santé.

Discussion

Cette revue de la littérature a permis de documenter l'impact des programmes de prévention en soins de santé primaires pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur les dix dimensions de l'accessibilité aux soins, soit cinq du côté de l'offre; l'approchabilité/accueil (1), l'acceptation (2), la disponibilité et les accommodements (3), l'abordabilité (4), la pertinence (5), et cinq du côté de la demande; la perception des besoins (1), trouver et comprendre l'information (2), la capacité d'atteindre les services (3), la

capacité de payer (4) et la proactivité personnelle (5). Il est possible de constater que ces programmes permettent d'améliorer l'accessibilité aux soins pour les patients atteints du diabète. Trois dimensions complémentaires, soit les dimensions 5, 1 et 3 du côté de l'offre et de la demande, ressortent suite à l'analyse des résultats (Tableau I) (Figure 4).

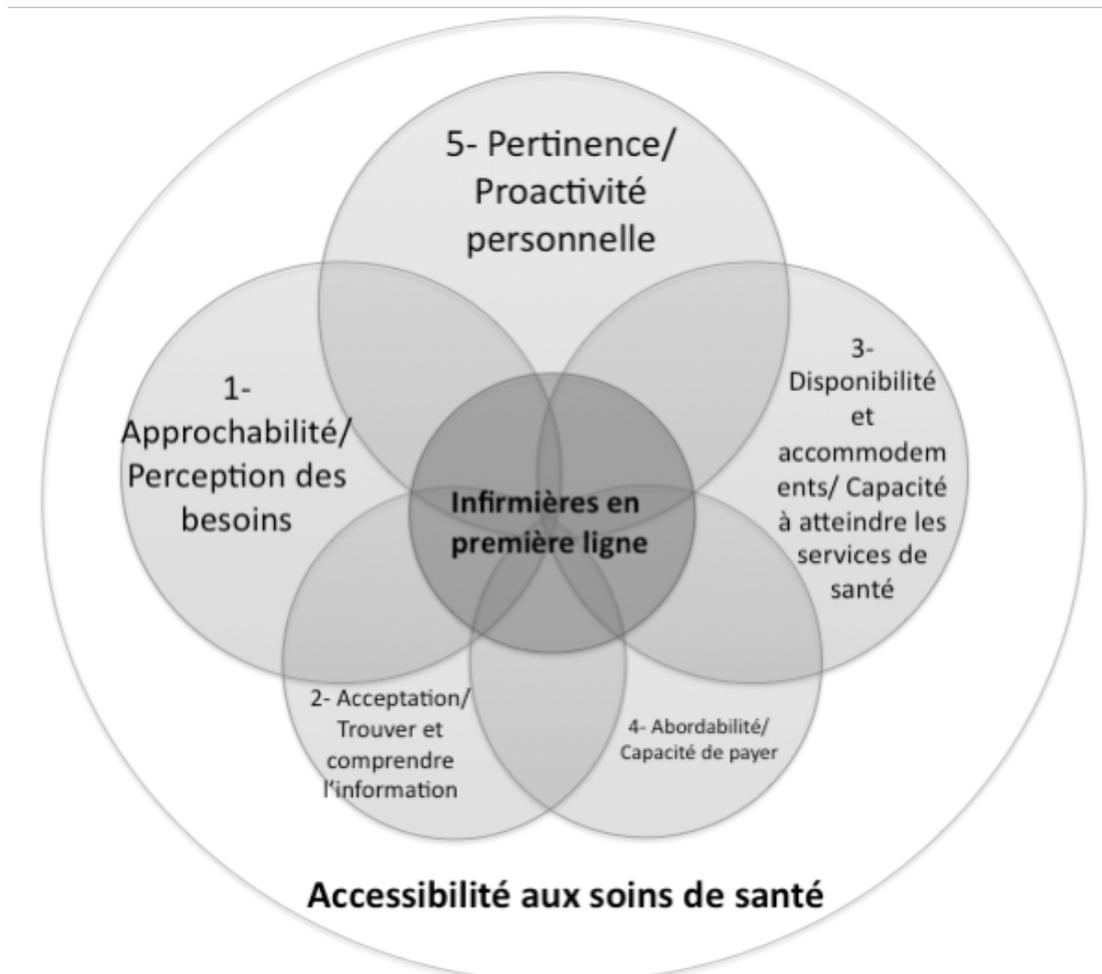


Figure 4. L'impact des infirmières en première ligne sur l'accessibilité aux soins

Pour ce qui est des dimensions 5 de la pertinence et la proactivité personnelle, les infirmières facilitent une offre de services mieux coordonnés (Edwall et al., 2008; Gabbay et al., 2006; Hudon et al., 2015; Johnson et al., 2006; Provost et al., 2017; Shigaki et al., 2010) et plus individualisés pour les patients diabétiques (Grohmann et al., 2017; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010). Ce soutien étroit permet aux patients de développer des connaissances et les motive à s'engager activement afin de mieux gérer leur maladie chronique au quotidien (Gabbay et al., 2006; Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2015; Hudon et al., 2018; Shigaki et al., 2010). Les patients ont donc un meilleur contrôle de leur situation de santé (Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2018).

Pour les deux dimensions complémentaires 1, l'approchabilité et la perception des besoins, on met en évidence que les programmes permettent aux patients d'identifier un endroit où ils ont accès à l'information dont ils ont besoin en temps opportun (Aylen et al., 2006; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010), ce qui facilite le développement des connaissances et la gestion de la maladie chronique (Edwall et al., 2008; Grund et Stomberg, 2012; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2016; Hudon et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015). On souligne que pour mieux répondre aux attentes des patients, il est nécessaire d'ajuster les services en fonctions du niveau de littératie et du rythme du patient (Aylen et al., 2006).

Les deux autres dimensions complémentaires 3, soit la disponibilité et accommodements et la capacité des utilisateurs à atteindre les services de santé, mettent en évidence que les programmes de prévention dans les soins de santé primaires, pris en charge par des infirmières, permettent d'améliorer grandement ces dimensions de l'accessibilité puisqu'ils sont situés dans un environnement familial et facilement accessible pour les patients (Aylen et al., 2006; Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2016; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005). En effet, les patients diabétiques peuvent se rendre plus facilement à leur rendez-vous, vu la proximité des programmes de leur résidence (Aylen et al., 2006; Gucciardi et al., 2015) et la flexibilité et les disponibilités des infirmières (Edwall et al., 2008; Hudon et al., 2016; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010). On souligne également l'importance de combiner les différents rendez-vous la même journée (Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2018; Johnson et al., 2006) et l'offre d'un suivi sans rendez-vous ou après les heures d'ouverture (Aylen et al., 2006; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2015; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005; Shigaki et al., 2010; Taylor et al., 2003) afin d'obtenir un meilleur accès.

Les dimensions 2 et 4, du côté de l'offre et de la demande, respectivement; l'acceptation, trouver et comprendre l'information et l'abordabilité, ainsi que la capacité de payer, étaient peu mentionnées dans cette recension des écrits. Ceci pourrait être dû à un manque de littérature sur ces dimensions ou au fait que les programmes de prévention en soins de santé primaires, pris en charge par des infirmières, n'ont pas d'effets significatifs sur ces dimensions de l'accessibilité. Il est tout de même possible de retenir que la gratuité de tels programmes (Aylen et al., 2006; Lawton et al., 2005) et l'inclusion des minorités et des populations vulnérables (Aylen et al., 2006) sont des facteurs essentiels pour l'amélioration de l'accessibilité. Qui plus est, ces programmes possèdent le potentiel d'être bénéfique économiquement pour notre système de santé (Gabbay et al., 2006; Shaw et al., 2014).

Forces et limites de la revue intégrative

À notre connaissance, aucune autre étude au Québec n'a fait objet de l'efficacité des programmes intégrés préventifs pour les diabétiques dans les soins de santé primaires, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé. De plus, cette revue intégrative des écrits a été effectuée en respectant la méthodologie rigoureuse de Whitemore et Knafl (2005), étant sa principale force.

L'une des limites de ce travail dirigé est le nombre limité d'articles sélectionnés considérant les ressources limitées pour effectuer la revue de la littérature. Cette revue intégrative des écrits ne couvre pas entièrement la littérature en lien avec les programmes de prévention en soins de santé primaires pour les diabétiques et leur impact sur l'accessibilité aux soins de santé. De plus, certains articles sélectionnés ne portaient pas exclusivement sur la population diabétique, mais parfois sur plusieurs maladies chroniques, incluant le diabète. Aussi, la mise en place de programmes de prévention dans les services de santé primaires pour les maladies chroniques, pris en charge par des infirmières, semble relativement récente et peu répandue. La disponibilité des articles et la qualité méthodologique de celles-ci limitent donc la généralisation des résultats.

La recherche en lien avec les programmes de prévention dans les services de santé primaires pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, et leur impact sur l'accessibilité aux soins doit être approfondie afin de mieux convaincre et accompagner les gestionnaires de milieux à mettre en place ces programmes, vu leur potentiel à améliorer la qualité des soins de santé (Laurant et al., 2018).

Conclusion

Dans plusieurs pays développés, tout comme au Québec, on dénote des déficits dans l'accès aux services de santé primaires, ce qui ne permet pas de répondre de manière adéquate aux besoins de santé de la population (Pineault et al., 2008), particulièrement pour les clientèles atteintes de maladies chroniques, tel que les diabétiques (OMS, 2016). Utilisés de manière optimale, les effectifs infirmiers dans les soins de santé primaires possèdent les capacités d'améliorer grandement l'accessibilité aux soins (Dubois et al., 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013). Cette revue intégrative de la littérature souligne le potentiel des infirmières, au sein des programmes de prévention dans les soins de santé primaires, à améliorer l'accessibilité, l'efficacité (Shaw et al., 2014) et la qualité des soins de santé (Laurant et al., 2018). C'est pourquoi les gestionnaires des milieux doivent prendre en considération cette solution afin d'améliorer notre système de santé. Toutefois, davantage de recherches sont nécessaires pour solidifier ces connaissances.

Références

- Agence de la santé publique du Canada (2011). *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*. Ottawa.
- Agence de la santé publique du Canada (2016). *Quel est l'état de santé des canadiens? Analyse des tendances relatives à la santé des canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques*. Ottawa (Ontario).
- Ahmed, S., Ware, P., Visca, R., Bareil, C., Chouinard, M. C., Desforges, J., . . . Gogovor, A. (2015). The prevention and management of chronic disease in primary care: recommendations from a knowledge translation meeting. *BMC Research Notes*, 8, 571. doi: 10.1186/s13104-015-1514-0
- Association Canadienne du Diabète (2009). *Un tsunami économique: le coût du diabète au Canada*. Repéré à <https://www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/economic-tsunami-cost-of-diabetes-in-canada-french.pdf>
- Aylen, T., Watson, L. et Audehm, R. (2006). Nurse specialists co-managing diabetes within general practice. *European Diabetes Nursing*, 3(1), 28-33.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K. et Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in chronic care: Their role is pivotal in improving care for chronic diseases. *BMJ : British Medical Journal*, 330(7492), 612-613.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779.
- Canadian Diabetes Association (2016). *Le diabète au Canada*. Repéré à <https://www.diabetes.ca/getmedia/08d91d75-1fd7-4b96-a11b-5365a9b4b718/diabetes-charter-background-national-french.pdf.aspx>
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., . . . Zufferey, A. (2015). *Identification d'indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins*. Québec: SIDIIEF.
- Edwall, L., Hellström, A., Ohrn, I. et Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 772-781. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x
- Fortin, M., Chouinard, M.-C., Dubois, M.-F., Bélanger, M., Almirall, J., Bouhali, T. et Sasseville, M. (2016). Integration of chronic disease prevention and management services into primary care: a pragmatic randomized controlled trial (PR1MaC). *Canadian Medical Association Journal Open*, 4(4), E588-E598. doi: 10.9778/cmajo.20160031
- Gabbay, R. A., Lendel, I., Saleem, T. M., Shaeffer, G., Adelman, A. M., Mauger, D. T., . . . Polomano, R. C. (2006). Nurse case management improves blood pressure, emotional distress and diabetes complication screening. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 71(1), 28-35. doi: 10.1016/j.diabres.2005.05.002
- Grimard, D., Provost, S., Pineault, R., Ricard, J. et Silva, R. B. D. (2017). Constats tirés de l'implantation d'un programme de prévention et de gestion du risque cardiométabolique à Montréal inspiré du Chronic Care Model. *Le point en santé et en services sociaux*, 13(3), 52-54.
- Grohmann, B., Espin, S. et Gucciardi, E. (2017). Patients' experiences of diabetes education teams integrated into primary care. *Canadian Family Physician*, 63(2), e128-e136.

- Grund, J. et Stomberg, M. W. (2012). Patients' expectations of the health advice conversation with the diabetes nurse practitioner. *Journal of Primary Care & Community Health*, 3(4), 230-234. doi: 10.1177/2150131911435263
- Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A. et Dorado, L. (2015). Implementing Specialized Diabetes Teams in Primary Care in Southern Ontario. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(6), 467-477. doi: 10.1016/j.jcjd.2015.07.006
- Health Quality Ontario (2013). *Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary-care setting: an evidence-based analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series. Repéré à <http://hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCDM-specialized-nursing.pdf>
- Houweling, S. T., Kleefstra, N., van Hateren, K. J., Groenier, K. H., Meyboom-de Jong, B. et Bilo, H. J. (2011). Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1264-1272. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03562.x
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Diadiou, F., Lambert, M. et Bouliane, D. (2015). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 523-528. doi: 10.1370/afm.1867
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Diadiou, F., Bouliane, D., Lambert, M. et Hudon, E. (2016). The Chronic Disease Self-Management Program: the experience of frequent users of health care services and peer leaders. *Family Practice*, 33(2), 167-171. doi: 10.1093/fampra/cmw007
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., . . . Bouliane, D. (2018). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 232-239. doi: 10.1370/afm.2233
- Johnson, M., Baird, W. et Goyder, E. (2006). Understanding issues involved in the transfer of diabetes care to general practice: the patient perspective. *Quality in Primary Care*, 14(4), 247-252.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. et van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, Cd001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
- Lawton, J., Parry, O., Peel, E. et Douglas, M. (2005). Diabetes service provision: a qualitative study of newly diagnosed Type 2 diabetes patients' experiences and views. *Diabetic Medicine*, 22(9), 1246-1251.
- Levesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P. et Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et éléments facilitant*. Institut national de santé publique du Québec.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18
- Martinez-Gonzalez, N. A., Rosemann, T., Tandjung, R. et Djalali, S. (2015). The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14031. doi: 10.4414/smw.2015.14031

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière: Un levier de transformation du système de santé*. Québec: OIIQ.
- Organisation Mondiale de la Santé (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève (Suisse).
- Organisation Mondiale de la Santé (2014). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014*. Genève (Suisse).
- Organisation Mondiale de la Santé (2016). *Rapport mondial sur le diabète*. Genève (Suisse).
- Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. et Haggerty, J. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*. Gouvernement du Québec.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. Repéré à <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>
- Provost, S., Pineault, R., Grimard, D., Perez, J., Fournier, M., Levesque, Y., . . . Borges Da Silva, R. (2017). Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montreal: does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes? *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 37(4), 105-113. doi: 10.24095/hpcdp.37.4.01
- Roberge, D., Larouche, D., Pineault, R., Levesque, J.-F., Hamel, M. et Simard, B. (2007). *L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne? Résultats d'une enquête auprès de la population de Montréal et de la Montérégie*. Québec: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine.
- Shaw, R. J., McDuffie, J. R., Hendrix, C. C., Edie, A., Lindsey-Davis, L., Nagi, A., . . . Williams, J. W., Jr. (2014). Effects of nurse-managed protocols in the outpatient management of adults with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 161(2), 113-121. doi: 10.7326/m13-2567
- Shigaki, C. L., Moore, C., Wakefield, B., Campbell, J. et LeMaster, J. (2010). Nurse partners in chronic illness care: patients' perceptions and their implications for nursing leadership. *Nursing Administration Quarterly*, 34(2), 130-140. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181d917bd
- Taylor, C. B., Miller, N. H., Reilly, K. R., Greenwald, G., Cuning, D., Deeter, A. et Abascal, L. (2003). Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. *Diabetes Care*, 26(4), 1058-1063.
- Tshiananga, J. K., Kocher, S., Weber, C., Erny-Albrecht, K., Berndt, K. et Neeser, K. (2012). The effect of nurse-led diabetes self-management education on glycosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors: a meta-analysis. *The Diabetes Educator*, 38(1), 108-123. doi: 10.1177/01457217111423978
- Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ : British Medical Journal*, 320(7234), 569-572.
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

- Wilson, A., O'Hare, J. P., Hardy, A., Raymond, N., Szczepura, A., Crossman, R., . . . Saravanan, P. (2014). Evaluation of the Clinical and Cost Effectiveness of Intermediate Care Clinics for Diabetes (ICCD): A Multicentre Cluster Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 9(4), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0093964
- Young, J., Eley, D., Patterson, E. et Turner, C. (2016). A nurse-led model of chronic disease management in general practice: Patients' perspectives. *The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)*, 45(12), 912-916.

DISCUSSION

Cette revue de la littérature a permis de documenter l'impact des programmes intégrés de prévention en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur les dix dimensions de l'accessibilité aux soins, soit cinq du côté de l'offre; l'abordabilité/accueil (1), l'acceptation (2), la disponibilité et les accommodements (3), l'abordabilité (4), la pertinence (5), et cinq du côté de la demande; la perception des besoins (1), trouver et comprendre l'information (2), la capacité d'atteindre les services (3), la capacité de payer (4) et la proactivité personnelle (5). Il est possible de constater que ces permettent d'améliorer l'accessibilité aux soins pour les patients atteints du diabète. Trois dimensions complémentaires, soit les dimensions 5, 1 et 3 du côté de l'offre et de la demande, ressortent suite à l'analyse des résultats et les dimensions 2 et 4 ont été moins retrouvées, tel que représenté dans le modèle (Figure 3).

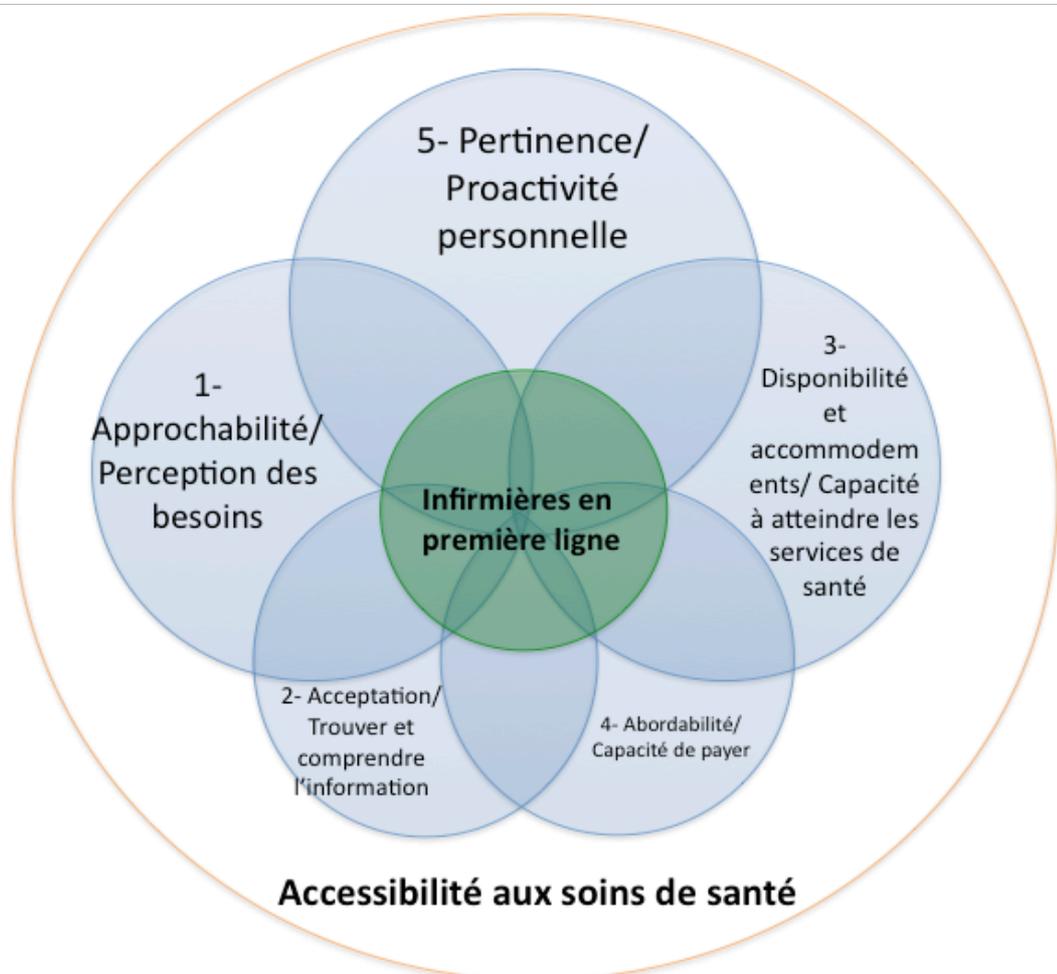


Figure 5. L'impact des infirmières en première ligne sur l'accessibilité aux soins

D'abord les deux dimensions 5, la pertinence et la proactivité personnelle, sont celles où l'effet des programmes de prévention, pris en charge par les infirmières, sur l'accessibilité aux soins ressort davantage. Ces deux dimensions sont complémentaires selon le cadre

conceptuel sur l'accès aux soins de santé de Levesque et al. (2013). Effectivement, cette recension des écrits souligne que ces programmes permettent une offre de service plus individualisée pour les patients diabétiques, établissant ainsi un partenariat de soins efficace (Grohmann et al., 2017; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010). Ce soutien étroit permet aux patients de développer des connaissances et les motive à s'engager activement afin de mieux gérer leur maladie chronique au quotidien (Gabbay et al., 2006; Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2015; Hudon et al., 2018; Shigaki et al., 2010). On dénote qu'en étant engagés dans les programmes de prévention en première ligne, les patients diabétiques sont plus en contrôle de leur situation de santé (Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2018). De plus, l'offre de service étant mieux coordonnée (Edwall et al., 2008; Gabbay et al., 2006; Hudon et al., 2015; Johnson et al., 2006; Provost et al., 2017; Shigaki et al., 2010), les patients peuvent recevoir les soins dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. Cette étude souligne donc l'impact important des programmes de prévention sur ces deux dimensions, favorisant une meilleure accessibilité aux soins.

L'impact des programmes de prévention en première ligne sur les deux dimensions complémentaires 1, l'approchabilité et la perception des besoins ressortent aussi comme étant important dans cette revue de la littérature. En effet, les programmes permettent aux patients d'identifier un endroit où ils ont accès à l'information dont ils ont besoin en temps opportun (Aylen et al., 2006; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010), ce qui facilite le développement des connaissances et la gestion de la maladie chronique (Edwall et al., 2008; Grund et Stomberg, 2012; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2016; Hudon et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015). On souligne que pour mieux répondre aux attentes des patients il est nécessaire d'ajuster les services en fonctions du niveau de littératie et du rythme du patient (Aylen et al., 2006). L'impact des programmes de prévention sur ces dimensions est donc crucial puisqu'ils sont la porte d'entrée à la trajectoire d'accessibilité aux soins (Levesque et al., 2013).

Les deux autres dimensions complémentaires qui ressortent suite à la recension des écrits sont les dimensions 3, soit la disponibilité et accommodements et la capacité des utilisateurs à atteindre les services de santé. Les programmes de prévention en première ligne pris en charge par des infirmières permettent d'améliorer grandement ces dimensions de l'accessibilité puisqu'ils sont situés dans un environnement familier et facilement accessible pour les patients (Aylen et al., 2006; Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2016; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005). En effet, les patients diabétiques peuvent se rendre plus facilement à leur rendez-vous, vu la proximité des programmes de leur résidence (Aylen et al., 2006; Gucciardi et al., 2015) et la flexibilité et les disponibilités des infirmières (Edwall et al.,

2008; Hudon et al., 2016; Johnson et al., 2006; Shigaki et al., 2010). On souligne également l'importance de combiner les différents rendez-vous la même journée (Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2018; Johnson et al., 2006) et l'offre d'un suivi sans rendez-vous ou après les heures d'ouverture (Aylen et al., 2006; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2015; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005; Shigaki et al., 2010; Taylor et al., 2003) afin d'obtenir un meilleur accès.

Les dimensions 2 et 4, du côté de l'offre et de la demande, respectivement l'acceptation/trouver et comprendre l'information et l'abordabilité/la capacité de payer, étaient peu mentionnées dans cette recension des écrits. Ceci pourrait être dû à un manque de littérature sur ces dimensions ou au fait que les programmes de prévention en première ligne, pris en charge par des infirmières, n'ont pas d'effets significatifs sur ces dimensions de l'accessibilité. Il est tout de même possible de retenir que la gratuité de tels programmes (Aylen et al., 2006; Lawton et al., 2005) et l'inclusion des minorités (Aylen et al., 2006) sont des facteurs essentiels pour l'amélioration de l'accessibilité. Qui plus est, ces programmes possèdent le potentiel d'être bénéfique économiquement pour notre système de santé (Gabbay et al., 2006; Shaw et al., 2014).

Forces et limites de la revue intégrative

À notre connaissance, aucune autre étude au Québec n'a fait effet de l'efficacité des programmes intégrés préventifs pour les diabétiques en première ligne, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé. De plus, cette revue intégrative des écrits a été effectuée en respectant la méthodologie rigoureuse de Whitemore et Knafl (2005), étant sa principale force.

L'une des limites de ce travail dirigé est le nombre limité d'articles sélectionnés considérant les ressources limitées pour effectuer la revue de la littérature. Cette revue intégrative des écrits ne couvre pas entièrement la littérature en lien avec les programmes de prévention en première ligne pour les diabétiques et leur impact sur l'accessibilité aux soins de santé. De plus, certaines études de cette recension des écrits ne sont pas exclusivement auprès de la population diabétique, mais parfois sur les maladies chroniques, incluant le diabète. Aussi, la mise en place de programmes de prévention en première ligne pour les maladies chroniques, pris en charge par des infirmières, semble relativement récente et peu répandue. La disponibilité des articles et la qualité méthodologique de celles-ci limitent donc la généralisation des résultats.

Bref, la recherche en lien avec les programmes de prévention en première ligne pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, et leur impact sur l'accessibilité aux soins

doit être approfondie afin de mieux convaincre et accompagner les gestionnaires de milieux à mettre en place ces programmes, vu leur potentiel à améliorer la qualité des soins de santé (Laurant et al., 2018).

Recommandations

Recommandations pour la recherche

Suite à cette recension des écrits, il s'avère que la littérature en lien avec les infirmières en charge de programme de prévention en première ligne pour les maladies chroniques, plus particulièrement les diabétiques, et leur impact sur l'accessibilité, est assez limitée. Le lien entre les infirmières et l'accessibilité est plutôt fait de manière indirecte. Davantage d'études traitant spécifiquement des infirmières en première ligne et leurs effets sur les dimensions de l'accessibilité seraient souhaitables afin d'aider les gestionnaires à bien saisir le potentiel des infirmières à renforcer les soins de première ligne et par le fait même, la santé des populations, à l'aide de ces programmes (Grohmann et al., 2017). C'est pourquoi une recommandation pour le futur serait d'approfondir le lien entre les dimensions de l'accessibilité aux soins de Levesque et al. (2013) et les programmes préventifs pris en charge par les infirmières, dans ces recherches. En outre, des recherches possédant une méthodologie plus rigoureuse et une période de suivi des résultats s'étendant sur une période de plus de six mois (Hudon et al., 2015; Hudon et al., 2018; Laurant et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015) seraient nécessaires afin d'obtenir des résultats plus généralisables et transférables à la pratique (Laurant et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015).

Recommandations pour la pratique

Considérant les ressources limitées de notre système de santé (Grohmann et al., 2017) et en tant que main d'œuvre principale du système de santé, les infirmières ont la capacité et se trouvent dans une position stratégique pour collaborer vers des soins pour les maladies chroniques plus accessibles et efficaces (Shaw et al., 2014).

Tel qu'exposé dans cette revue intégrative de la littérature, les infirmières ont le potentiel d'avoir un impact positif sur l'accessibilité aux soins de santé dans le cadre de programmes de prévention pour les diabétiques en première ligne. Pour ce faire, ces programmes doivent être mis en place de manière structurée, selon des procédures établies, et posséder un soutien investi et continu (Gucciardi et al., 2015). Qui plus est, le rôle et les capacités de l'infirmière dans ces programmes de prévention doivent être clarifiés et standardisés, afin d'obtenir une efficacité accrue (Houweling et al., 2011; Laurant et al., 2018; Martinez-Gonzalez et al., 2015; Shigaki et al., 2010). Il est essentiel que les infirmières en

charge des programmes de prévention en première ligne soient formées de manière adéquate, afin d'offrir un service optimal à la clientèle diabétique (Edwall et al., 2008; Houweling et al., 2011; Laurant et al., 2018; Shaw et al., 2014). La prescription infirmière est également un élément pouvant favoriser l'efficacité des infirmières dans leur rôle en soins de première ligne (Houweling et al., 2011).

D'après ce qui a été soulevé par les patients dans cette revue de la littérature, certains éléments peuvent être mis en place pour faciliter la réussite des programmes de prévention. Lors des cours de groupe, il est souhaitable que les organisateurs s'assurent d'une certaine homogénéité des groupes en terme d'âge, de sévérité de leur condition et de leurs comorbidités (Hudon et al., 2016). De plus, un emplacement stratégique, un local stable, ainsi que la flexibilité des horaires pour les rendez-vous sont des facteurs importants pour l'accessibilité aux programmes de prévention (Edwall et al., 2008; Grohmann et al., 2017; Hudon et al., 2016; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005). Dans cette revue de la littérature, les patients soulignent souvent leur forte appréciation du soutien hors des heures de services, tels que le soutien téléphonique ou par courriel (Aylen et al., 2006; Gucciardi et al., 2015; Hudon et al., 2015; Johnson et al., 2006; Lawton et al., 2005; Shigaki et al., 2010; Taylor et al., 2003), soulignant sa nécessité lors de la mise en place de programme de prévention. De plus, une offre de service en région et en région éloignée serait souhaitable pour améliorer l'accessibilité. Les patients doivent également avoir suffisamment de temps pour poser des questions lors des rendez-vous (Edwall et al., 2008; Grund et Stomberg, 2012; Houweling et al., 2011; Hudon et al., 2015).

Recommandations pour la gestion

Pour ce qui est des recommandations aux gestionnaires, la revue intégrative des écrits effectuée dans le cadre de ce travail dirigé souligne l'efficacité de la prise en charge des programmes de prévention en première ligne pour les diabétiques par les infirmières, sur différentes dimensions de l'accessibilité. Les gestionnaires devraient donc considérer le fort potentiel de ces programmes d'améliorer les soins pour les patients atteints de maladies chroniques, afin de favoriser leur mise en place de tels programmes. De plus, en démontrant la valeur ajoutée des programmes de prévention en première ligne, il pourrait être possible d'obtenir plus de financement de la part du gouvernement pour ceux-ci. Les infirmières gestionnaires en première ligne ont le devoir de mettre de l'avant ces programmes en soulignant leurs effets positifs sur l'accessibilité aux soins de santé au niveau politique. Les autres recommandations s'arriment de près à celles pour la pratique. En effet, il est de la responsabilité des gestionnaires de s'assurer que le déploiement de ces programmes soit bien

encadré et structuré, qu'un soutien investi et continu soit offert (Gucciardi et al., 2015) et que les ajustements nécessaires à leurs bon fonctionnement soient effectués.

CONCLUSION

Cette recherche a permis de mettre en évidence les effets de l'implication des infirmières dans les programmes de prévention en première ligne sur la majorité des dimensions de l'accessibilité de Levesque et al. (2013). La littérature sur le sujet est assez limitée et peu spécifique, mais permet tout de même de noter les effets positifs indéniables des infirmières en première ligne sur la qualité des soins, plus particulièrement en lien avec l'accessibilité des soins de santé. Dans plusieurs pays développés, tout comme au Québec, on dénote des déficits dans l'accès aux services de première ligne, ce qui ne permet pas de répondre de manière adéquate aux besoins de santé de la population (Pineault et al., 2008), particulièrement pour les clientèles atteintes de maladies chroniques, tel que les diabétiques (OMS, 2016). Utilisés de manière optimale, les effectifs infirmiers en première ligne possèdent les capacités d'améliorer grandement l'accessibilité aux soins (Dubois et al., 2015; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2013). En effet, cette revue intégrative de la littérature souligne le potentiel des infirmières, au sein des programmes de prévention en première ligne, à améliorer l'accessibilité, l'efficacité (Shaw et al., 2014) et la qualité des soins de santé (Laurant et al., 2018). Les dimensions de l'accessibilité complémentaire 1, 3 et 5 qui sont ressorties davantage soulignent que grâce aux programmes de prévention en première ligne, les patients peuvent plus facilement identifier leurs besoins de santé, chercher et trouver les services de santé nécessaire à leur condition et utiliser les soins et services de manière plus adéquate (Levesque et al., 2013). Les dimensions moins présentes dans la recension des écrits pourraient permettre d'orienter les ajustements nécessaires au meilleur fonctionnement des programmes, afin de maximiser l'amélioration de l'accessibilité.

Les gestionnaires des milieux sont invités à prendre en considération cette solution afin d'améliorer notre système de santé. Ceux-ci auraient également avantage à s'engager de manière active et continue dans le déploiement et le fonctionnement de ces programmes en première ligne afin de favoriser un encadrement, une structure adéquate (Gucciardi et al., 2015). L'implication des infirmières en première ligne est un pas dans la bonne direction afin de répondre à la problématique d'accessibilité de notre système de santé.

Par la rédaction de cette revue intégrative de la littérature, il est souhaité que les milieux de soins réfléchissent et considèrent le potentiel des infirmières pour l'amélioration des soins de santé, en favorisant leur pleine étendue de pratique, particulièrement en soins de première ligne. Toutefois, davantage de recherches sont nécessaires pour solidifier ces connaissances et identifier l'encadrement nécessaire à la mise en place et le déroulement des programmes de prévention en première ligne.

Références

- Agence de la santé publique du Canada (2011). *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*. Ottawa.
- Agence de la santé publique du Canada (2016). *Quel est l'état de santé des canadiens? Analyse des tendances relatives à la santé des canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques*. Ottawa (Ontario).
- Ahmed, S., Ware, P., Visca, R., Bareil, C., Chouinard, M. C., Desforges, J., . . . Gogovor, A. (2015). The prevention and management of chronic disease in primary care: recommendations from a knowledge translation meeting. *BMC Research Notes*, 8, 571. doi: 10.1186/s13104-015-1514-0
- Association Canadienne du Diabète (2009). *Un tsunami économique: le coût du diabète au Canada*. Repéré à <https://www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/economic-tsunami-cost-of-diabetes-in-canada-french.pdf>
- Aylen, T., Watson, L. et Audehm, R. (2006). Nurse specialists co-managing diabetes within general practice. *European Diabetes Nursing*, 3(1), 28-33.
- Bilandzic, A., et Rosella, L. (2017). Les coûts du diabète sur 10 ans au Canada : intégration des coûts en soins de santé imputables au diabète à un modèle de prédiction de son incidence. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, 37(2), 54-59.
- Bodenheimer, T., MacGregor, K. et Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in chronic care: Their role is pivotal in improving care for chronic diseases. *BMJ : British Medical Journal*, 330(7492), 612-613.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779.
- Canadian Diabetes Association (2016). *Le diabète au Canada*. Repéré à <https://www.diabetes.ca/getmedia/08d91d75-1fd7-4b96-a11b-5365a9b4b718/diabetes-charter-background-national-french.pdf.aspx>
- Centre FERASI (2013). *Aligner la formation initiale des infirmières aux besoins de Santé et de soins de la population québécoise et aux défis du système de santé – Une étude comparative*. Repéré à http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/28760.pdf
- Cheng, A. Y. Y. (2013). Introduction: Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, S361-S364. doi: 10.1016/j.jcjd.2013.07.022
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., . . . Zufferey, A. (2015). *Identification d'indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins*. Québec: SIDIEF.
- Edwall, L., Hellström, A., Ohrn, I. et Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 772-781. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02015.x
- Fortin, M., Chouinard, M.-C., Dubois, M.-F., Bélanger, M., Almirall, J., Bouhali, T. et Sasseville, M. (2016). Integration of chronic disease prevention and management services into primary care: a pragmatic randomized controlled trial (PR1MaC). *Canadian Medical Association Journal Open*, 4(4), E588-E598. doi: 10.9778/cmajo.20160031

- Gabbay, R. A., Lendel, I., Saleem, T. M., Shaeffer, G., Adelman, A. M., Mauger, D. T., . . . Polomano, R. C. (2006). Nurse case management improves blood pressure, emotional distress and diabetes complication screening. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 71(1), 28-35. doi: 10.1016/j.diabres.2005.05.002
- Grimard, D., Provost, S., Pineault, R., Ricard, J. et Silva, R. B. D. (2017). Constats tirés de l'implantation d'un programme de prévention et de gestion du risque cardiométabolique à montréal inspiré du Chronic Care Model. *Le point en santé et en services sociaux*, 13(3), 52-54.
- Grohmann, B., Espin, S. et Gucciardi, E. (2017). Patients' experiences of diabetes education teams integrated into primary care. *Canadian Family Physician*, 63(2), e128-e136.
- Grund, J. et Stomberg, M. W. (2012). Patients' expectations of the health advice conversation with the diabetes nurse practitioner. *Journal of Primary Care & Community Health*, 3(4), 230-234. doi: 10.1177/2150131911435263
- Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A. et Dorado, L. (2015). Implementing Specialized Diabetes Teams in Primary Care in Southern Ontario. *Canadian Journal of Diabetes*, 39(6), 467-477. doi: 10.1016/j.jcjd.2015.07.006
- Health Quality Ontario (2013). *Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary-care setting: an evidence-based analysis*. Ontario Health Technology Assessment Series. Repéré à <http://hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCDM-specialized-nursing.pdf>
- Houweling, S. T., Kleefstra, N., van Hateren, K. J., Groenier, K. H., Meyboom-de Jong, B. et Bilo, H. J. (2011). Can diabetes management be safely transferred to practice nurses in a primary care setting? A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1264-1272. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03562.x
- Hudon, C., Chouinard, M.-C., Diadiou, F., Lambert, M. et Bouliane, D. (2015). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 523-528. doi: 10.1370/afm.1867
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Diadiou, F., Bouliane, D., Lambert, M. et Hudon, E. (2016). The Chronic Disease Self-Management Program: the experience of frequent users of health care services and peer leaders. *Family Practice*, 33(2), 167-171. doi: 10.1093/fampra/cmw007
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Dubois, M. F., Roberge, P., Loignon, C., Tchouaket, E., . . . Bouliane, D. (2018). Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Mixed Methods Study. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 232-239. doi: 10.1370/afm.2233
- Johnson, M., Baird, W. et Goyder, E. (2006). Understanding issues involved in the transfer of diabetes care to general practice: the patient perspective. *Quality in Primary Care*, 14(4), 247-252.
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E. et van Vught, A. J. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, Cd001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3
- Lawton, J., Parry, O., Peel, E. et Douglas, M. (2005). Diabetes service provision: a qualitative study of newly diagnosed Type 2 diabetes patients' experiences and views. *Diabetic Medicine*, 22(9), 1246-1251.

- Lemoine, O., Lesage, D., Leroux, C., Tousignant, P., Simard, B., Roy, Y., Beaulne, G. (2006). *L'utilisation des services de santé par les diabétiques montréalais en 2003-2004*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/596-Diabete-Resume.pdf>
- Levesque, J.-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P. et Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec – Barrières et éléments facilitant*. Institut national de santé publique du Québec.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F. et Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18
- Martinez-Gonzalez, N. A., Rosemann, T., Tandjung, R. et Djalali, S. (2015). The effect of physician-nurse substitution in primary care in chronic diseases: a systematic review. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14031. doi: 10.4414/smw.2015.14031
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2008). *Stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques et Plan d'action 2008-2013: Mieux soutenir les personnes atteintes, les milieux cliniques et les communautés*. Québec: MSSS.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière: Un levier de transformation du système de santé*. Québec: OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Organisation Mondiale de la Santé (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*. Genève (Suisse).
- Organisation Mondiale de la Santé (2014). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014*. Genève (Suisse).
- Organisation Mondiale de la Santé (2016). *Rapport mondial sur le diabète*. Genève (Suisse).
- Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. et Haggerty, J. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*. Gouvernement du Québec.
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). *Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews*. Repéré à <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>
- Provost, S., Pineault, R., Grimard, D., Perez, J., Fournier, M., Levesque, Y., . . . Borges Da Silva, R. (2017). Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montreal: does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes? *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 37(4), 105-113. doi: 10.24095/hpcdp.37.4.01
- Roberge, D., Larouche, D., Pineault, R., Levesque, J.-F., Hamel, M. et Simard, B. (2007). *L'urgence hospitalière : un substitut à la première ligne? Résultats d'une enquête auprès de la population de Montréal et de la Montérégie*. Québec: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal,

Institut national de santé publique du Québec et Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine.

- Shaw, R. J., McDuffie, J. R., Hendrix, C. C., Edie, A., Lindsey-Davis, L., Nagi, A., . . . Williams, J. W., Jr. (2014). Effects of nurse-managed protocols in the outpatient management of adults with chronic conditions: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, *161*(2), 113-121. doi: 10.7326/m13-2567
- Shigaki, C. L., Moore, C., Wakefield, B., Campbell, J. et LeMaster, J. (2010). Nurse partners in chronic illness care: patients' perceptions and their implications for nursing leadership. *Nursing Administration Quarterly*, *34*(2), 130-140. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3181d917bd
- Taylor, C. B., Miller, N. H., Reilly, K. R., Greenwald, G., Cuning, D., Deeter, A. et Abascal, L. (2003). Evaluation of a nurse-care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes. *Diabetes Care*, *26*(4), 1058-1063.
- Tshiananga, J. K., Kocher, S., Weber, C., Erny-Albrecht, K., Berndt, K. et Neeser, K. (2012). The effect of nurse-led diabetes self-management education on glycosylated hemoglobin and cardiovascular risk factors: a meta-analysis. *The Diabetes Educator*, *38*(1), 108-123. doi: 10.1177/0145721711423978
- Wagner, E. H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ: British Medical Journal*, *320*(7234), 569-572.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. et Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs (Millwood)*, *20*(6), 64-78. doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64
- Wagner, E. H., Austin, B. T. et Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, *74*(4), 511-544.
- Whittemore, R. et Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(5), 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Wilson, A., O'Hare, J. P., Hardy, A., Raymond, N., Szczepura, A., Crossman, R., . . . Saravanan, P. (2014). Evaluation of the Clinical and Cost Effectiveness of Intermediate Care Clinics for Diabetes (ICCD): A Multicentre Cluster Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, *9*(4), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0093964
- Young, J., Eley, D., Patterson, E. et Turner, C. (2016). A nurse-led model of chronic disease management in general practice: Patients' perspectives. *The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)*, *45*(12), 912-916.

ANNEXE A :
GRILLE DE LECTURE

Grille de lecture

#	Auteurs et année	But/objectif	Devis de recherche	Population à l'étude	Résultats	Recommandations
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

ANNEXE B :
GRILLE D'EXTRACTION

ANNEXE C :
GRILLE D'ANALYSE *MIXED METHODS APPRAISAL TOOL*

#	Critère
	Y a-t-il une question de recherche qualitative et/ou quantitative (ou un objectif de recherche) claire ?
	Les données collectées permettent-elles de répondre à la question de recherche (ou à l'objectif de recherche) ? Par exemple, la période de suivi est-elle suffisamment longue pour permettre à l'effet de se produire (pour les études longitudinales) ?
<i>L'évaluation de la qualité peut ne pas être poursuivie si la réponse est 'Non' ou 'Ne sait pas' à l'une ou aux deux qu</i>	
1. Etudes Qualitatives	
1.1	Les sources de données (p. ex. participants) permettent-elles de répondre à la question de recherche ?
1.2	Le processus d'analyse des données qualitatives permet-il de répondre à la question de recherche ?
1.3	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont les résultats sont liés au contexte (p. ex. le cadre dans lequel les données ont été collectées) ?
1.4	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte la manière dont leur présence influence les résultats (p. ex. leurs interactions avec les participants) ?
2. Etudes quantitatives avec sélection aléatoire (essai contrôlé randomisé)	
2.1	Y a-t-il une description claire du processus de randomisation et/ou d'un processus approprié de distribution dans les groupes
2.2	Y a-t-il une description claire du processus de sélection à l'aveugle ?
2.3	Les données sont-elles complètes (>80%) ?
2.4	Le nombre de perdus de vue est-il faible (<20%)
3. Etudes quantitatives sans sélection aléatoire	
3.1	Le processus de sélection des participants permet-il de minimiser les facteurs de confusion (<u>selection bias</u>) ?
3.2	Les instruments de mesure de l'exposition (ou de l'intervention) et des effets sont-ils appropriés (origine claire, validité connue, outil validé; et absence de contamination entre les groupes si pertinent) ?
3.3	Dans les groupes comparés (exposés / non exposés; avec ou sans l'intervention; cas / contrôles), les participants sont-ils comparables, ou les chercheurs prennent-ils en compte (en les contrôlant) ces différences dans leurs analyses ?
3.4	Les données sont-elles complètes (>80%) et/ou le taux de réponse est-il acceptable (>60%), ou un taux acceptable de suivi pour les études de cohorte (selon la durée du suivi) ?
4. Etudes quantitatives descriptives	
4.1	La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche quantitative?
4.2	L'échantillon est-il représentatif de la population étudiée?
4.3	Les mesures utilisées sont-elles appropriées?
4.4	Le taux de réponses est-il acceptable (>60%)?
5. Etudes mixtes	
5.1	Le devis de recherche mixte permet-il de répondre à la question de recherche ?
5.2	L'intégration des données qualitatives et quantitatives (ou des résultats) permet-elle de répondre à la question de recherche ?
5.3	Les auteurs ont-ils suffisamment pris en compte les limites associées au processus d'intégration (p. ex. divergence des données ou des résultats qualitatifs et quantitatifs dans le cas d'un devis de triangulation)
<i>Les critères pour la composante qualitative (1.1 à 1.4) ainsi que pour la composante quantitative appropriée (2.1 à 2.4, ou 3.1 à 3.4 ou 4.1 à 4.4)</i>	
Total / Maximum possible :	

ANNEXE D :
CRITÈRES DE LA REVUE SANTÉ PUBLIQUE

Recommandations aux auteurs

Revue Santé publique

Présentation

La revue *Santé Publique* s'adresse à l'ensemble des acteurs de santé publique qu'ils soient décideurs, professionnels de santé, acteurs de terrain, chercheurs, enseignants ou formateurs, etc. Elle publie des travaux de recherche, des évaluations, des analyses d'action, des réflexions sur des interventions de santé, des opinions, relevant des champs de la santé publique et de l'analyse des services de soins, des sciences sociales et de l'action sociale.

Santé publique est une revue à comité de lecture, multidisciplinaire et généraliste, qui publie sur l'ensemble des thèmes de la santé publique parmi lesquels : accès et recours aux soins, déterminants et inégalités sociales de santé, prévention, éducation pour la santé, promotion de la santé, organisation des soins, environnement, formation des professionnels de santé, nutrition, politiques de santé, pratiques professionnelles, qualité des soins, gestion des risques sanitaires, représentation et santé perçue, santé scolaire, santé et travail, systèmes de santé, systèmes d'information, veille sanitaire, déterminants de la consommation de soins, organisation et économie des différents secteurs de production de soins (hôpital, médicament, etc.), évaluation médico-économique d'activités de soins ou de prévention et de programmes de santé, planification des ressources, politiques de régulation et de financement, etc.

Les recommandations énoncées ci-après sont conformes aux normes de présentation des manuscrits établies par l'*International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) (convention de Vancouver). Les auteurs sont invités à s'y reporter. Le texte complet en anglais est accessible à l'adresse suivante : <http://www.icmje.org>. Une traduction en français de ce texte est disponible à l'adresse : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/french2015.pdf>. Cette traduction peut ne pas être à jour des dernières modifications.

Procédure de soumission

Toute proposition de manuscrit doit être soumise en ligne en se connectant à : <http://rsp.fontismedia.com/rsp>.

Lors de la soumission, il sera demandé de préciser les prénoms, noms, fonctions et affiliations de l'auteur principal et des co-auteurs, et de désigner parmi ceux-ci l'auteur correspondant. L'auteur correspondant devra mentionner ses adresses : postale et de messagerie. Sauf opposition mentionnée à l'attention du secrétariat de la rédaction, ces deux adresses seront publiées dans l'article.

Toutes ces informations ne doivent pas figurer sur le manuscrit qui doit être anonyme (cf. *infra* « Préparation d'un manuscrit »).

Pour vous aider dans la procédure de soumission, vous pouvez télécharger le guide de soumission : <http://www.sfsp.fr/doc/Guidesoumissioninternet.pdf>
En cas de difficulté, vous pouvez contacter le secrétariat de la revue.

Éléments à fournir lors de la soumission

Chaque soumission d'article doit être accompagnée :

- d'une lettre au rédacteur en chef comprenant :
 - une présentation brève de l'article (10 lignes maximum);
 - la désignation de l'auteur principal, des co-auteurs éventuels ainsi que de l'auteur correspondant ;
 - l'attestation de la non publication et de la non soumission du texte dans une autre revue jusqu'à réception de la décision de la revue *Santé publique* : en soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'a pas été soumis pour publication à un autre journal, et ne le sera pas jusqu'à réception de la décision de *Santé publique*.
 - l'attestation que les co-auteurs éventuels ont validé l'article tel que soumis ainsi que le choix de la revue.
 - la suggestion de la rubrique pouvant accueillir son article, sachant que cette décision appartiendra à la Rédaction.

- de la déclaration d'éventuels conflits d'intérêts en joignant la version française du formulaire recommandé par l'*International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, renseigné par l'ensemble des auteurs Ce formulaire est disponible en ligne sur le site de soumission.

En cas de reproduction, dans l'article soumis, de documents protégés par un droit d'auteur, y compris les longues citations (plus de 500 mots), tableaux, figures, graphiques, etc. issus d'une source extérieure, fournir l'autorisation écrite de l'éditeur. Cette autorisation devra préciser qu'elle est valable pour la reproduction sur la revue imprimée et sur la revue électronique.

En soumettant leur manuscrit, les auteurs s'engagent sur l'originalité de leur article. C'est-à-dire que les données n'ont pas déjà été publiées par eux ou par d'autres, même de manière partielle.

Comme le souligne l'ICMJE, les pratiques de plagiat et d'auto-plagiat ont notamment pour inconvénient de comptabiliser les données deux fois dans les revues systématiques ou les méta analyses.

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/overlapping-publications.html>

Dans le cas où une republication présenterait un intérêt pour le lectorat, les auteurs s'engagent dans la transparence des informations qu'ils donnent à la revue. Ils doivent avoir obtenu l'accord de republication de la revue ayant publié les données en premier. Il appartient ensuite aux revues concernées du juger de l'intérêt de la re-publication. La re-publication est alors mentionnée dans le deuxième article.

Les manuscrits non conformes aux instructions aux auteurs ne seront pas acceptés.

Préparation d'un manuscrit

La langue d'usage est le français.

Les auteurs peuvent utiliser les référentiels, selon le type d'étude, proposés par le réseau EQUATOR pour la présentation de leurs travaux (<http://www.equator-network.org/>).

Les articles sont publiés dans trois rubriques :

- *Politiques, interventions et expertises en santé publique* regroupe plus particulièrement les articles en rapport avec la prévention, l'éducation pour la santé, la promotion de la santé, les interventions et les politiques de santé ;
- *Pratiques et organisation des soins* présente les articles sur les services de soins, sur l'organisation et l'optimisation des systèmes de soins, ainsi que sur les systèmes de protection sociale. Les articles publiés dans cette rubrique sont en accès libre sur l'Internet dès leur publication ;
- *Afrique, santé publique et développement* publie des articles analysant les problématiques de santé et/ou visant l'amélioration des systèmes de santé en Afrique.

Dans les trois rubriques, cinq types de publications sont proposés aux auteurs :

Recherche originale

Ce type d'articles publie des études et recherches empiriques (donc basées sur l'expérimentation), des évaluations ou analyses d'interventions. Les manuscrits se conforment au plan imred (imrad en anglais) qui comporte quatre parties : Introduction, méthodes, résultats et discussion. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 40 000 signes, espaces compris.

Toutefois cette catégorie peut accueillir des articles méthodologiques qui ne suivront pas nécessairement le plan imred.

Le plan Imred

Extraits de « Écrire en santé publique. Guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé », Société française de santé publique, 2006 - <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=3>

Introduction :

L'introduction insère la recherche dans un cadre général et présente le contenu de l'article. Elle se structure autour

- d'une phase d'ancrage, montrant la priorité du thème développé par l'article, et visant à le situer par rapport au contexte social et à créer la proximité avec le lecteur ;
- d'un corps permettant de passer en quelques lignes du thème général au sujet de recherche, du plus large au plus restreint. Au sein de ce sujet de recherche, on met en évidence les questions non résolues, suivant des hypothèses d'explications.
- d'un objectif, phrase-clé qui termine l'introduction. Un article de recherche présente un objectif de recherche et un seul. La méthode employée, la présentation des résultats et le cœur de la discussion se déclinent à partir de cet objectif. Des objectifs secondaires sont justifiés s'ils sont liés à l'objectif principal.

Méthodes :

Dans cette partie, sont exposées précisément les méthodes employées et ne doit figurer aucun résultat ou analyse critique. Cette partie doit être rédigée au passé pour tout ce qui évoque l'étude. Elle se structure autour

- d'une phrase clé donnant le type d'étude, son schéma général, ses grandes caractéristiques ;
- pour les actions ou évaluation d'action, de la description de l'action dans laquelle s'insère la recherche ;
- du protocole d'échantillonnage, c'est-à-dire des procédures qui ont permis de passer de la population générale au groupe de personnes incluses dans l'étude ;
- des données recueillies, de leur mode de recueil et de vérification ;
- d'un plan d'analyse des données (méthodes d'analyse qualitatives ou quantitatives, variables prises en compte, tests statistiques) ;
- de l'exposition des garanties de respect de la réglementation et du droit des personnes.

Résultats :

Cette partie ne comporte que des résultats, c'est-à-dire que l'on ne doit pas y trouver d'éléments méthodologiques, bibliographiques ou de discussion. Tous les résultats qualitatifs et/ou quantitatifs présentés dans l'article doivent s'y trouver. Cependant, l'exposé de certains résultats disponibles mais qui ne répondent pas à l'objectif principal peut être inutile, ou au contraire contribuer à la compréhension de l'article et à l'interprétation du résultat principal. Les résultats ayant déjà été obtenus, ils sont exposés au passé.

Pour la présentation des données chiffrées, tableaux et graphiques et des résultats d'une recherche qualitative, les auteurs consulteront directement l'ouvrage « Ecrire en santé publique. Guide d'aide à la rédaction en promotion de la santé ».

Discussion :

La discussion a pour rôle d'interpréter les résultats et d'en discuter la qualité et la validité. Elle a aussi pour fonction de situer les résultats dans un contexte général, c'est-à-dire d'en montrer la convergence avec des résultats antérieurs tout en soulignant l'originalité et l'apport qu'ils représentent pour la communauté scientifique ou professionnelle. La discussion se structure autour

- d'une phrase clé résumant le résultat principal ;
- d'une analyse des résultats, de leur interprétation et de leur confrontation avec la littérature ;
- d'un paragraphe individualisé qui expose les limites générales de l'étude ;
- de perspectives afin d'ouvrir l'article : apport de la recherche à la connaissance générale, nouvelles hypothèses générées, nouveaux projets de recherche, applications pratiques, recommandations, etc.

Article court

Ce type d'article publie des textes courts, selon le plan imred, favorisant les résultats d'études et, éventuellement, précisant dans la discussion, les implications intéressantes pour les décideurs. L'objectif de ces articles est de faciliter la prise en compte des résultats de la recherche dans la décision en santé. Il permet aussi de publier des retours d'expériences sur des interventions en santé publique, en se conformant aux règles usuelles de la communication écrite. Ces articles courts peuvent aussi être des compléments ou des mises à jour de résultats d'études publiées antérieurement. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures)

est de 15 000 signes, espaces compris. Le nombre de tableaux et de figures n'excédera pas trois pour chacun d'eux.

Ce type d'articles est recommandé par le comité de rédaction car il facilite la bonne communication des travaux publiés.

Synthèse des connaissances

Ce type d'articles accueille des articles de synthèse et des revues analytiques ou critiques de la littérature existante. Il peut s'agir de revues narratives où l'auteur choisit explicitement des articles qui vont argumenter son sujet. Il peut s'agir aussi de revues systématiques ou de méta-analyses où l'ensemble des articles répondant à un critère de sélection sont retenus. Les critères d'exclusion sont explicites et argumentés. Pour celles-ci, les manuscrits soumis dans cette rubrique se conforment au plan Imred. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 40 000 signes, espaces compris.

Opinion et débat

Ce type d'articles publie des textes courts débattant d'un sujet d'actualité en santé publique. Il peut aussi s'agir de mise au point d'un expert sur un sujet sur lequel il est reconnu. Les manuscrits soumis dans cette rubrique doivent se conformer aux règles usuelles de la communication écrite. La longueur maximale des articles (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures) est de 15 000 signes, espaces compris.

Lettre à la rédaction

Pour favoriser les échanges scientifiques, la revue incite les lecteurs à commenter ou à réagir aux articles publiés en adressant une lettre à la rédaction. Ces lettres ne doivent pas dépasser 3 500 signes, espaces compris, et cinq références bibliographiques, dont celle concernée par la lettre. Il est possible d'y ajouter deux tableaux ou figures. Le contenu des lettres doit être fondé et constituer un apport au débat scientifique. Les lettres sont relues par le comité de rédaction. Si la lettre est acceptée pour publication, son auteur en sera informé par messagerie. Les auteurs doivent indiquer clairement leurs fonctions et affiliations, leur adresse postale et leur messagerie. Les situations de conflits d'intérêts seront aussi mentionnées dans la publication.

Les auteurs de l'article concerné ont la possibilité de répondre aux lettres à la rédaction et leur réponse peut être publiée. L'auteur d'une lettre à la rédaction peut répliquer à l'auteur dans un numéro suivant de la revue, selon les mêmes modalités.

Quel que soit le type de soumission choisi, les manuscrits doivent se conformer à la structuration suivante :

Page de titre

Elle comporte

- un titre d'un maximum de 15 mots, en français et en anglais, complété d'un titre court de 5-6 mots ;
- le nombre de signes de l'article (corps du texte, bibliographie, tableaux et figures compris) ;
- la rubrique de publication de soumission, parmi les trois mentionnées plus haut
- le type de publication de soumission, parmi les cinq mentionnées plus haut.

Page de résumé

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots pour chacune des langues, français et anglais. Pour les trois types d'article : recherche originale, article court et synthèse des connaissances, le résumé doit être structuré et donc respecter le plan : objectif, méthodes, résultats, conclusions. Il doit être informatif. Seules les lettres à la rédaction n'ont pas de résumé.

Mots-clés

Ils se situent après le résumé. Les lettres à la rédaction n'ont pas de mots clés.

Tout article doit être accompagné de six mots-clés au maximum, proposés en français et en anglais.

Les mots-clés français et anglais doivent être issus en priorité du *Medical Subject Heading* (Mesh : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) et de sa version française réalisée par l'INSERM (<http://mesh.inserm.fr/mesh/>). Une version du Mesh multilingue dont le français (version INSERM) et l'anglais est disponible sur le site de la fondation suisse *Health on the net* (http://www.hon.ch/HONselect/Search_f.html).

Quand les mots-clés ne sont pas trouvés dans le Mesh, il est possible de faire appel aux termes pertinents de sa discipline et notamment au thésaurus de la Base de données en santé publique (BDSP : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Thesaurus/>).

Textes

Voir les instructions *supra* selon le type de publication de la soumission.

Références bibliographiques

Les références se positionnent après le texte.

Seuls les travaux cités dans le manuscrit figurent dans les références.

Pour les types de publication *recherche originale* et *synthèse des connaissances* le nombre minimum de références est de dix ; ce nombre ne peut excéder 40. Pour les autres types de publication (sauf pour les lettres à la rédaction), le nombre minimum de références est de trois.

L'ordre pour les références bibliographiques est celui de l'apparition dans le texte.

Les références bibliographiques doivent se conformer aux normes adoptées par *l'International Committee of Medical Journal Editors* (convention de Vancouver). Les informations détaillées sont disponibles à l'adresse : <http://www.icmje.org/>

Version française : <http://www.icmje.org/recommendations/translations/french2013.pdf>

Pour un article standard :

Les noms des auteurs figurent en minuscules, suivis des initiales du prénom, sans point et suivies d'une virgule. **Lorsque le nombre d'auteurs excède six, on mentionne les six premiers auteurs suivis d'une virgule et de « et al ».**

Le titre complet de l'article figure dans sa langue de publication (et non dans celle de présentation dans les bases bibliographiques). Il est suivi d'un point puis d'un espace.

Le titre de la revue est abrégé conformément à la liste des abréviations de la *National library of medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). Ces abréviations ne comportent aucune ponctuation ; les majuscules et minuscules doivent être respectées. Le titre de la revue est suivi d'un point, de l'année de publication suivie d'un point-virgule, du volume en chiffre, du numéro entre parenthèses suivi de deux points et de la pagination.

Exemples :

Tessier S, Chauliac M, Descamps Latscha B, Pol D. Éducation nutritionnelle à l'école : évaluation d'une méthode pédagogique « La Main à la Pâte ». *Santé Publique*. 2010;22(2):229-38.

Jarvis MJ, Wardle J, Walker J, Owen L. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: cross sectional study. *BMJ*. 2003;326:1061.

Pour un livre, on mentionne les auteurs, le titre, la ville d'édition (le pays entre parenthèses si la ville n'est pas une capitale), la maison d'édition, l'année de parution et le nombre de pages.

Exemple : Fassin D. Faire de la santé publique. 2^e éd. Rennes (France) : Presses de l'EHESP ; 2008. 69 p.

Pour un chapitre de livre, on mentionne les auteurs du chapitre, le titre du chapitre, puis, précédés de « In : » les auteurs du livre, le titre du livre, la ville d'édition (le pays entre parenthèse si la ville n'est pas une capitale), la maison d'édition, l'année de parution et la pagination du chapitre :

Exemples : Lombrail P, Pascal J. Les inégalités sociales de santé. In : Bourdillon F, editor. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2009.

Pour un rapport

Exemple : Acker D, Bensadon AC, Legrand P, Mounier C. Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Paris : Inspection générale des affaires sociales (Fr) ; 2012. 111 p. Report No. : RM2012-046P.

Pour une page de l'internet

Exemple : Santé Canada. Médicaments [Internet]. Ottawa ; 2012 Aug [Cité le 30 oct 2012] 1 p. Disponible sur <<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/index-fra.php>>.

Pour un document légal

Exemple : République Française. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°0185 du 11 août 2004. p 14277.

Pour les autres documents et plus d'information en français sur les normes de Vancouver, vous pouvez consulter les règles de présentation des références de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement :

http://www.isped.u-bordeaux2.fr/CDD/FR_HTML_RedactionReferences.aspx

Tableaux et figures

Le nombre total de tableaux et de figures n'excédera pas cinq. Afin d'en assurer la qualité lors de la publication, les tableaux et figures sont en noir et blanc et ne doivent pas être surchargés. Ils sont insérés en fin de manuscrit (pas de fichier séparé). Ils sont appelés dans le texte par une mention entre parenthèses (tableau I).

Tableaux

Les tableaux sont numérotés en chiffres romains dans l'ordre d'appel dans le texte. Ils sont accompagnés d'un titre informatif, et d'une légende si nécessaire. En français, le séparateur de décimales à utiliser est la virgule. Les unités doivent être mises en en-tête de ligne ou de colonne. Dans une colonne, les nombres décimaux sont alignés sur la virgule. Les intervalles de confiance sont alignés sur le séparateur de borne qui est le point-virgule. Les traits verticaux sont à proscrire. Les seuls traits horizontaux se situent en début et en fin de tableau ainsi qu'en fin de tête de colonne. Les notes de bas de tableaux sont à appeler par les lettres en minuscule en exposant et dans l'ordre alphabétique, comme dans l'exemple ci-dessous :

Tableau I
Répartition des diabétiques (n = 295)
selon le genre et le type de diabète (Toulon [France], Hôpital Pasteur, 2012)^a

Genre	DNID ^b		DID ^c		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Hommes	180	70,0	24	63,2	204	69,2
Femmes	77	30,0	14	36,8	91	30,8
Total	257	100,0	38	100,0	295	100,0

^a : l'exemple est fictif et l'établissement n'existe pas.

^b : diabète non insulino-dépendant.

^c : diabète insulino-dépendant.

Pour obtenir le tableau ci-dessus, voici, pour modèle, l'image explicative de l'agencement des cellules sur Microsoft Word[®] :

Genre	DNID ^b		DID ^c		Total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Hommes	180	70,0	24	63,2	204	69,2
Femmes	77	30,0	14	36,8	91	30,8
Total	257	100,0	38	100,0	295	100,0

Figures

Toutes les données non produites directement par le clavier sont des figures (graphiques, dessins, photos, etc.). Elles sont numérotées en chiffres arabes dans l'ordre d'appel dans le texte. Les graphiques ne doivent pas être surchargés par des données chiffrées et par des quadrillages. La représentation des graphiques en trois dimensions n'est pas souhaitable car elle peut fausser le jugement. **Pour garantir la publication des figures, les auteurs doivent les créer dans l'optique d'une impression noir et blanc. A défaut, les figures ne seront pas présentes dans l'article.**

Si un tableau ou une figure sont issus d'une source extérieure, celle-ci doit être mentionnée.

Notes de lecture

La revue publie aussi des notes de lecture. Elles sont destinées à conseiller la lecture d'un ouvrage auprès de tout ou partie du lectorat. Elles sont écrites par les membres du comité de rédaction et du comité scientifique, ainsi que par les experts relecteurs de la revue. La décision de publication relève du comité de rédaction. Voici, à titre indicatif, le plan que peuvent suivre les notes de lecture :

- référence selon les exigences uniformes pour les manuscrits soumis aux revues biomédicales (mais avec le titre en première position) ;
- présentation de l'auteur, éventuellement on pourra situer l'ouvrage par rapport à son parcours ou ses autres écrits ;
- objectif de l'auteur, description du contenu de l'ouvrage, citations éventuelles ;
- commentaires personnels sur l'ouvrage (facilité de lecture, intérêt personnel trouvé à sa lecture) ;
- limites de l'approche de l'auteur ;
- apport en terme de connaissances nouvelles, comparaison par rapport aux acquis antérieurs ou par rapport au point de vue d'autres auteurs ;
- lectorat particulièrement concerné par cet ouvrage, implication pour la pratique ou pour la décision politique.
- signature : prénom et nom du lecteur.

Le contenu ne doit pas dépasser 3500 signes (espaces compris).

Informations diverses

Aspects éthiques et réglementaires

Pour les articles de recherche, les incidences éthiques doivent être mentionnées par les auteurs ainsi que les éventuels avis donnés par les comités d'éthique. Les essais cliniques doivent être déclarés. De même, si une déclaration a été faite à une commission en rapport avec l'informatique et le respect des libertés, celle-ci doit être mentionnée.

Les recherches doivent se conformer aux principes éthiques (en particulier à la déclaration d'Helsinki révisée) et à la législation en vigueur du pays concerné. L'information et le cas échéant le consentement des personnes concernées par la recherche doivent être mentionnés. Les avis des instances éthiques et réglementaires relatives à la protection des personnes et/ou des données doivent être mentionnés.

Abréviations et sigles

Dans le titre d'un article et dans son résumé les abréviations et les sigles sont à éviter.

Le terme entier doit précéder l'abréviation ou le sigle lors de sa première mention dans le texte.

Il n'est pas mis de point après chaque lettre d'un sigle.

Les acronymes – sigles prononcés comme un mot – peuvent s'écrire avec la seule majuscule initiale suivie de minuscules et sans point, lorsqu'il s'agit d'institutions (exemple : Inpes) ; la majuscule n'est pas recommandée pour les acronymes devenus noms communs (exemple : sida).

Notes de bas de page

Leur utilisation n'est pas recommandée. Cependant, elles peuvent être utilisées quand un commentaire est nécessaire pour la compréhension et qu'il ne doit pas alourdir le cours du texte. Les références bibliographiques ne peuvent pas figurer en notes de bas de page.

Caractères italiques

Ils peuvent être utilisés dans certains cas :

- les citations ;
- les titres de journaux ou d'ouvrages cités dans le texte ;
- les mots en langue étrangère non francisés ;
- les citations latines ;
- les mots à faire ressortir du texte (mais une tournure les mettant en valeur est préférable).

Remerciements

Des remerciements peuvent figurer en fin de texte, avant les références bibliographiques.

Des mentions peuvent indiquer les contributions appelant un remerciement mais ne justifiant pas une place parmi les auteurs (par exemple, le soutien du directeur d'un établissement, d'un service, d'une administration, etc.), les remerciements pour les aides techniques, les remerciements pour un soutien matériel ou financier. Dans les recommandations de l'ICMJE, on trouvera toute information complémentaire sur la définition des auteurs et des contributeurs.

Les personnes ayant contribué intellectuellement à l'article, mais dont la participation ne justifie pas le titre d'auteur, peuvent être nommément désignées et leur fonction ou contribution décrite (par exemple, conseil scientifique ou juridique, analyse critique de la méthode, recueil des données, etc.).

Nous recommandons aux auteurs d'obtenir l'accord des personnes concernées avant de faire figurer leurs noms dans les remerciements car les lecteurs peuvent en déduire leur approbation des données et des conclusions. Les auteurs peuvent également dégager la responsabilité des personnes remerciées par une formule comme : « Les auteurs demeurent seuls responsables des erreurs ».

Corrections, rétractations et expressions de réserves

La revue peut publier des corrections, des rétractations et des expressions de réserves émanant, le cas échéants, des auteurs ou des financeurs ou des rédacteurs de la revue.

Médicaments

Compte tenu du lectorat international de la revue, il est préférable de désigner les médicaments par leur dénomination commune internationale. En cas d'utilisation du nom de spécialité, il faut toujours lui associer le libellé de sa dénomination commune internationale (DCI). Le nom de spécialité est écrit avec la première lettre en capitale et il est suivi du symbole des marques déposées en exposant ([®]).

Unités de mesure

Les mesures de longueur, hauteur, poids et volume sont exprimées en unités du système métrique. La pression artérielle est exprimée en millimètres de mercure. Les auteurs peuvent exprimer les paramètres hématologiques et biochimiques dans les unités couramment utilisées en France mais doivent nécessairement y adjoindre les valeurs converties dans le système international des unités (SI).

Droits d'auteur

La revue paraît sous deux types de supports : une édition imprimée sur papier et des éditions électroniques (sites de l'éditeur, de l'assurance maladie, de Cairn, de bases bibliographiques, cd-rom, etc.). Certaines de ces éditions peuvent être en accès libre, avec ou sans délai par rapport à la date de publication. En soumettant un article, les auteurs acceptent l'édition sur les différents supports et selon les modalités établies par la revue.

En soumettant un article pour publication, les auteurs garantissent que l'article est original, n'a pas été publié auparavant, n'a pas été soumis pour publication à un autre journal, et ne le sera pas jusqu'à réception de la décision de *Santé publique*.

Lorsqu'un manuscrit est soumis à la revue et que celui-ci est accepté pour publication, les auteurs acceptent la cession de leur droit à la revue *Santé publique*.

La politique de la revue *Santé publique* est de favoriser largement la diffusion de ses articles. Cependant, aucun des textes publiés dans *Santé publique* ne peut être reproduit sans l'autorisation de la revue. Les auteurs s'engagent également à demander l'autorisation au rédacteur en chef de la revue *Santé publique* s'ils désirent reproduire partie ou totalité de leur article dans un autre périodique ou une autre publication. Dans les reproductions autorisées, la référence de la première publication devra être mentionnée. Toute demande de reproduction doit être déposée par écrit auprès du secrétariat. Les références de la première publication doivent être mentionnées dans la reproduction.

Mise en accès libre d'un article (*open access*)

La Rédaction de *Santé publique* donne la possibilité aux auteurs d'obtenir l'accès libre pour leur article publié et mis en ligne sur le portail de revues CAIRN, dès sa parution (au lieu d'un délai d'attente de deux ans), moyennant une contribution de 800,00 €. Pour obtenir informations complémentaires et devis, merci de contacter la Rédaction de la revue : ig@sfsp.info.

Dans le cadre d'un partenariat de la CNAMTS, cette option ne concerne pas les articles publiés dans la rubrique Pratiques et organisation des soins car ils bénéficient d'emblée d'un accès libre.

Procédure d'expertise

Tout manuscrit soumis à *Santé publique* est préalablement examiné par la Rédaction afin d'en vérifier :

- la conformité aux instructions aux auteurs ;
- l'inscription du thème de l'article dans le champ couvert par la revue.

Si le manuscrit n'est pas conforme ou est hors champ, il sera refusé sans expertise complémentaire.

Les articles conformes sont envoyés à deux relecteurs pour analyse critique. Les relecteurs disposent de 40 jours à compter de l'acceptation de l'expertise pour rendre leur analyse. Dès réception, les avis des relecteurs sont envoyés à l'auteur avec notification de la décision : acceptation, refus, demande de modifications (majeures ou mineures).

Dans le cas de demande de modifications, l'auteur dispose de 40 jours pour soumettre une version corrigée dans le cas de révisions majeures et de 20 jours dans le cas de révisions mineures. Les auteurs doivent accompagner le manuscrit révisé d'une lettre détaillant et localisant dans le texte les modifications effectuées, et répondant aux commentaires des lecteurs. Le manuscrit révisé peut être envoyé en seconde lecture auprès des relecteurs, invités à remettre un nouvel avis.

Dans le cas d'une acceptation, le manuscrit est examiné une dernière fois par la Rédaction qui peut encore demander des modifications aux auteurs.

Les lettres à la rédaction sont soumises à l'expertise du comité de rédaction qui peut solliciter l'analyse de relecteurs.

Contact