

Annexe I Intermed : la méthode de la recherche-action menée sur le projet Intermed

Koshy et Waterman (2011) considèrent la recherche-action (RA) en Santé Publique comme un processus qui décrit, interprète et explique une réalité sociale spécifique et problématique tout en modifiant certaines interventions afin de les rendre plus efficaces pour répondre aux problématiques identifiées. Une RA implique autant les chercheurs que les acteurs de terrain dans une dynamique partenariale et collaborative qui vise à générer une action plus efficace tout en produisant de nouveaux savoirs sur cette même action. Nous avons ainsi considéré que la recherche-action constituait une méthode pertinente pour modéliser l'activité Intermed, ce pour plusieurs raisons : considérée, dans le cadre de la Santé Publique, comme un excellent moyen pour l'innovation dans les systèmes de soin (Koshy et al., 2011; Waterman et al., 2007), elle est également préconisée dans les sciences infirmières (Fontaine & Vonarx, 2010) dans la mesure où elle permet de traiter la complexité qui, est au cœur de l'activité infirmière (1984). Elle reconnaît par ailleurs l'importance des praticiens dans le développement des savoirs en partenariat avec les chercheurs (Fortin & Gagnon, 2016).

La RA Intermed a duré plus de 3 ans (40 mois), de janvier 2018 à avril 2021. Un processus itératif en 8 cycles nous a permis d'investiguer et de développer, avec les acteurs du terrain et tout en évaluant les outcomes (résultats primaires), différentes dimensions de l'activité des ISP en fonction du modèle théorique retenu. Ce dernier, utilisé comme guide du processus de recherche, comportait initialement 7 dimensions basées sur deux approches : le Guided care model (Boult et al., 2008), modèle infirmier pour soutenir la réorganisation des soins en soins de premiers recours selon le Chronic Care Model (Bodenheimer et al., 2002; Wagner, 1998) et la pratique infirmière avancée en soins de premiers recours (Hamric et al., 2014). Suite aux problématiques identifiées dans le vécu des acteurs du terrain, nous avons ajouté deux dimensions liées au financement des prestations (Département Fédéral de l'Intérieur, 2013) et à l'identification des patients éligibles (Tableau 1). Les outcomes évalués étaient liés à l'évolution perçue de la qualité de vie, du sentiment d'empowerment et de l'organisation des soins.

L'équipe scientifique était composée de deux professeurs HES, chercheurs en sciences infirmières employés respectivement dans ce projet à 20% et 10% et d'un-e collaborateur-trice scientifique employé-e-s à 30%.

Chaque cycle durait un trimestre et comprenait au minimum 7 observations directes et indirectes des activités Intermed sur le terrain : 3 entretiens semi-directifs avec des patients, 2 groupes focus avec les professionnels impliqués dans des suivis de patients bénéficiant de la prestation Intermed (infirmier-ère-s de soins à domicile, physiothérapeutes, ergothérapeutes,

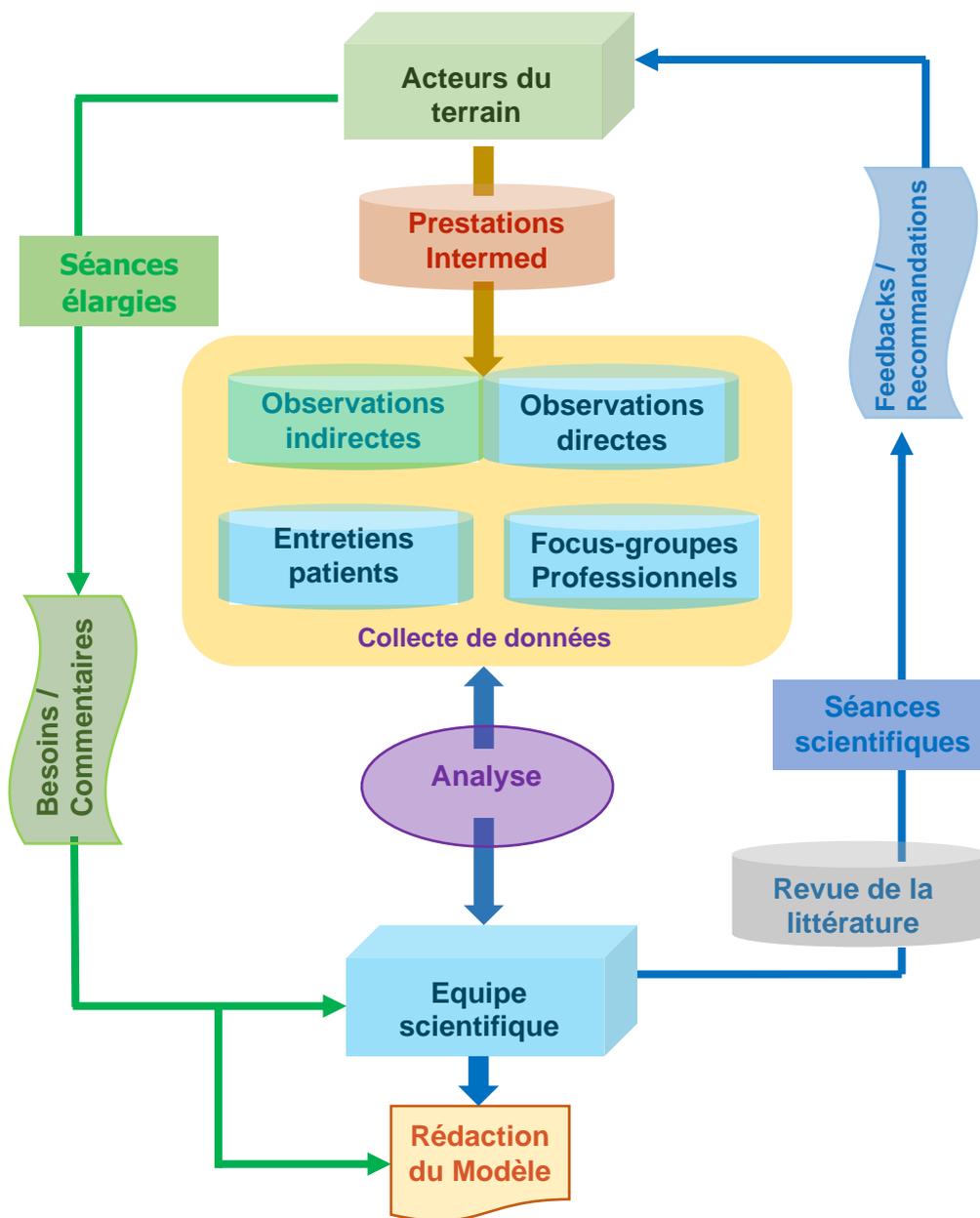
etc.) (Figure 1). Une séance de coordination entre membres de l'équipe scientifique et une séance scientifique élargie avec les acteurs du terrain terminaient chaque cycle. Des séances en comité plus restreint ont parfois été nécessaires pour accompagner le développement de certaines dimensions spécifiques du modèle. Le croisement des données et des méthodes prévues dans ce protocole a assuré la validité interne des résultats.

Durant chaque cycle, les données étaient recueillies par observations directes et indirectes, entretiens semi-dirigés et groupes focus. Les données étaient retranscrites puis analysées selon une carte thématique composée de dimensions préétablies sur la base du modèle théorique retenu. L'ensemble des analyses devait être remis aux acteurs du terrain sous forme de feedbacks accompagnés de recommandations fondées sur la littérature qu'ils étaient libres d'appliquer ou non dans leur pratique professionnelle. Les commentaires qu'ils nous donnaient en retour nous permettaient de décrire puis préciser le modèle infirmier Intermed tout en tenant compte des particularités, ressources et contraintes locales.

Tableau 1 : Modèle théorique en 9 dimensions du rôle de l'ISP (Infirmière de Soutien en Soins de Premiers Recours)

Fonctions	Tâches
1. Evaluation globale du patient	1.1 Evaluation clinique 1.2 Evaluation de la cohérence de la prise en charge
2. Conception du plan de soin interprofessionnel (PSI)	2.1 Défense des intérêts du patient 2.2 Prises de décisions ou démarches éthiques 2.3 Plan de soins basé des objectifs partagés
3. Mise en œuvre du PSI	3.1 Mise en place de procédures de rappels 3.2 Coordination et collaboration interprofessionnelle 3.3 Recherche de professionnels spécialisés 3.4 Facilitation de la transition entre les différents lieux de soins
4. Organisation du plan de soin partagé	4.1 Gestion du plan de soins partagé (PSP) 4.2 Suivi distancé du plan de soins
5. Soutien à l'autogestion	5.1 Evaluation des aptitudes à l'autogestion 5.2 Education du patient 5.3 Entretien motivationnel
6. Mobilisation des ressources communautaires	6.1 Evaluation des ressources communautaires 6.2 Facilitation de l'accès aux ressources communautaires
7. Leadership de transformation du système de soin vers un nouveau paradigme	7.1 Guidance/coaching des professionnels 7.2 Adaptation de la structure du Centre Médical 7.3 Formation des professionnels à l'éducation du patient et à l'entretien motivationnel 7.4 Soutien aux pratiques collaboratives et aux pratiques interprofessionnelles
8. Financement des prestations	8.1 Cadre réglementaire relatif au remboursement des prestations infirmières à domicile selon l'OPAS 8.2 Relations avec les assurances-maladies
9. Processus d'inclusion dans la prestation	9.1 Critères inclusion patients 9.2 Procédure de recrutement

Figure 1 : Cycle du processus de la RA Intermed



Bibliographie

- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*, 288(14), 1775–1779. <https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
- Boult, C., Karm, L., & Groves, C. (2008). Improving Chronic Care: The “Guided Care” Model. *Clinical Medicine*, 12(1), 50–54.
- Département Fédéral de l'Intérieur. (2013). *Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral* (p. 25). <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87.
- Fontaine, M., & Vonarx, N. (2010). La recherche-action dans les sciences infirmières, une connivence à (re) découvrir? In *In Vonarx, N., Bujold, L. & Hamelin-Brababant, L. (dir.) “Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers”* (pp. 287–309). PUL.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (Chenelière).
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O’Grady, E. T. (2014). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. Elsevier.
- Koshy, E., Koshy, V., & Waterman, H. (2011). *Action research in healthcare*. SAGE Publication Ltd.,
- Wagner, E. H. (1998). Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2–4.
- Waterman, H., Marshall, M., Noble, J., Davies, H., Walshe, K., Sheaff, R., & Elwyn, G. (2007). The role of action research in the investigation and diffusion of innovations in health care: the PRIDE project. *Qualitative Health Research*, 17(3), 373–381. <https://doi.org/10.1177/1049732306298976>