Table des matières

Liste des figures ..... **iv**

Résumé du Travail de Bachelor ..... **v**

Remerciements ..... **viii**

1. Introduction **1**
1.1. Nature et plan du travail de Bachelor 2
1.2. Motivations 2
1.2.1. Motivations personnelles 3
1.2.2. Motivations professionnelles 4

2. Problématique **6**
2.1. Survenue de la question de départ 7
2.2. Pertinence de la question de départ 8
2.2.1. Question de départ et concepts du métaparadigme infirmier 8
2.2.2. Modèle de promotion de la santé de Nola J. Pender 13
2.2.2.1. Individuel characteristics and experiences 13
2.2.2.2. Behaviour-specific cognitions and affects : 14
2.2.2.3. Behavioral outcomes 16
2.2.3. Les modes de savoirs infirmiers 18

3. Concepts et champs disciplinaires infirmiers **21**
3.1. Concepts retenus 22
3.1.1. Promotion de la santé et niveau de prévention 22
3.1.2. Coronaropathie 26
3.1.2.1. Définition 26
3.1.2.2. Angine de poitrine et infarctus du myocarde 30
3.1.2.3. Physiopathologie des coronaropathies 31
3.1.2.4. Les facteurs de risque majeurs 34
3.1.3. Education thérapeutique du patient 39
3.1.3.1. Définition 39
3.1.3.2. Une démarche éducative 41
3.1.3.3. Différentes aptitudes pour vivre avec une maladie chronique 42
3.1.4. Rôle infirmier dans l'éducation thérapeutique 44

4. Méthodologie **49**
4.1. Méthode PICOT 50
4.1.1. PICOT 50
4.1.1.1. Problématique / Patients 50
4.1.1.2. Interventions 53
4.1.1.3. Comparaison 53
4.1.1.4. Outcomes 53
4.1.1.5. Temps 54
4.2. Elaboration de la question de recherche 54
4.3. Critères de sélection des articles 55
4.3.1. Recherche et traduction des mots-clés 55
4.3.2. Filtres utilisés selon les bases de données 55
4.3.3. Niveau de preuve hiérarchique et facteur d'impact 56
4.3.4. Tableau récapitulatif de recherche et de sélection d'articles 58
4.4. Analyse des articles 59

5. Synthèse des résultats et discussion 61
5.1. Synthèse des résultats des articles retenus 62
5.1.1. Données statistiques : Facteurs de risque et habitudes de vie 62
5.1.2. Efficacité de l'éducation thérapeutique au patient 64
5.1.3. Motivations et participation 66
5.1.4. Comparaison domicile / soins en hôpital / centre de réhabilitation cardiaque 69
5.1.5. Etudes avec un programme compréhensif 74
5.2. Résultats en regard de la question PICOT 77
5.3. Perspectives pour la pratique infirmière 80

6. Conclusion 82
6.1. Apports du travail 83
6.1.1. Apprentissages théoriques 83
6.1.2. Apprentissages pratiques 84
6.2. Perspectives pour la recherche 85
6.3. Limites 87

7. Liste de références 89
7.1. Articles sélectionnés 95

8. Appendices 97
8.1. Appendice A : Descripteurs MesH/OVID et question PICOT 98
8.2. Appendice B : Filtres des bases de données utilisées 99
8.3. Appendice C : Tableau de recherche et de sélection des articles 101
8.4. Appendice D : Grilles d'analyse des articles 106
8.5. Appendice E : Tableau de synthèse des résultats 143

Liste des figures

Figure 1 : Modèle de Pender de promotion de la santé de l'individu (Pender, Murdaugh et Parsons, 2010).

Figure 2 : Schéma des artères coronaires (Cardiac health, 2014).

Figure 3 : Formation d'une occlusion thrombotique (Watkins et Farrall, 2006).

Figure 4 : Schéma des différents types de lésions et des manifestations cliniques (Libby et Theroux, 2005).

Figure 5 : Méthodes d'apprentissage selon le domaine (D'Ivernois et Gagnayre, 2008).

Figure 6 : Nombre d'infarctus aigu du myocarde (Observatoire suisse de la santé, 2014).

Figure 7 : Niveau de preuve hiérarchique (Haynes, 2001 ; dans DiCenso et al., 2005).

Figure 8 : Résumé des scores de qualité de vie à domicile / en centre de réhabilitation (Dalal, Zawada, Jolly, Moxham et Taylor, 2010).

Figure 9 : Proportion de patients avec trois facteurs de risque modifiables ou plus (Redfern, Briffa, Ellis et Freedman, 2009).

Figure 10 : Taux de changement du cholestérol total, du LDL-cholestérol, de la pression artérielle systolique et de l'activité physique (Giannuzzi et al., 2008).

Résumé du Travail de Bachelor

Problématique

Les maladies cardiovasculaires représentent la principale cause de décès en Suisse ainsi qu'en Europe. Elles constituent donc un enjeu majeur de santé publique. Parmi ces pathologies, l'infarctus du myocarde reste depuis des années le principal facteur de mortalité, de part son risque élevé de taux de récidive. Pour faire face à cela, l'éducation thérapeutique au patient apparaît comme un élément incontournable de l'accompagnement de la population de patients coronariens. Elle devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences les aidant à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Le personnel infirmier occupe une place essentielle dans l'équipe interdisciplinaire pour promouvoir efficacement cet enseignement thérapeutique des facteurs de risque pour tenter de maintenir les changements.

Actuellement, les pathologies coronariennes sont traitées rapidement après le début des symptômes, aboutissant ainsi à une diminution des séjours en hôpitaux. Dans ce court laps de temps, la prévention des facteurs de risque et des récidives cardiovasculaires est donc largement sous-utilisée, ce qui contribue à diminuer l'efficacité de la prise en charge.

Concepts abordés

Face à la thématique abordée, nous avons traité la problématique au travers de trois concepts principaux, à savoir le niveau de prévention, l'éducation thérapeutique au patient et la physiopathologie coronarienne. Les concepts abordés apportent la compréhension nécessaire pour aborder nos

recherches dans la littérature scientifique et pour situer au mieux le cadre de recherche de notre travail.

Méthode

Nous avons d'abord élaboré une question de recherche grâce à la méthode « PICOT » pour préciser la population, les interventions, les comparaisons, les résultats et la période souhaitée dans notre revue de littérature. Nous avons ensuite déterminé les mots clés les plus pertinents en lien avec notre question de recherche, les avons traduit en anglais grâce au site « Grand dictionnaire terminologie » (Office québécois de la langue française, 2015) et y avons ajouté des définitions similaires ainsi que des synonymes susceptibles d'être également utilisés. Enfin, tous ces mots furent introduits sur les sites de la National Library of Medicine (2015) et dans les thésaurus des bases de données « OvidSP » afin d'en définir respectivement les descripteurs MesH et les descripteurs OVID utilisés dans les bases de données correspondantes. Outre les critères d'inclusion propres à chaque base de données, les articles sélectionnés sont publiés dans les cinq dernières années à l'exception d'un seul et possèdent tous un impact factor supérieur à 1.5, afin de répondre au plus haut niveau d'exigence scientifique.

Résultats

Malgré l'implémentation de protocoles et de procédures visant à réduire les facteurs de risque cardiovasculaire, les statistiques ne montrent pas d'améliorations significatives au niveau Européen. L'efficacité seule de l'éducation thérapeutique au patient ne permet pas d'amener des résultats significatifs sur le taux de récidives d'événements cardiovasculaires. En

revanche, elle contribue à baisser significativement les coûts des interventions et à améliorer la qualité de vie. Concernant les trois types de prises en charge (hôpitaux, centres de réadaptation cardiaque et domicile), il n'y a pas de différences. L'essentiel est de créer un programme individualisé qui concorde au rythme et au style de vie de la personne.

Conclusion

L'éducation thérapeutique se doit d'être combinée avec un programme compréhensif de suivi physique et psychologique pour maintenir le changement le plus longtemps possible et ainsi réduire les risques de récidives cardiovasculaires. Les perspectives pour la profession infirmière s'orientent vers des consultations qui permettent d'offrir un moment individuel de partage et d'écoute sur ce que la personne a vécu émotionnellement. L'évaluation de la compréhension de la maladie et l'impact que celle-ci prend, de part sa chronicité sur les activités de la vie quotidienne, permet de travailler sur les facteurs de risque cardiovasculaire à moyen et long terme tout en valorisant et en respectant les choix de la personne. Cela renforce ainsi l'orientation active du patient, qui le conduit à un meilleur état de santé général et à une meilleure qualité de vie tout en renforcant sa motivation à se prendre en charge.

Mots clés

Post-infarctus du myocarde, coronaropathie, éducation thérapeutique au patient, prévention secondaire, prévention tertiaire, centre de réadaptation, retour à domicile.

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement Madame Myriam Graber, notre directrice de Travail de Bachelor, pour son soutien, son implication, ses précieux conseils ainsi que pour sa disponibilité durant toute la réalisation de notre travail.

Nous remercions également Monsieur Olivier Schirlin et Monsieur Pascal Comte pour leur précieuse aide concernant la mise en place des normes de rédaction de ce présent travail.

Nous voulons également remercier Mesdames Béatrice Beutler et Patricia Chabloz pour leurs implications et les heures consacrées à la relecture de notre travail.

CliCours.com

1. Introduction

1.1. Nature et plan du travail de Bachelor

Dans le cadre de notre dernière année de formation en soins infirmiers, il nous est demandé de réaliser un Travail de Bachelor. Il consiste à réaliser une revue de littérature, qui nous permettra d'élaborer un questionnement clinique professionnel articulé autour de l'éducation thérapeutique en cardiologie.

Au travers de nos recherches dans les bases de données, les analyses d'articles selon la méthodologie décrite dans ce travail nous permettent d'en tirer des résultats que nous souhaitons utiliser, après analyse approfondie, pour notre pratique infirmière. Il s'agit également de développer notre sens critique entre ce que nous apporte cette revue de littérature et ce qui est applicable en situations cliniques sur nos lieux de pratiques respectifs.

1.2. Motivations

Depuis le début de notre formation, nous avons toujours considéré le travail de Bachelor comme étant la « clé » nécessaire à l'obtention de notre diplôme d'infirmier. Le thème traité se doit donc de correspondre à des motivations personnelles, mais également à des motivations professionnelles. Bien que ce travail soit très spécifique et ne réponde qu'à un problème précis de notre pratique professionnelle, l'étude des notions d'éducation thérapeutique et de promotion/prévention en lien avec une pathologie cardiaque chronique fréquemment rencontrée en milieu hospitalier nous sera

Clicours.COM

à coup sûr bénéfique.

Dès la fin de notre formation, nous comptons nous diriger vers le milieu des soins aigus. Ce travail intervient donc de façon réfléchie, de sorte à nous former au mieux pour notre pratique professionnelle.

1.2.1. Motivations personnelles

Nos motivations personnelles découlent principalement de nos expériences en formation pratique. Même si les différents savoirs sur lesquels nous nous appuyons pour construire notre travail se basent essentiellement sur notre formation en école, notre motivation première provient de nos interrogations sur nos expériences personnelles sur le terrain.

De façon générale, nous avons déjà tous les trois rencontré et pris en charge de nombreuses fois des personnes atteintes de pathologies cardiaques ou autres maladies chroniques. Nous nous sommes donc déjà confrontés aux difficultés de l'enseignement thérapeutique, et ce, quelque soit le milieu de formation pratique.

Si nous parlons de difficultés, c'est que nous nous rendons compte que notre rôle de promoteur et de prévention de la santé n'est pas évident à mener à bien, malgré le fait que le patient participe activement à sa prise en charge. Nous avons chacun eu l'occasion de participer à l'enseignement

thérapeutique avec plusieurs patients et cela crée chez nous une envie particulière de travailler davantage sur le sujet.

Enfin de manière générale, ce travail de Bachelor va nous permettre de concrétiser les études effectuées jusqu'à présent dans le domaine de la recherche avec un sujet qui nous passionne. Il a beaucoup été question durant nos années de formation d'un travail conséquent autour de la méthodologie de recherche, sans pour autant amener à un résultat concret. Nous considérons donc ce travail comme étant le point d'orgue de nos trois années de formation en recherche.

1.2.2. Motivations professionnelles

De façon plus générale, notre travail d'infirmier ne se résume pas à la résolution de problèmes quels qu'ils soient, mais bien à l'accompagnement du patient dans un processus d'acquisition de connaissances et de capacités. Cela va l'amener à modifier certains comportements et à adopter de nouvelles habitudes et attitudes dans le but de maintenir ou d'améliorer son état de santé au quotidien.

Comme annoncé précédemment, nous nous destinons tous trois à un futur professionnel dans les soins aigus. Lors de nos précédentes expériences de formation pratique dans ce milieu, nous avons constaté l'importance de l'enseignement thérapeutique avant la réhabilitation, la convalescence et surtout avant le retour à domicile. Nous considérons donc

ce travail comme une réelle opportunité de développer des compétences professionnelles essentielles à la promotion et à la prévention de la santé des patients.

Tout ceci est également corroboré par le fait que la population de personnes souffrantes de maladies cardio-vasculaires est largement présente en milieu de soin. Nos motivations sont donc clairement professionnelles, mais sont également à mettre en lien avec la réalité socio-politico-économique de la Suisse. Les maladies cardiovasculaires sont les causes les plus fréquentes de décès et prennent donc une importance capitale dans la gestion de la santé publique du pays. Selon la Confédération Suisse (2013), lors de l'année 2010, plus d'un tiers des décès ont été causés par une maladie cardiovasculaire, malgré les ressources économiques et les moyens à disposition.

2. Problématique

2.1. Survenue de la question de départ

Suite au choix et à l'attribution de notre thème de travail de Bachelor, l'« éducation thérapeutique en cardiologie », nous avons réalisé un premier affinement de celui-ci. Il était clair pour nous que les termes utilisés étaient trop vagues pour commencer les premières recherches et qu'il fallait les préciser en fonction de ce que nous désirions travailler. Dans un premier temps, nous avons donc décidé de nous axer sur un type de maladie en particulier. Après quelques rapides recherches des possibilités s'offrant à nous, nous nous sommes heurtés à un dilemme ; choisir un sujet très connu et déjà énormément traité au risque d'être répétitif ou au contraire choisir des cas très particuliers au risque cette fois de n'avoir que peu de documentation pour nos recherches. Après une brève discussion, nous nous sommes rapidement mis d'accord sur le fait qu'il était pour nous, futurs infirmiers généralistes, important de traiter un sujet qui touche un grand nombre de personnes et que nous allons forcément rencontrer. Nous hésitions entre plusieurs pathologies et avons au final arrêté notre choix sur les coronaropathies qui touchent une grande proportion de patients.

Le deuxième point que nous voulions éclaircir était de savoir si nous voulions traiter l'éducation thérapeutique principalement en termes de prévention primaire, secondaire, tertiaire ou quaternaire. Le choix ici fut plus vite réalisé ; la troisième possibilité nous attirait davantage et nous paraissait être une approche essentielle afin de limiter au maximum les

récidives, et ce, quelle que soit la maladie. Ce choix fut aussi déterminé par le fait que lors de nos stages, nous avons pu tous trois observer clairement un manque d'information envers les bénéficiaires de soins lors des retours à domicile et ce, de manière générale. De plus, de nombreuses personnes avaient des préjugés par manque d'informations ou banalisaient leur situation par manque de motivation et/ou de connaissances des risques.

À ce moment, nous étions donc arrivés à un thème plus précis, à savoir la prévention tertiaire face aux coronaropathies. Ceci nous laissait une marge assez large pour amener quelques modifications à nos idées de départ ainsi que pour le spécifier davantage à la fin de nos recherches sur les savoirs.

2.2. Pertinence de la question de départ

2.2.1. Question de départ et concepts du métaparadigme infirmier

Pour situer la question de départ dans le métaparadigme infirmier (« manière dont sont organisés et structurés les phénomènes qui concernent les soins infirmiers » (Fawcett, 2005)) et donc dans la discipline infirmière, nous nous basons sur la théorie de Nola Pender et de son modèle de promotion de la santé. Cette infirmière et théoricienne des années 1980, professeure émérite de l'université du Michigan, a construit tout au long de sa carrière un modèle de promotion de la santé pertinent. Dès ses premières années de recherche, elle a étudié les façons dont les pensées et les motivations des personnes influencent et construisent leurs comportements.

Même si le niveau de prévention que nous traitons dans ce travail n'est pas strictement identique à ce que Pender a entrepris comme recherche, nous pouvons y trouver des similitudes (George, 2011).

Selon Wikispaces (2014), Pender a voulu développer une théorie en se concentrant sur une santé positive cherchant l'approche du comportement plutôt que l'approche négative qui était utilisée dans d'autres théories. Ses concepts aident à identifier les influences dans les perceptions et les cognitions sur lesquelles l'infirmière doit se pencher pour que le patient soit en mesure d'adopter des habitudes de vie positives.

Selon Wikispaces (2014), Pender explique comment s'inscrit son modèle dans le métaparadigme infirmier :

> - La personne est une entité biopsychosociale, conditionnée par l'environnement, mais qui cherche également à créer son propre environnement dans lequel elle peut exprimer tout son potentiel. Il s'agit d'une relation réciproque avec l'environnement.
> - L'environnement est le contexte, qu'il soit social, culturel ou physique, dans lequel se déroule la vie. Il peut être transformé de telle façon que la personne soit plus encline à adopter des comportements de santé.
> - La santé est définie comme la réalisation du potentiel inné et acquis de la personne à travers des comportements souhaités dans les domaines du soin de soi, des relations sociales et de l'intégrité corporelle.
> - Le soin est défini comme un travail fait en partenariat avec les patients, leurs familles et communautés afin de créer un soutien positif de la part de l'environnement dans lequel le patient peut exprimer tout son potentiel et améliorer ses comportements de santé (p. 3).

Toujours selon Wikispaces (2014), dans le modèle de promotion de la santé, les infirmières peuvent jouer un rôle essentiel en aidant les patients à

créer une histoire de comportement positif pour l'avenir. Elles y contribuent en mettant l'accent sur les avantages d'un comportement positif, en enseignant aux patients comment surmonter les obstacles à la réalisation de ce comportement. Ceci engendre des niveaux élevés d'efficacité et d'affect positif grâce à l'expérience de la performance réussie et à la rétroaction positive [Traduction libre].

Cette notion de promotion de la santé de Nola Pender a été complétement intégrée dans le processus d'éducation thérapeutique appliqué de nos jours ; le patient doit également être lui-même acteur des changements qu'il veut accomplir (dans le but d'adopter un comportement de santé plus sain) et bénéficie d'enseignements de part le personnel soignant.

De ce fait, nous avons décidé d'exposer ci-dessous les points clés et les principales étapes de la théorie que propose Nola Pender. Cette démarche permet de prendre en compte tous les aspects du patient, de son entourage ainsi que des obstacles qui composent un processus de changement. Il s'agit de la théorie du comportement social à travers le « health belief model » (modèle de croyance de la santé). L'utilisation de ce modèle prend toute son importance dans l'éducation thérapeutique du patient en offrant une approche globale de la personne et des différentes sphères qui gravitent autour d'elle. Cela implique aussi les influences que celles-ci peuvent avoir sur ses croyances et son ouverture au changement vis-à-vis d'un comportement de santé à améliorer. Le modèle de croyance de la santé que

propose Pender offre donc des pistes d'actions pertinentes dans la prise en charge du patient en vue de renforcer ses capacités, ses apprentissages et la gestion de sa maladie tout en correspondant à ce que l'éducation thérapeutique du patient cherche à réaliser.

Selon Rondier (2004), les premières bases de la théorie sociale cognitive furent décrites par Bandura dès 1977. Il s'appuie notamment sur des comportements sociaux favorisant les attitudes du type : « je peux le faire » et « cela en vaut la peine » qu'il décrira plus tard comme étant la base du modèle d'efficacité personnel, qui selon lui, est un très bon indicateur de motivation personnelle du patient.

Nola Pender est une théoricienne en science infirmière qui a fait ses études à l'université des sciences infirmières du Michigan (USA). Elle a commencé à étudier les comportements de promotion de la santé dans le milieu dès 1970 et publie le premier modèle de promotion de la santé en 1982. Ce modèle sera ensuite revisité et modifié deux fois.

La majorité de ses recherches se situent dans l'école de l'apprentissage de santé qui est centrée sur l'adoption de comportements menant à l'amélioration de la santé de la personne, de la famille, du groupe ou de la communauté Elle propose notamment un modèle d'intervention infirmière centré sur la promotion de la santé afin d'être complémentaire à la profession médicale (Pepin, Kerouac et Ducharme, 2010).

En 2006, Pender, Murdaugh et Parson proposent un modèle de promotion de la santé qui intègre les soins à travers l'influence des

comportements de santé. Ce modèle offre un guide d'exploration des attitudes bio-psycho-sociales de la personne qui s'engage dans un comportement sain favorisant le maintien de la santé.

Selon Pender et al. (2006) [traduction libre], en accord avec la théorie de Bandura de 1977, il existerait un certain nombre de capacités humaines basiques qui seraient la symbolisation (capacité d'analyser et de transformer une expérience en un modèle/guide propre à la personne pour guider ses actions futures), la prévoyance (capacité de prévoir d'éventuelles conséquences à d'éventuelles actions et de les planifier en fonction du but à atteindre), l'apprendre d'autrui (capacité de se créer des règles en sélectionnant des actions à travers notre observation des autres personnes), l'auto-contrôle (capacité à utiliser ses propres critères et son autoévaluation afin de réajuster son comportement et d'aménager l'environnement dans le but de se motiver) et la réflexion (capacité de reconnaitre nos pensées et d'être capable de les changer).

A travers ces capacités, présentes ou à développer chez le patient, le processus de changement de comportement se fera petit à petit. On constate nettement l'importance du travail que la personne doit fournir afin d'acquérir les outils nécessaires pour traverser cette phase de bouleversements et ce dans les meilleures conditions possibles.

Clicours.COM

2.2.2. Modèle de promotion de la santé de Nola J. Pender

Ci-dessous figure le modèle de promotion de la santé de l'individu (Health Belief Model) proposé par Pender en 1982. Il se compose en trois catégories principales : les caractéristiques et expériences individuelles, les cognitions spécifiques et affects des comportements et les résultats comportementaux qui sont détaillées ci-dessous (Pender, 2010).

2.2.2.1. Individuel characteristics and experiences

Cette partie est sous-divisée en deux catégories bien distinctes représentant les comportements antérieurs de la personne ainsi que ses facteurs personnels.

Prior related behavior (comportement antérieur) :

Ce sont les comportements sains que la personne a eu par le passé sur lesquels nous pouvons nous appuyer en tant que professionnel. Ils permettent au patient, à travers son histoire de vie, de rechercher des périodes pendant lesquelles il a su adopter des comportements sains de santé. Cet outil ne sert pas à chercher une attitude précise vis-à-vis d'une maladie mais plutôt à montrer au patient ce dont il a été capable par le passé et ainsi augmenter sa confiance en lui (self-efficacy). De plus, il peut permettre au patient de prendre conscience de l'apport bénéfique du changement qu'il aurait effectué par le passé et dont les effets seraient encore effectifs à ce jour (ibid).

Personnal factors (facteurs personnels) :

Tout être humain possède des caractéristiques qui lui sont propres et sur lesquelles il est parfois possible de l'influencer. Selon Pender (2010), elles se divisent en trois catégories qui sont les facteurs biologiques (l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle, la capacité aérobie, la force et l'agilité), les facteurs psychosociaux (l'estime de soi, la perception de la santé et la stabilité mentale) et les facteurs socioculturels (la race, l'ethnie, l'éducation, l'acculturation, le statut social et économique et l'insertion dans le monde du travail).

2.2.2.2. Behaviour-specific cognitions and affects :

Perceived benefict of action :

Les bénéfices que le patient peut imaginer à travers un changement de comportement sont autant de motivation pour lui à s'engager dans cette action. Il doit être capable de percevoir les bénéfices d'un changement de comportement sur son état de santé.

Perceived barriers of action :

Ce sont les obstacles que peut rencontrer le patient au cours du processus. Ils peuvent être liés à une incapacité personnelle, au temps, aux aspects financiers ou encore à l'énergie que cela demande. Il est important de noter que plus les obstacles seront grands, moins la motivation de la personne sera présente. De ce fait, le patient doit connaître les difficultés et

les obstacles des changements qu'il devra surmonter tout au long du processus de changement.

Perceived self-efficacy :

Le sentiment de capacité du patient, c'est-à-dire le fait qu'il se sente capable d'effectuer une activité, a une influence non négligeable sur sa disposition à la réaliser. Il est crucial que le patient ait connaissance et confiance en ses capacités afin que le ressenti affectif soit positif face à cette nouvelle activité.

Activity related affect :

Un changement de comportement amène la personne à vivre de nouveaux ressentis qui sont déterminés par trois facteurs : l'état émotionnel vécu à ce moment-là, l'influence de l'activité sur l'ego de la personne et l'environnement dans lequel cette activité à lieu. Les effets que les activités et les influences auront sur le patient détermineront si celui-ci sera apte à maintenir ce changement ou non et s'il sera disposé à le répéter ultérieurement.

Interpersonnal influence (family, peers, providers, norms, support, models) :

Ce sont toutes les influences qui peuvent jouer un rôle dans l'adoption ou non d'un comportement spécifique. On en distingue trois principales :

1. Les représentations sociales ou les croyances : un comportement qui est compatible avec les normes de l'environnement social dans lequel le patient vit sera soutenu par l'entourage de celui-ci.

2. Le soutien social reçu, que ce soit émotionnel ou matériel, motivera le patient dans sa démarche. En effet, le patient qui se sent épaulé par son entourage sera plus disposé à s'engager dans cette démarche de changement.
3. Les modèles d'apprentissage vicariants (Bandura, 1977 ; dans Pender, 2010) définissent l'observation, par le patient, d'autres personnes ayant déjà effectuées un changement de comportement bénéfique comme source d'inspiration et volonté d'imitation.

Situational influence :

Lorsque le patient décide d'adopter un nouveau comportement, le contexte dans lequel cela se fait est très important. En effet, un contexte dans lequel une personne se sent en sécurité et soutenue dans sa démarche facilitera l'adoption de ce comportement.

2.2.2.3. Behavioral outcomes

Commitment to a plan of action :

Il consiste en la mise en place d'un plan qui planifie et précède les différentes étapes d'un nouveau comportement. Cela permet à la personne de savoir d'où elle vient et où elle va aller. C'est une sorte de guide que la personne se fixe pour avancer à son rythme.

Health promoting behaviour :

Le but final du modèle de Pender correspond à l'adoption d'un comportement promoteur de santé.

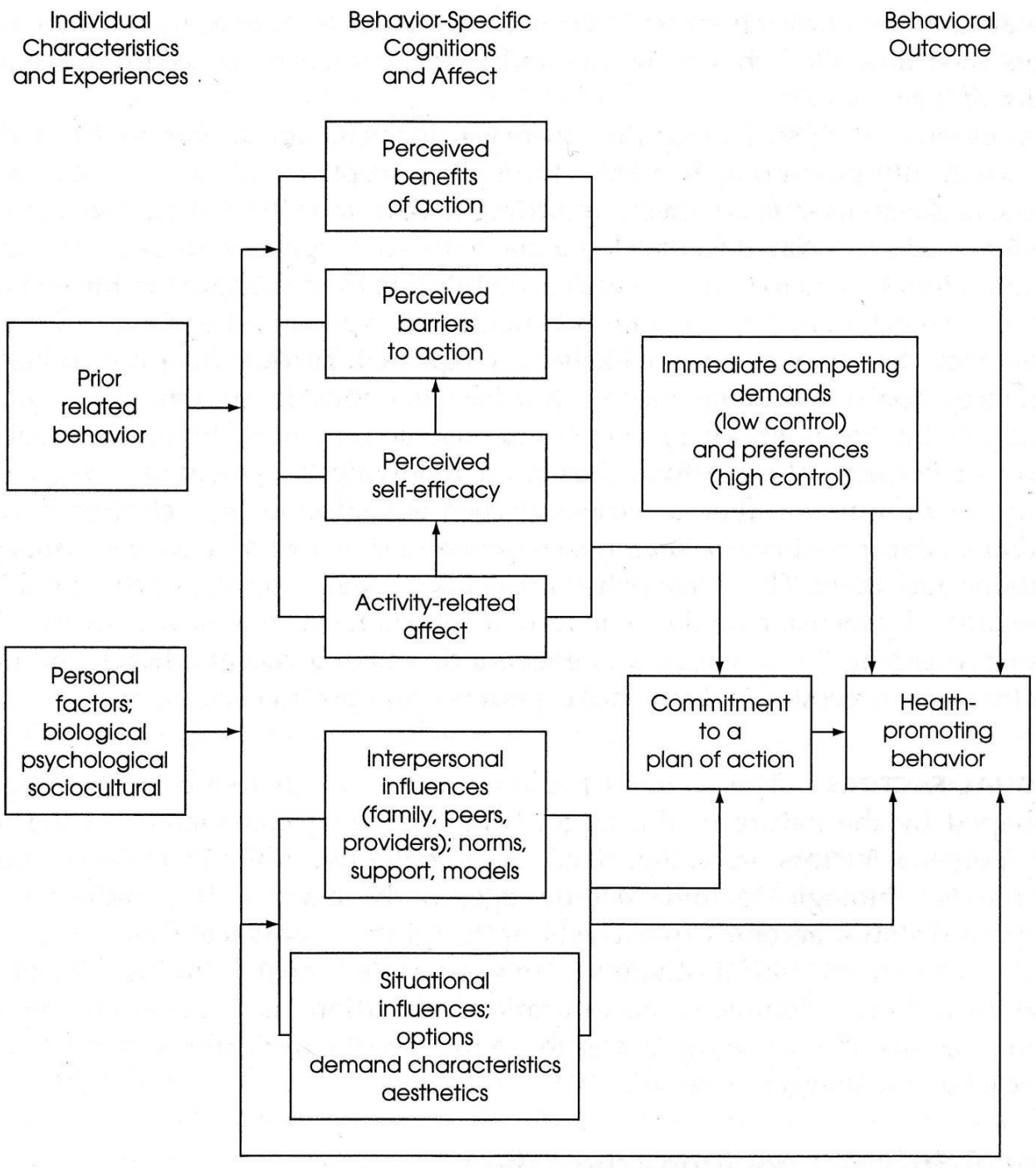

Figure 1 : Modèle de Pender de promotion de la santé de l'individu (Pender, N., Murdaugh, C. et Parsons, M.A. 2010).

Après les fondements théoriques proposés par Pender et sur lesquels nous nous appuierons tout au long de notre travail, il est essentiel de comprendre les bases de la discipline infirmière à travers les modes de savoirs infirmiers selon Carper (1978) pour aborder la pratique infirmière.

2.2.3. Les modes de savoirs infirmiers

Carper (1978), délimite le savoir infirmier en analysant et en distinguant quatre types de savoirs requis pour la pratique des soins infirmiers :

Le savoir empirique :

Il fait référence et est issu de la recherche et de la démarche scientifique qui comprend l'observation, l'exploration, la description et l'explication des phénomènes. Il s'agit de connaissances systématiquement organisées qui partent de lois générales et de théories dans le but de décrire, prédire et comprendre la préoccupation de la discipline infirmière. Le savoir empirique dans ce travail correspond donc à toute la recherche théorique effectuée dans les concepts.

Le savoir esthétique :

Il fait appel et fait référence aux expressions de type artistique qui découlent des expériences quotidiennes de la discipline. Ce type de savoir fait appel à la créativité et concerne des habiletés souvent acquises par l'expérience. Le savoir esthétique comprend également la manière

d'envisager la relation, d'apporter de l'aide ou de reconnaître les besoins des individus.

Le concept d'empathie fait également partie intégrante du savoir esthétique puisqu'il s'agit de la capacité de saisir de façon indirecte l'expression des sentiments des autres. Il peut s'exprimer par exemple dans la beauté d'un geste, l'intensité d'une interaction ou plus simplement de l'adresse manifestée lors des activités de soins (compétences techniques). Il fait également appel à l'intuition. Le savoir esthétique fait parti intégrante de l'éducation thérapeutique de part ses principes fondamentaux.

Le savoir éthique :

Il fait référence aux jugements d'ordre moral que nous pouvons rencontrer dans certaines situations de soins. Ceci concerne ce qui est juste ou faux, ce qui est bon, désirable ou non, ce qui devrait être fait, et concerne par conséquent la philosophie mais aussi les codes, les valeurs, les normes éthiques. Il s'agit d'inclure bien évidemment les normes éthiques, de sorte qu'il ne porte pas préjudice aux bénéficiaires de soins.

Le savoir personnel :

Il correspond au savoir que l'on acquiert par la connaissance de soi et la manière dont l'infirmière perçoit son propre soi. Le concept d'utilisation thérapeutique du soi entre dans les savoirs personnels et implique qu'on connaisse son propre soi. La relation à l'autre s'en trouve facilitée et peut devenir thérapeutique. Le savoir personnel favorise aussi l'intégrité et sa propre intégralité.

Le contact et la relation avec l'autre promeut également ses propres développements et actualisations. Selon Chinn et Kramer (2008 ; dans Pepin, Kerouac et Ducharme, 2010) le savoir personnel s'exprime par la congruence et l'authenticité entre l'âme, le corps et l'esprit.

Dans ce travail, nous nous basons également sur nos propres expériences de formation pratique. Cela appuie notre point de vue et nous permet de mettre en lien ces concepts plus facilement. Sachant que la pratique infirmière intègre ces quatre savoirs comme fondements, il est important pour nous d'avoir à l'esprit que cela va influencer nos activités, nos raisonnements, nos jugements et nos valeurs pour la pratique de l'éducation thérapeutique en collaboration avec le patient.

Après avoir situé notre problématique de départ dans la discipline infirmière et à travers les quatre savoirs de Carper, celle-ci va se baser sur des concepts concrets, tous également en lien avec le champ disciplinaire infirmier.

clicours.com

3. Concepts et champs disciplinaires infirmiers

3.1. Concepts retenus

3.1.1. Promotion de la santé et niveau de prévention

Pour ce travail, il convient de définir à quel niveau de prévention, voire de promotion nous désirons nous positionner. Nous avons donc défini les différences entre la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Ces deux concepts permettent d'englober les différentes stratégies d'approche de la personne en termes de santé publique. De manière générale, selon Gutzwiller & Paccaud (2009) : « La promotion de la santé comprend toutes les interventions qui favorisent la santé d'une population, alors que la prévention des maladies concerne les interventions ciblant des pathologies spécifiques, qu'il s'agit de prévenir et/ou de dépister (p.183). »

Lors de ce travail et pour être spécifique à notre problématique, la prévention des maladies semble plus indiquée. Gutzwiller & Paccaud (2009) font également référence à deux types de prévention. D'une part, la prévention individuelle se centre sur la personne et cherche à modifier un comportement grâce à la transmission d'informations. Elle cherche également les motivations et décide du choix d'action spécifique à la situation de la personne. D'autre part, la prévention structurelle va se centrer sur l'environnement et l'influence qu'il exerce sur la santé de la personne (p.184). Dahlgren et Whitehead (1991) avaient défini les différents déterminants de la santé selon leur modèle en « arc-en-ciel ». Il se compose de quatre niveaux : le premier concerne les comportements et styles de vie

Cliccours.com

personnelle ; le second comprend les influences sociales et collectives ; le troisième se rapporte aux conditions de vie et de travail ; le quatrième englobe les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. Tous ces facteurs interagissent entre eux. Les facteurs qui appartiennent à la prévention structurelle sont notamment les réseaux sociaux et communautaires, les conditions de vie et de travail et les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales globales.

Selon Gutzwiller et Paccaud (2009) :

> « La prévention primaire cherche à éviter les maladies ; elle intervient souvent précocement dans la vie des personnes. C'est une stratégie à long terme. La prévention secondaire vise l'identification précoce des risques ou des maladies. Les pathologies identifiées sont ensuite prises en charge pour un diagnostic et un traitement précoce. La prévention tertiaire vise à améliorer le pronostic en minimisant les séquelles et en diminuant les risques de rechutes. » (p.184)

Enfin la prévention quaternaire correspond à proposer des soins éthiquement et médicalement acceptables à la personne, notamment en soins palliatifs.

Plusieurs recherches de littérature ont guidé notre orientation sur le niveau de prévention dans lequel nous désirons effectuer notre travail. Mathews et Zachariah (2008) différencient l'impact de la pratique infirmière selon ces différents niveaux de prévention des maladies coronariennes. Leur étude est spécifiquement orientée sur les soins envers la communauté indienne du sud de l'Asie. Toutefois, nous pouvons tirer des parallèles intéressants pour la pratique infirmière, toutes communautés confondues.

En prévention primaire, les auteurs parlent de l'éducation à la santé comme d'un outil efficace pour réduire l'impact des facteurs de risque cardiovasculaire appartenant au style de vie. Ils avancent qu'un régime sain, de l'exercice régulier et la surveillance pondérale peuvent réduire considérablement les risques d'atteinte coronarienne dès le plus jeune âge, bien avant que la maladie ne se déclare (*Ibid.* p.297).

En ce qui concerne la prévention secondaire, le but consiste à détecter et à contrôler, dès les stades les plus précoces, la maladie cardiovasculaire à l'exemple des coronaropathies au travers des facteurs de risque comme le diabète, l'hypertension ou le cholestérol. Ils proposent d'évaluer dès le plus jeune âge les prédispositions familiales à certaines maladies cardiovasculaires avec le dépistage des facteurs de risque. Ils conseillent de mettre en place un régime sain ainsi qu'une activité physique régulière pour garder un contrôle sur le poids et le diabète de la personne. Le régime y est même décrit en privilégiant les fruits frais, les légumes et en limitant l'apport glucidique et sodé. Le dépistage de l'obésité est également recommandé en passant par la mesure de l'indice de masse corporelle ainsi que de la circonférence de la taille. La clé du succès vient de la précocité et de la régularité des contrôles de santé dans lesquels l'infirmière tient un rôle prépondérant (*Ibid*. p.297).

Enfin selon les mêmes auteurs, les buts de la prévention tertiaire consistent à prévenir les complications et à encourager la réhabilitation. Ils

appuient l'importance de modifier le régime et garantir un exercice physique suffisant (*Ibid.* p.297).

Des études plus spécifiques ont également été menées dans les différents niveaux de prévention de la santé. Une étude menée par Jorstad et al. (2013) a démontré l'impact positif de la prévention secondaire sur les coronaropathies en diminuant significativement les facteurs de risque cardiovasculaire par rapport à des soins « basiques », autrement dit sans notion de prévention chez des personnes déjà atteintes. L'étude a duré une année et a permis de démontrer que l'impact devient de plus en plus significatif sur le long terme. De plus, sur les mêmes premiers douze mois d'étude, les auteurs constatent une baisse du nombre de réhospitalisations pour des douleurs thoraciques ainsi qu'une baisse de fréquentation des urgences cardiaques pour les membres du groupe encadré par les infirmières formées en prévention. Les autres résultats amenés par l'étude, toujours en comparaison avec le groupe test ayant des soins « basiques », démontrent une amélioration de la proportion de personnes ayant un « bon » contrôle sur leurs facteurs de risque cardiovasculaire.

Afin de mener au mieux la promotion de la maladie et la prévention tertiaire spécifique à une pathologie, il est essentiel pour les soignants de posséder un bagage important de connaissances sur la dite pathologie, ici les coronaropathies, ainsi que sur ses causes et ses conséquences.

3.1.2. Coronaropathie

3.1.2.1. Définition

Sur le site du Larousse (s.d), nous pouvons lire que les artères coronaires sont des vaisseaux permettant la vascularisation et l'oxygénation du muscle cardiaque. Nous y apprenons aussi qu'elles prennent naissance à la base de l'aorte, se trouvent sur la surface du cœur et sont au nombre de deux ; l'artère coronaire droite qui se divise en artères rétroventriculaire et interventriculaire postérieure et qui fournit des branches pour les nœuds sinusal et auriculoventriculaire et l'artère coronaire gauche. Celle-ci se divise derrière le tronc de l'artère pulmonaire en artère interventriculaire antérieure et en artère circonflexe.

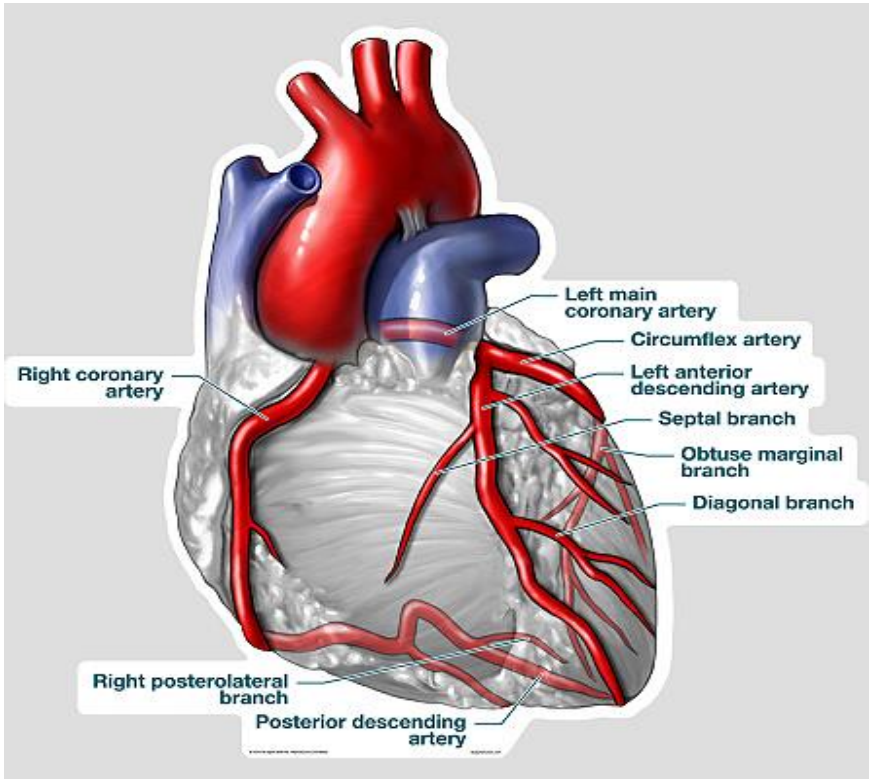

Figure 2 : Schéma des artères coronaires (Cardiac health, 2014).

Selon le site de la fondation suisse de cardiologie (2010a) :

> "Maladie coronarienne" est le terme utilisé pour désigner les maladies provoquées par des rétrécissements ou l'obstruction des artères coronaires… En font partie essentiellement l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde et l'arrêt cardio-circulatoire (mort cardiaque subite). Le rétrécissement des artères coronaires entraîne un manque d'irrigation du myocarde (ischémie). En cause la plupart du temps, l'athérosclérose. La maladie coronarienne est l'une des raisons majeures de décès prématuré, d'invalidité et de perte de qualité de vie dans la population suisse.

Les traitements possibles sont les modifications du mode de vie (facteurs de risque), une médication et de la chirurgie cardiaque (angioplastie coronaire, opération de pontage).

Comme dit précédemment, l'athérosclérose est la cause principale de la maladie coronarienne. Ce phénomène fait suite à certains comportements ; les facteurs de risque. Ce sont donc ces facteurs qui vont provoquer l'athérosclérose, processus qui, à son tour, va provoquer et conduire à des maladies coronariennes (et cérébro-vasculaires). Dans son livre, Farchadi (1988) explique que la connaissance de ces facteurs permet de déterminer les mesures à prendre pour combattre ces affections et en réduire la fréquence. En plus de l'athérosclérose, un autre phénomène très semblable intervient dans la genèse de la maladie coronarienne. Il s'agit de l'artériosclérose. Il est important de ne pas confondre ces 2 processus.

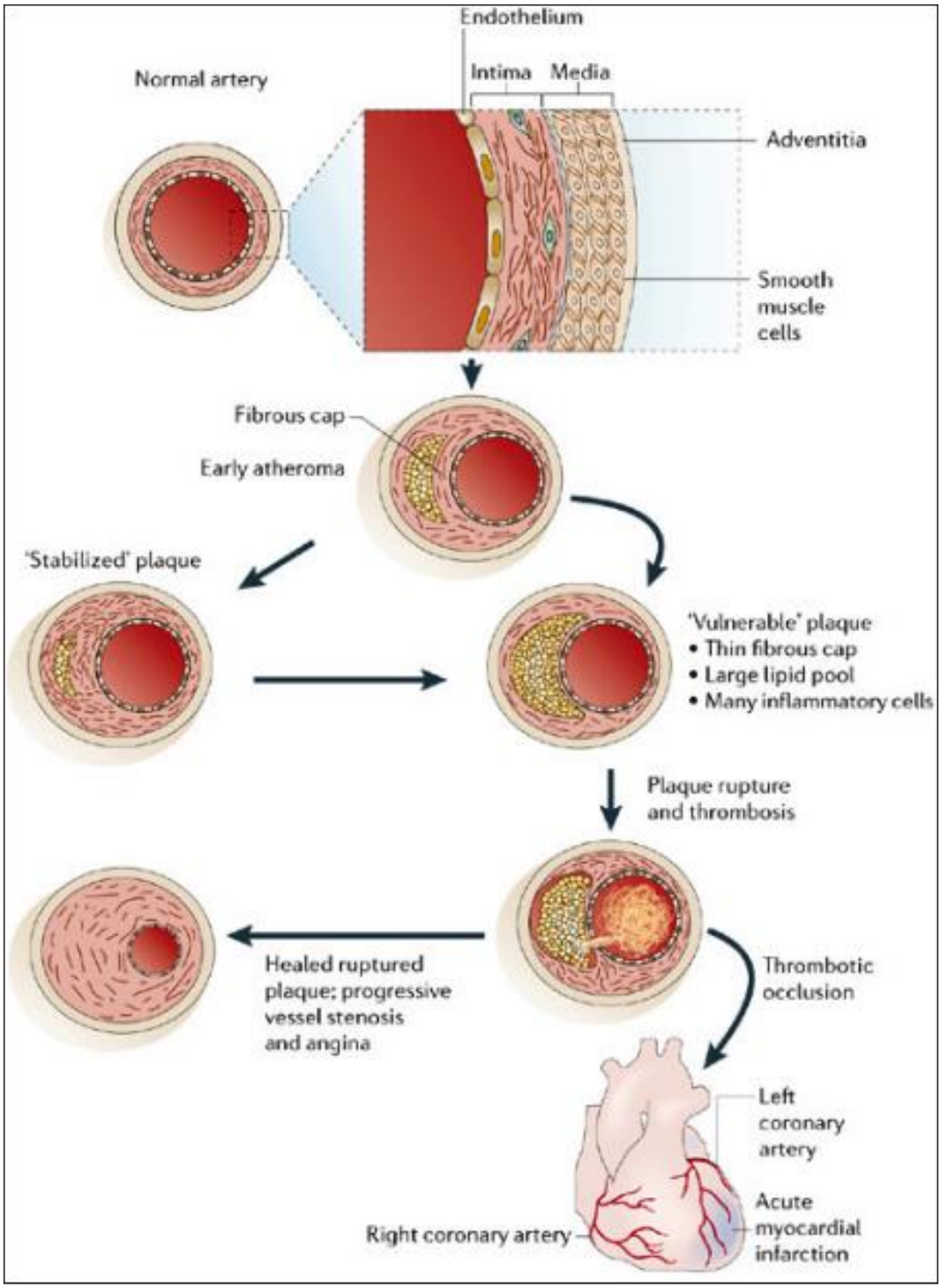

Figure 3 : Formation d'une occlusion thrombotique (Watkins et Farrall, 2006).

Sur le site Encyclopedia Universalis (2015), il est expliqué que l'artériosclérose est une maladie dégénérative des vaisseaux artériels. C'est un processus biochimique qui se caractérise par l'épaississement et la rigidification des tuniques (parois) artérielles (principalement la couche média, comme illustré dans la figure 3). C'est un signe de vieillissement des parois vasculaires. Les bases de la calcification viennent des produits de dégradation de la matrice extracellulaire. Les principaux mécanismes physiopathologiques impliqués sont les anomalies de la vasorégulation endothéliale, le remodelage matriciel et la calcification. La conséquence de ces changements est une perte de l'élasticité des artères ainsi qu'une diminution de leur lumière. Même si elle peut atteindre toutes les artères du corps, certaines zones sont plus propices à cette maladie. C'est le cas des artères coronaires, cérébrales et des artères des membres inférieurs.

L'artériosclérose apparaît chez l'homme vers la trentaine. Les femmes, en revanche, sont moins touchées par cette maladie jusqu'à la cinquantaine environ et ce, parce que les hormones féminines joueraient un rôle protecteur. Après cet âge, les taux s'équilibrent. Cette tendance des femmes à être moins touchées par la maladie diminue depuis de nombreuses années déjà, à cause de l'augmentation de la prise de la pilule et de la consommation de tabac (Farchadi, 1988, p.15).

L'athérosclérose (ou athérome) est un phénomène touchant également les artères (surtout celles de gros calibre) qui s'explique par des dépôts de plaques lipidiques sur leur paroi menant à des lésions. L'apparition de ces

plaques est principalement liée à certains facteurs de risque cardiovasculaire tels que la sédentarité, les troubles métaboliques ou l'obésité. La couche la plus touchée est l'intima. Dans ce cas, les principaux mécanismes physiopathologiques en cause sont aussi un remodelage matriciel, une calcification, un dysfonctionnement endothélial et une inflammation. Ces deux derniers points vont significativement amener à une diminution de la lumière des vaisseaux et, lorsqu'il s'agit des artères coronaires, ils vont réduire le régime circulatoire du cœur (Besancon-cardio.org, 2006). Pour Libby et Theroux (2005), l'athérosclérose est actuellement également considérée comme un trouble inflammatoire.

3.1.2.2. Angine de poitrine et infarctus du myocarde

Sur le site de la fondation suisse de cardiologie (2010b), nous pouvons lire que l'angine de poitrine est provoquée par une sténose (rétrécissement) des artères coronaires qui ne sont ainsi plus capable d'acheminer suffisamment d'oxygène au cœur. Cette complication survient majoritairement à la suite d'un grand effort demandé au cœur. Les crises de douleurs thoraciques ressenties par les personnes sont décrites comme une oppression brutale et des sensations de brûlures derrière le sternum. Des irradiations dans le cou ou les bras et des difficultés respiratoires peuvent également être observées. Il existe deux formes d'angine de poitrine ; une forme stable (les crises sont toujours identiques et disparaissent à la suite de

la prise de médicaments et de repos) et une forme instable (le caractère des crises se modifie, les crises peuvent survenir au repos). Dans cette deuxième situation, il est nécessaire d'hospitaliser les personnes car le risque d'infarctus du myocarde est grandement augmenté. Enfin, de manière générale, si les douleurs ne s'estompent pas au-delà de quinze minutes, il faut alors penser de toute façon à un infarctus du myocarde et se rendre à l'hôpital.

L'infarctus du myocarde « se produit lorsqu'une artère coronaire s'obstrue complètement, le plus souvent en raison d'un caillot de sang ... La partie du myocarde normalement irriguée par le vaisseau obstrué ne reçoit plus du tout d'oxygène et meurt » (Ibid). Les symptômes sont les mêmes que pour l'angine de poitrine. Viennent s'y ajouter d'éventuels vertiges, nausées, sueurs, angoisses de mort et douleurs de plus de quinze minutes. C'est une urgence nécessitant une hospitalisation dans les plus brefs délais avec comme traitement, une réouverture immédiate des vaisseaux. Après cette phase, le muscle cardiaque verra ses capacités de pompage diminuer et il y aura la formation de tissu cicatriciel. Ces modifications pourront, par la suite, engendrer plus facilement d'autres problèmes cardiaques (fondation suisse de cardiologie, 2010c).

3.1.2.3. Physiopathologie des coronaropathies

Dans le cours du collège des enseignants de cardiologie (2009), nous apprenons que les fibres musculaires lisses et les lipides sont les principaux

constituants des sténoses athéromateuses qui évoluent selon deux profils ; des sténoses stables et des sténoses instables. Les premières possèdent en majorité des fibres musculaires lisses et progressent de manière régulière et lente. Au-delà de 70% d'obstruction, la sténose limite l'écoulement sanguin et est dite « significative ».

> Dans la majorité des cas cependant, le développement lent et progressif des plaques athéromateuses stables laisse le temps à une circulation collatérale de suppléance de se développer. Dans certains cas, cette collatéralité est suffisante pour assurer les besoins énergétiques du myocarde en aval de la sténose et la progression lésionnelle n'engendre donc aucun symptôme. Dans d'autres cas, la réponse de la circulation collatérale est insuffisante ; le débit coronaire ne peut plus suivre l'augmentation des besoins en oxygène du myocarde lors de l'effort ou du stress. Le tableau clinique réalisé est généralement l'angor d'effort (Ibid, p.4).

Les sténoses instables sont, quant à elles, plus riches en lipides et possèdent des élargissements compensatoires qui se forment sur l'extérieur de la paroi du vaisseau. Ces plaques progressent de manière brutale et imprévisible et risquent à tout instant d'être rompues favorisant la formation rapide d'une thrombose et diminuant ainsi le flux sanguin.

Selon Libby et Theroux (2005), les sténoses stables seraient bien moins nombreuses que les sténoses instables et représenteraient uniquement la « pointe de l'iceberg » de ce qui était connu, il y a encore quelques décennies.

Clicours.COM

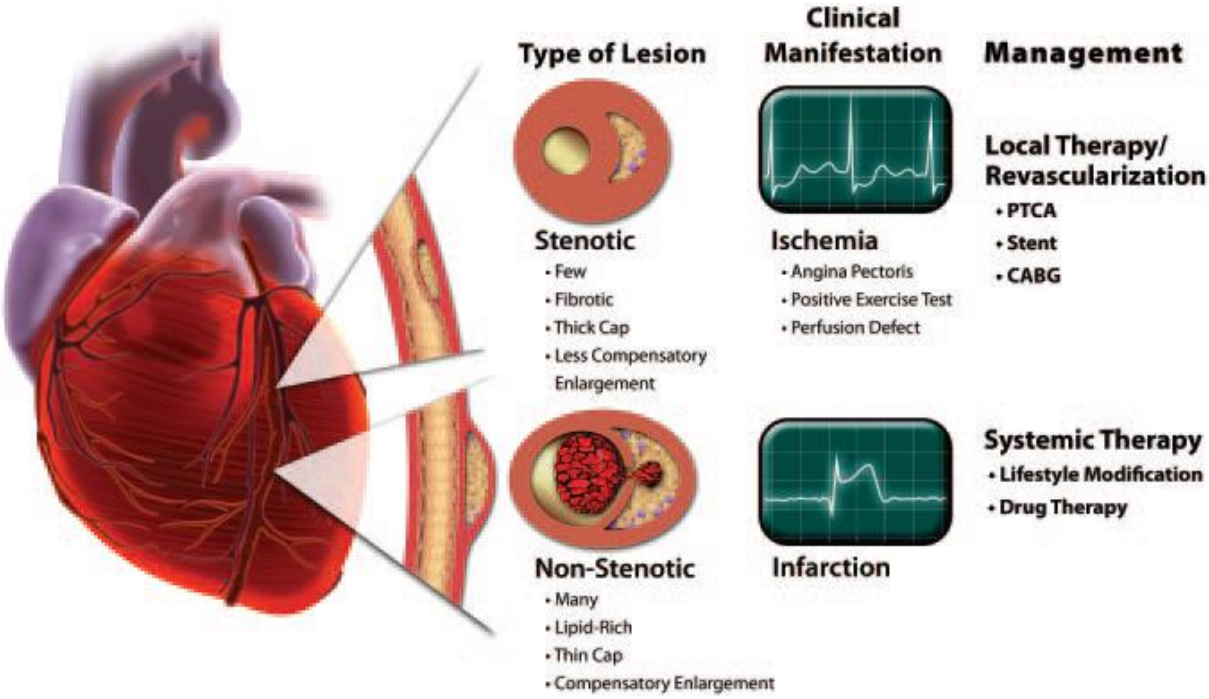

Figure 4 : Schéma des différents types de lésions et des manifestations cliniques (Libby et Theroux, 2005).

Face à cela, le traitement des syndromes coronariens aigus devrait impliquer deux phases qui se chevauchent : d'abord, traiter la lésion en cause, puis, viser une rapide "stabilisation" des autres plaques qui pourraient produire des événements récurrents (les plaques instables). Ainsi, la cardiologie interventionnelle, utilisée lors de revascularisation mécanique, devrait s'étendre au-delà de ce rôle pour également englober des interventions préventives. Ceci, en plus des traitements systémiques des facteurs de risque, devancerait et préviendrait des évènements futurs (comme les syndromes coronariens aigus) chez les personnes à risque (ibid).

3.1.2.4. Les facteurs de risque majeurs

Dans son ouvrage, Farchadi (1988) explique que les facteurs de risque peuvent être classés selon deux catégories ; les « non modifiables » et les « modifiables ». Dans la première catégorie se trouvent des caractéristiques innées comme l'hérédité (prédispositions familiales), l'âge et le sexe de la personne. Dans la deuxième catégorie se réunissent de nombreux facteurs dépendant de notre style de vie sur lesquels nous pouvons agir au quotidien.

L'hypertension artérielle :

Nous pouvons aussi lire dans cet ouvrage que l'hypertension touche environ 15% de la population active et progresse lentement. Elle est plus fréquente chez la femme ayant fait un infarctus que chez l'homme. La pression élevée dans les artères va induire une rigidification de celles-ci obligeant le cœur à travailler d'avantage pour évacuer le sang. Le cœur va ainsi s'hypertrophier (surdéveloppement anormal), ce qui favorise de nombreuses complications cardiaques. « Les études ont montré que les sujets hypertendus qui présentent une hypertrophie du cœur ont plus de risque d'avoir des accidents cardiovasculaires. Ceux-ci correspondent à des accidents vasculaires cérébraux et à des infarctus du myocarde » (e-cardiologie, (2008)).

L'hypercholestérolémie et l'hyperlipidémie :

Les principaux lipides que nous trouvons dans le sang sont le cholestérol et les triglycérides. Le cholestérol est lié à des protéines spécifiques qui sont

classées selon leur poids ; un poids haut est appelé HDL (High Density Lipoprotein), c'est le « bon cholestérol ». A l'inverse, un poids bas signifie que nous sommes face à un « mauvais cholestérol », le LDL (Low Density Lipoprotein). Ce dernier transporte le cholestérol en périphérie et y dépose des cristaux de cholestérol le long des parois, alors que le HDL l'absorbe et le transporte dans le foie. Il sera ensuite dégradé et excrété par la bile. Ainsi, tant que le HDL est en suffisance pour lutter contre le LDL, un certain équilibre est maintenu. À titre d'exemple, l'effort physique et les œstrogènes augmentent le taux de HDL alors que le tabac, le diabète sucré, l'obésité abaissent ce taux. Il en est de même pour les graisses saturées (beurre, charcuterie, œufs, fromages, etc.) (Farchadi, 1988).

Le tabagisme :

Fumer est l'un des facteurs de risque le plus important car « la combustion du tabac produit une multitude de substances toxiques » (Ibid, p.39) dont les plus nocives sont la nicotine (dépendance), le monoxyde de carbone (s'attaque aux vaisseaux) et le goudron (endommage les voies respiratoires).

Sur le site de la fédération française de cardiologie (s.d), nous apprenons que lorsque l'on fume, le monoxyde de carbone prend la place de l'oxygène sur les globules rouges en raison de sa plus grande affinité avec l'hémoglobine et entraîne donc une diminution de la capacité de transport de l'oxygène dans le sang. Il y est aussi écrit que le monoxyde perturbe également la vasomotricité des vaisseaux ; leur capacité à se dilater

normalement est diminuée. Une contraction de la paroi (ou spasme) sera alors observée menant à un rétrécissement du calibre des artères et donc de son débit. Fumer favorise également une augmentation du taux de fibrinogène (protéine favorisant la coagulation) et l'agrégation des plaquettes car le nombre de globules rouges augmentent dans le sang afin de pallier au manque d'oxygène transporté, rendant le sang plus épais et favorisant ainsi les thromboses. Une augmentation de l'inflammation des parois entraîne la déstabilisation des plaques d'athéroscléroses contribue également à la formation de caillots sanguins. Enfin, la fumée diminue le taux de HDL et les plaques d'athéroscléroses peuvent ainsi plus vite se former. Les risques d'infarctus augmentent donc en fonction de la quantité de cigarettes fumées quotidiennement.

Si ces trois facteurs de risque sont réunis (hypertension artérielle, hypercholestérolémie/hyperlipidémie et tabagisme), le risque d'avoir une maladie coronarienne suite à de l'athérosclérose est grandement augmenté.

Le stress psycho-affectif :

Le stress définit l'ensemble des réactions biologiques qui se produisent dans l'organisme, à la suite d'une émotion vive, d'une agression d'origine physique, chimique ou psychosociologique (Farchadi, 1988, p.49). Lorsque le stress se prolonge, il s'en suit une phase d'épuisement où apparaissent de nombreux désordres d'ordre biologiques.

Au niveau cardiaque, le stress psychosocial va agir de deux façons : indirectement par action sur les autres facteurs de risque et directement sur

la survenue et l'évolution de la maladie coronaire. Le stress favorise la survenue et/ou le maintien de certains facteurs de risque comportementaux comme le tabac, l'obésité ou encore la sédentarité. Il provoque également des modifications des taux de cholestérol (une hausse du LDL et une baisse du HDL). Le syndrome d'épuisement (syndrome apparaissant suite à l'existence d'un stress prolongé non contrôlable) est provoqué par une hyper-activation de certains systèmes. Ces systèmes ont comme effets secondaires l'activation des plaquettes sanguines ainsi que des réactions inflammatoires artérielles qui vont favoriser l'obstruction des vaisseaux.

Les autres phénomènes biologiques que nous pouvons observer lors d'un état de stress aigu sont les suivants ; une augmentation de la fréquence cardiaque, une élévation de la pression artérielle, une diminution du calibre des artères cardiaques et une baisse du volume sanguin. En résumé, ces modifications physiologiques provoquent une augmentation des besoins cardiaques alors qu'il y a une diminution des apports. Il y a alors des risques de défaut de perfusion menant à l'infarctus (meditas cardio, s.d).

<u>La sédentarité :</u>

La sédentarité est souvent combinée à la suralimentation et est donc en partie responsable de l'obésité. Au contraire, les exercices physiques sont bons pour tout le corps ; il y a une meilleure ventilation, une meilleure oxygénation et une certaine vasodilatation bénéfique lorsque l'on fait du sport. Il peut aussi se former des ramifications et des anastomoses au niveau du cœur, phénomènes réduisant l'apparition de maladies cardiovasculaires.

Bouger et se dépenser sont un moyen simple pour réduire les autres facteurs de risque (obésité, hyperglycémie, diminution du LDL et augmentation du HDL) (Farchadi, 1988).

Les troubles métaboliques (obésité, diabète, goutte) et hormonaux :

Ces troubles « jouent un rôle très important dans la genèse de l'artériosclérose coronarienne » (Ibid, p.51) car ils sont tous liés à d'autres facteurs de risque. Par exemple, le diabète est associé à l'obésité, à l'hyperlipidémie et à l'hypertension. L'obésité une maladie progressive grave car elle favorise également les autres facteurs de risque. Pour Farchadi (1988), elle «est caractérisée par une modification du métabolisme des graisses et de glucides et par l'accumulation du tissu adipeux» (p.51). La suralimentation et la sédentarité en sont les deux principales causes. La surcharge graisseuse est due à plusieurs facteurs ; l'excès d'apport, l'hérédité, l'insuffisance des combustions et les troubles neuropsychiques.

L'alcool :

L'alcool consommé en trop grandes quantité peut devenir toxique pour le cœur, provoquer des défaillances cardiaques et être responsable d'hypertension et d'hyperlipidémie qui, associés à d'autres facteurs de risque mène également à des maladies coronariennes. Tous ces facteurs de risque font partie des éléments essentiels à enseigner au patient qui doit modifier certains comportements de sa vie afin d'améliorer son état de santé. Ces enseignements se feront lors d'une démarche appelée éducation thérapeutique.

3.1.3. Education thérapeutique du patient

3.1.3.1. Définition

L'éducation thérapeutique du patient fait partie de l'éducation en santé et est considérée comme partie intégrante du soin. Ce sont en priorité les patients atteints de maladies chroniques qui sont concernés. De nos jours, plusieurs définitions existent pour ce concept, nous nous sommes arrêtés à celle de l'OMS car c'est celle-ci qui nous paraissait la plus pertinente dans le cadre de notre travail de Bachelor. Selon l'OMS (1998), « l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie ». L'éducation thérapeutique gagne en importance au fil des années. Elle est devenue en France une compétence attendue du rôle propre infirmier dans la législation depuis 2010 et s'impose également depuis quelques années dans la pratique helvétique (Foucaud, Bury, Balcou-Debussche & Eymard (2010).

C'est une démarche qui doit se construire en interdisciplinarité et en étroite collaboration avec le patient. Le but est de se baser sur les savoirs et les connaissances de ce dernier, de chercher ses représentations sur la maladie et d'évaluer ses comportements de santé. Par la suite, il s'agit de créer une relation d'aide pour établir une relation de confiance, avec comme finalité la construction d'un partenariat. Il est important de noter que l'infirmier joue un rôle important dans cette démarche mais qu'un grand

nombre de professionnels de la santé y prennent part tel que les médecins, les physiothérapeutes, les assistantes sociales, etc.

L'éducation thérapeutique cherche à donner au patient un certain nombre d'aptitudes, d'habiletés et de compétences personnelles. C'est un ensemble d'activités, d'informations, de conseils et d'apprentissages au travers desquels le patient apprendra à gérer sa maladie et son traitement. Ce processus pourra lui permettre de retrouver un équilibre de vie avec sa maladie. Cependant, bien souvent le patient atteint de maladie chronique possède déjà de nombreuses connaissances et habiletés construites sur ses propres expériences. Ils sont parfois même plus informés et maîtrisent bien mieux leurs pathologies que les professionnels de la santé. De ce fait, notre rôle sera d'évaluer la pertinence et la justesse de ses connaissances et de les compléter si besoin. Ceci se fera en fonction de la demande du patient et de sa collaboration dans la relation soignant-soigné. Il est important de préciser que le patient doit être ouvert à participer à cette démarche et que rien ne lui est imposé (Obertelli et al., 2015).

Lorsqu'un patient est diagnostiqué d'une maladie chronique, ce n'est pas seulement la personne qui subit un bouleversement mais aussi tout son entourage. De ce fait, l'éducation thérapeutique vise également à apporter de l'aide à ces personnes, afin qu'elles comprennent aussi la maladie et les traitements de leur proche. Elle permet aussi aux familles de collaborer aux soins, de prendre en charge leur état de santé et de les aider dans la mesure du possible à conserver et/ou à améliorer leur qualité de vie (ibid).

3.1.3.2. Une démarche éducative

Selon D'ivernois et Gagnayre (2008), les étapes suivantes font parties d'une démarche d'éducation thérapeutique au patient et sont applicables aux milieux de soins.

Délimitation de l'objet à enseigner et objectifs de sécurité :

La délimitation de l'objet vise à définir ce que le patient devrait savoir et savoir-faire au minimum pour gérer son traitement, voire sa maladie, avec le minimum de risque ou le maximum de sécurité. Il est aussi question d'objectifs de sécurité qui constituent ainsi la base des buts professionnels. Enfin, lorsque nous parlons d'enseignement thérapeutique, cela concerne principalement la gestion du traitement au quotidien d'une maladie chronique et le maintien de son autonomie à domicile.

Précision de quelques objectifs à négocier avec le patient :

Les objectifs éducatifs peuvent être élaborés en respectant les critères SMART. L'objectif définit en collaboration avec le patient doit donc être « Spécifique » à la personne dans son contexte, « Mesurable » par des indicateurs précis, « Acceptable » voire accepté par le patient, « Réalisable » par le patient par rapport à son contexte et « Temporellement » définit avec un délai précis auquel l'objectif devra être atteint.

Afin que l'éducation thérapeutique prenne tout son sens, le patient doit avant tout collaborer avec les professionnels de la santé qui l'entourent. Son

investissement dans la prise en charge de sa maladie est le pilier principal de cette démarche éducative.

Mise en œuvre de stratégies éducatives pertinentes :

Les stratégies éducatives devront être adaptées à la fois aux objectifs retenus avec le patient, aux aptitudes visées, aux moyens à disposition et au profil d'apprentissage de la personne.

3.1.3.3. Différentes aptitudes pour vivre avec une maladie chronique

Chaque patient est différent, que ce soit dans sa vie de tous les jours, dans sa gestion de la maladie ou encore dans sa manière de conduire ses apprentissages. De ce fait, les professionnels qui suivent un patient doivent être capables d'adapter leurs enseignements en fonction de ses besoins et de ses capacités. Il est impératif de travailler à partir des représentations du patient afin de l'aider à construire son savoir en lui apportant des explications et des connaissances concordantes à la réalité. Le patient doit pouvoir définir ce qu'il veut pour son avenir, ce qui lui convient mais surtout ses objectifs. Cette démarche est primordiale dans la construction du partenariat avec le patient. La décision ne relève pas d'une seule et même personne (médecin, infirmier), mais correspond à un travail de collaboration entre les professionnels de la santé et le patient afin de définir des buts d'apprentissage en commun. (Obertelli et al., 2015).

Clicours.COM

Pour ce faire, Lacroix (2003) à définit trois principales catégories d'aptitudes que le patient peut utiliser pour faire face à sa maladie chronique. La première catégorie est appelée « cognitive ». Elle englobe ce qui est le savoir, les connaissances et les facultés de compréhension que possède la personne. Deuxièmement, il existe la catégorie dite « sensori-motrice ». Elle correspond généralement aux capacités manuelles du patient, lorsqu'il s'agit par exemple de savoir faire un geste technique ou une surveillance spécifique. Pour finir, la catégorie « psychoaffective » prend en compte le savoir être de la personne et permet d'apprendre à réagir de la bonne manière face à une situation inconnue.

Ces catégories maintenant définies, il est possible de se pencher sur les méthodes d'apprentissage qui leurs correspondent. En effet, en fonction de la personne et de sa manière d'acquérir de nouvelles connaissances, la méthode utilisée pour ce faire ne sera pas la même. Le tableau à double entrées ci-dessous (D'Ivernois et Gagnayre, 2008 et Lagger, Pataky, Golay (2009) montre quelques exemples de stratégies éducatives. La première ligne correspond aux catégories d'aptitudes du patient et la première colonne à la méthode employée.

Il existe trois catégories différentes. Le choix de ces dernières dépendra du patient et de ses habitudes d'apprentissage. La première est un face à face individuel, soignant-soigné par exemple. La deuxième se centre sur les capacités de la personne à travailler seule et à faire appel à son auto-

apprentissage et pour finir la troisième, définie comme collective, implique toutes les activités de groupe.

Méthodes	Domaine cognitif	Domaine sensori-moteur	Domaine affectif
Face à face individuel	- Entretien - Etude de cas	Simulation	Jeu de rôle
Auto-apprentis-sage	- Brochures - Sites Internet	-Fiche technique -Vidéo	-Lecture -Vidéo -Association de malades
Collectives	Exposé interactif	Ateliers	Table ronde

Figure 5 : Méthodes d'apprentissage selon le domaine (D'Ivernois et Gagnayre, 2008).

3.1.4. Rôle infirmier dans l'éducation thérapeutique

Selon Kadda, Marvaki et Panagiotakos (2012), le rôle de l'infirmier est crucial dans la pratique de l'éducation thérapeutique du patient. Le soignant côtoie les patients, leur famille ainsi que leur entourage durant toute la durée de leur hospitalisation, ce qui fait de lui la personne la plus proche d'eux. Non seulement, les informations qu'il connait sur la situation du patient en regard de sa maladie sont souvent très fournies mais il connait aussi la situation privée, familiale et émotionnelle de ce dernier. Au vue de cette proximité et de la formation reçue, les infirmiers sont souvent les plus à même de pratiquer l'éducation thérapeutique en regard des autres professionnels de santé. Les points suivants précisent les aspects essentiels

des actions infirmières dans l'éducation thérapeutique (Kadda, Marvaki et Panagiotakos, 2012 et Obertelli et al., 2015).

Apprentissage de la maladie :

L'infirmier doit transmettre un certain nombre de connaissances au patient afin que ce dernier acquière des savoirs quant à sa maladie. Cette transmission s'appuie sur les connaissances déjà acquises par la personne ainsi que sur ses représentations. L'infirmier travaille à partir de ces bases et peut, si besoin, amener le patient à les modifier en lui expliquant des faits concrets et avérés (Beatrice, 2012).

Définition des buts :

C'est un travail qui se fait en totale collaboration avec le patient et permet de construire un plan d'éducation thérapeutique dans le temps.

Évaluation des besoins :

Elle sera différente pour chaque situation et chaque patient. Il est nécessaire de clarifier les besoins et de définir les buts à atteindre avec la personne. Ce n'est pas uniquement le personnel soignant qui va réaliser cette étape ; on va laisser le patient expérimenter, se rendre compte de ses manques et travailler par la suite avec lui afin d'avoir une vision commune de la démarche à entreprendre (Obertelli et al., 2015).

Modification des comportements malsains :

Le patient entre dans une nouvelle phase de sa vie avec des contraintes et de nombreux changements. Certaines de ses habitudes du passé devront changer petit à petit afin de préserver au mieux son état de santé. Il est

évident que des habitudes ancrées depuis des années ne changent pas en quelques jours, ne peuvent pas disparaitre complètement et risquent de réapparaître. Cependant, le patient doit en prendre conscience et doit être capable de connaître ses propres limites vis-à-vis de sa maladie (Kadda, Marvaki et Panagiotakos, 2012).

Gain d'autonomie dans la gestion de la maladie :

C'est l'un des points clés de l'éducation thérapeutique. Le but étant pour l'infirmier de donner tous les outils nécessaires au patient afin qu'il puisse devenir le plus autonome possible dans la gestion de sa maladie au quotidien.

Développement des capacités à gérer la maladie et les complications :

Une fois son autonomie retrouvée, le patient doit avoir acquis les moyens permettant de la conserver. La maladie chronique est ponctuée de phases stables et de phases de crises. C'est dans les moments de crise qu'il est le plus difficile pour le patient de garder de la motivation et d'éviter une rechute.

Soutien à adopter un comportement positif :

C'est un long chemin qui se fait souvent en collaboration avec un infirmier en psychiatrie. Cela a pour objectif d'aider le patient à garder l'espoir et la volonté de rester en bonne santé.

L'ordre national des infirmiers (2010) explique que ce processus permet aux malades d'être guidés dans la découverte et l'acceptation de la maladie chronique ainsi que le développement de l'autonomie.

Lorsque le patient est suivi de manière adéquate et personnalisée, c'est-à-dire par un accompagnement de longue durée par du personnel qualifié et un programme d'apprentissage spécifique à ses besoins et à sa manière d'apprendre, nous constatons un net changement de comportement. Ce changement est d'autant plus visible lorsque l'entourage y participe (p 2-3).

Ainsi, d'après Kadda, Marvaki et Panagiotakos (2012), une éducation thérapeutique bien menée permet donc d'obtenir les résultats suivants ; une diminution du niveau d'anxiété du patient face à la maladie, une réduction des risques de dépression, des complications ainsi que des rechutes. Nous pouvons aussi observer une augmentation de la satisfaction et de la compliance au traitement et surtout une amélioration notable de leur qualité de vie ainsi que celle de leur entourage (p. 636).

Afin que cette démarche se déroule dans les meilleures conditions possibles, le personnel infirmier ainsi que l'équipe pluridisciplinaire doivent avoir un certain nombre de prérequis de base. Premièrement, ils doivent être capables de transmettre des informations claires et précises au patient tout en s'adaptant à son âge, à son contexte socio-économique et à sa capacité de compréhension. Deuxièmement, le patient doit ressentir la disponibilité des professionnels de santé à son égard. Ils doivent aussi l'accompagner dans l'expression de ses sentiments et de ses ressentis face à sa situation, ses attentes ainsi que ses craintes liées au programme qui lui est proposé. L'équipe et le médecin doivent pouvoir fournir un soutien psychologique au patient et à sa famille pendant les phases aigues de la maladie chronique.

On peut donc parler d'un rôle multidimensionnel touchant à la fois à la pathologie, les traitements mais aussi à l'état mental et l'environnement de la personne.

Pour terminer, il est donc aisé de comprendre que, d'un point de vue uniquement infirmier, l'éducation thérapeutique est un rôle essentiel à maîtriser dans la pratique quotidienne, car ce sont les soignants les plus proches des patients et de leur famille. Ils peuvent ainsi les accompagner de la manière la plus adéquate possible (Obertelli et al., 2015).

4. Méthodologie

4.1. Méthode PICOT

Au départ de la méthodologie de notre travail, pour cibler notre revue de littérature et clarifier la question de recherche, nous avons déterminé dans un premier temps le type de question clinique (de type « intervention », explicité dans le chapitre 4.2), à l'origine de la méthode PICOT. C'est un terme mnémotechnique pour l'abréviation de Problématique/Patient, Interventions, Comparaison, Outcomes (Résultats) et Temps.

4.1.1. PICOT

4.1.1.1. Problématique / Patients

Nos recherches sur les différents concepts ont orienté notre problématique vers la prise en charge de patients atteints d'un infarctus du myocarde. Aux vues des données recueillies, selon le site et le graphique ci-dessous de l'Observatoire suisse de la santé (2014) :

> « Le nombre annuel moyen d'infarctus aigu du myocarde, sur la période 2007 à 2011, augmente avec l'âge, tant pour les femmes que pour les hommes. En moyenne sur ces années, les infarctus aigus du myocarde ont été diagnostiqués presque deux fois plus souvent pour les hommes (8'309 cas) que pour les femmes (4'466 cas). »

Nous avons donc choisi de centrer nos recherches sur le genre masculin à partir de l'âge de 50 ans.

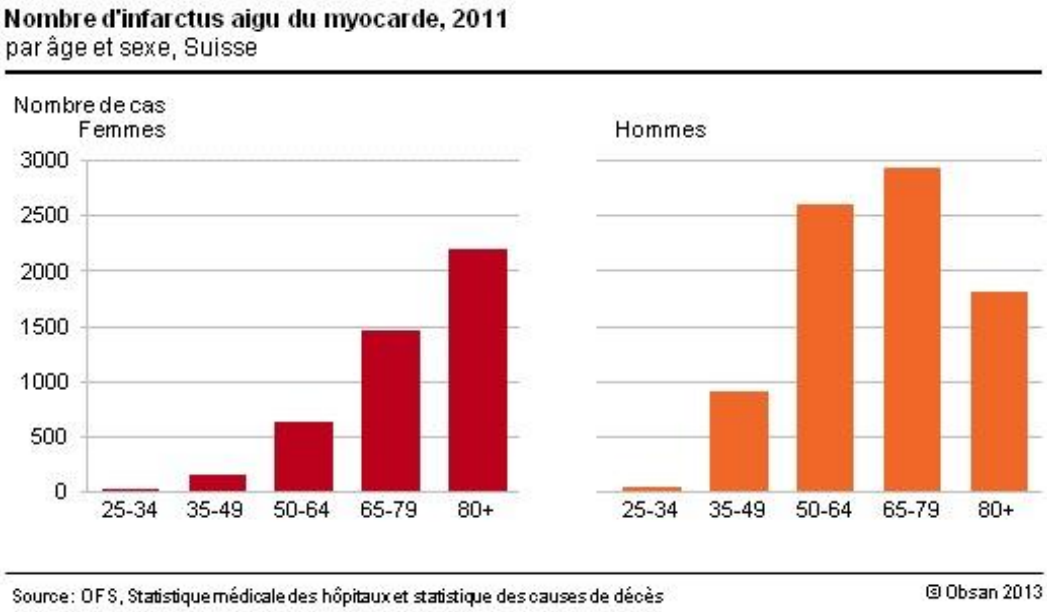

Figure 6 : Nombre d'infarctus aigu du myocarde (Observatoire suisse de la santé, 2014).

Bee, Gosselin et Boyd (2011), parlent d'âge adulte moyen. C'est à cette période de la vie que les habitudes de vie et les facteurs personnels ont une importance primordiale pour le maintien de la santé et du bien-être des individus. Bien que ceux-ci soient importants à tout âge pour diminuer le risque de mortalité, d'autres facteurs deviennent significatifs à l'âge adulte moyen et expliquent l'impact des maladies cardio-vasculaires sur cette tranche d'âge de la population.

Le soutien social possède un effet bénéfique sur l'état de santé de l'individu, car il le protège face à l'exposition à un stress intense, comme la mort d'un proche ou une rupture conjugale. Comme décrit précédemment dans ce travail, le stress psycho-affectif décrit par Selye est considéré comme un facteur de risque cardio-vasculaire majeur. Les effets psychologiques sont importants et possèdent un impact certain sur la santé

de l'individu. En cas de divorce par exemple, en plus du risque augmenté de maladies et de troubles affectifs, une situation économique qui devient instable au moment de la rupture, peut s'avérer difficile à gérer par la suite pour la personne. Enfin, le manque de soutien social peut conduire à un sentiment d'échec accompagné d'une baisse de l'estime de soi et ainsi péjorer davantage l'état de santé de la personne (p.358).

Toujours selon Bee et al. (2011), outre le soutien social, le sentiment de maîtrise est également un facteur à prendre en compte à l'âge adulte moyen, en lien avec la notion d'efficacité personnelle développée par Bandura et citée précédemment dans ce travail comme une base de la théorie de Pender. Des comportements de santé adéquats vont permettre d'accentuer la motivation personnelle de l'individu. Tandis qu'à l'inverse, une attitude pessimiste va renforcer l'idée que se crée la personne qu'il n'y a pas de solutions possibles pour lutter face à un stress intense ou une maladie. Elle va ainsi développer des stratégies d'adaptations inefficaces qui peuvent conduire à une augmentation du risque cardiovasculaire, et pourrait engendrer une baisse de motivation dans la prise en charge de son plan thérapeutique si une maladie devait survenir (p.358).

Ainsi, l'adulte d'âge moyen tel qu'il est ciblé dans notre revue de littérature est susceptible d'être affecté par une multitude de facteurs qui ont tous un impact sur sa santé et son bien-être. Les facteurs cardiovasculaires majeurs tels que le tabagisme, la dyslipidémie et l'hypertension artérielle ne

Clicours.COM

sont donc pas les seuls aspects à prendre en compte pour garantir un maintien de la santé et du bien-être des individus.

4.1.1.2. Interventions

Les interventions ciblées dans notre recherche sont directement liées à la pratique de l'éducation thérapeutique auprès de la population déterminée précédemment. Il s'agit de cibler quelles sont les mesures et les actions infirmières qu'il est possible de mettre en place et ainsi d'éviter le risque de récidives cardio-vasculaires avec les complications qui y sont reliées. Le niveau de prévention associé à cette démarche correspond donc à une prévention tertiaire. Etant donné que nous avons tous trois rencontrés un grand nombre de cas d'infarctus du myocarde en milieu de soins tel que des services de médecine, de chirurgie, de soins intensifs et d'urgences, notre cadre d'intervention se centre sur les soins aigus.

4.1.1.3. Comparaison

Il s'agit de comparer l'impact sur le taux de récidive lors d'une suite de prise en charge de la population ciblée en hôpital, en centre de réadaptation cardiaque ou face à un retour à domicile.

4.1.1.4. Outcomes

Dans un premier temps, ce travail a pour but de mettre en évidence l'impact bénéfique de l'éducation thérapeutique au patient. Il s'agit donc d'observer si les résultats souhaités correspondent à la diminution

significative du risque de récidives des infarctus du myocarde et à l'amélioration de la prise en charge des patients présentant cette pathologie.

4.1.1.5. Temps

Selon Keller, Golay, Lerch et Mach (2008), une personne ayant subi d'un événement cardiovasculaire sur sept va subir une récidive douze mois après son premier incident (p.5). Notre recherche d'intervention s'effectue durant cette première année post-hospitalisation.

4.2. Elaboration de la question de recherche

Notre volonté de travailler avec l'éducation thérapeutique en lien avec les coronaropathies nous oriente vers une question de type « intervention ». Selon Melnyk et Fineout-Overholt (2013), la question de type « intervention » relate l'action d'intervenir et de chercher des réponses concrètes et utiles aux professionnels de la santé qui doivent prendre des décisions, afin d'étudier la relation de cause à effet. À ce titre, voici donc notre question de recherche :

« Chez les hommes âgés de plus de 50 ans ayant subi un infarctus du myocarde, quelle est l'efficacité de l'éducation thérapeutique au patient au niveau de la prévention tertiaire dans une prise en charge en réadaptation cardiaque par rapport à un retour à domicile post-hospitalisation dans la réduction des risques de récidives cardio-vasculaires dans la première année post-infarctus ? »

4.3. Critères de sélection des articles

4.3.1. Recherche et traduction des mots-clés

Afin de déterminer les mots clés qui seraient utilisés pour notre recherche, nous avons premièrement déterminé les termes les plus pertinents en lien avec notre question PICOT mise en évidence ci-dessus. Il en est ressorti comme principaux termes ; « post-infarctus du myocarde », « éducation thérapeutique », « prévention tertiaire », « centre de réadaptation », « retour à domicile » et « efficacité » parmi les 11 retenus (Chapitre 8.1, Appendice A, première ligne du tableau). Nous les avons par la suite traduit en anglais grâce au site Grand dictionnaire terminologie » (Office québécois de la langue française, 2015) et y avons ajouté des définitions similaires ainsi que des synonymes susceptibles d'être également utilisés pour la recherche d'articles. Dans un troisième temps, tous ces mots furent introduits sur les sites de la National Library of Medicine (2015) et dans les thésaurus des bases de données « OvidSP » afin d'en définir respectivement les descripteurs MesH et les descripteurs OVID ; termes définitifs dont nous nous sommes servis pour notre recherche de littérature et qui sont également référencés dans le même tableau.

4.3.2. Filtres utilisés selon les bases de données

Les filtres utilisés dans les bases de données constituent une partie de nos critères de sélection d'articles afin d'affiner notre recherche et de ne

sélectionner ainsi que les articles les plus pertinents. Les filtres listés dans l'appendice B chapitre 8.2, sont les principaux disponibles sur les bases de données. De sorte à optimiser nos recherches, le nombre de filtres utilisés dépend du nombre d'articles proposés pour chaque base de données.

4.3.3. Niveau de preuve hiérarchique et facteur d'impact

Depuis une trentaine d'années déjà, le domaine des soins utilise l'Evidence Based Practice (la pratique des soins fondée sur des niveaux de preuves) afin que les professionnels de la santé puissent baser leurs pratiques sur des données de littérature scientifique de haut niveau. Ce modèle prit naissance dans les années 1980 suite à l'augmentation du nombre de publications et de recherches scientifiques. Il devenait donc nécessaire de les prendre en compte dans la pratique professionnelle quotidienne (Centre Cochrane Français, 2011).

Les soins infirmiers quant à eux se basent sur une pratique appelée Evidence Based Nursing (EBN) qui se traduit actuellement par des soins infirmiers fondés sur des preuves. Cet outil permet aux infirmiers de se référer à des expériences valides afin de faire face aux nombreux choix thérapeutiques auxquels ils sont confrontés dans la prise en charge des patients (Centre Cochrane Français, 2011).

A travers notre recherche d'articles scientifiques pour l'analyse de notre problématique, nous avons utilisé deux critères supplémentaires de sélection : le niveau de preuve et le facteur d'impact.

Le niveau de preuve se définit comme la véracité des articles scientifiques fournis par la littérature. Selon DiCenso et al. (2005), il se définit dans un ordre bien précis, représenté ici sous la forme d'une pyramide (p.34).

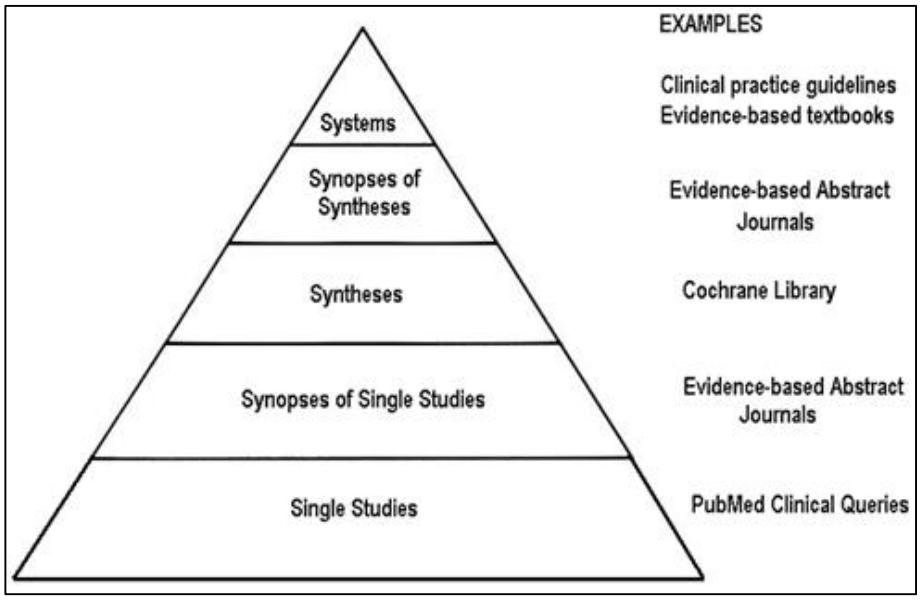

Figure 7 : Niveau de preuve hiérarchique (Haynes, 2001 ; dans DiCenso et al., 2005).

En base de pyramide se trouve les études simples qui n'ont qu'un faible niveau de preuve comme des requêtes cliniques de PubMed ou des recherches de Google Scholar. Au sommet de celle-ci se trouve par contre les guidelines de pratique clinique ainsi que des livres basés sur des preuves probantes. Ceux-ci possèdent donc le niveau de preuve le plus élevé.

Le facteur d'impact est, quant à lui, un outil servant à identifier la fréquence à laquelle un article, une revue ou un journal donné est cité sur une année. Il se présente sous la forme d'un indice, un nombre qui est utilisé pour évaluer ou comparer l'importance d'une revue par rapport à une autre. Il a pour but d'identifier la plus pertinente et donc celle ayant un niveau de preuve plus élevé. C'est un des outils qui nous a permis de mesurer la valeur scientifique de nos articles et ainsi de travailler avec des supports ayant un facteur d'impact égal ou supérieur à 1.5. De ce fait, nous avons la certitude que le choix de nos articles est pertinent vis-à-vis de notre sujet de recherche et que ce sont des articles présentant une véracité élevée. Les informations qu'ils contiennent sont donc vérifiées et reflètent au mieux la réalité de la pratique (Université Pierre et Marie Curie, 2012).

Le facteur d'impact se calcule ainsi :

$$\frac{Rapport\ entre\ le\ nombre\ de\ citations\ reçues\ sur\ 2\ ans}{Le\ nombre\ d'articles\ publiés\ dans\ le\ journal}$$

Afin de chercher ce facteur d'impact, nous avons principalement utilisé le moteur de recherche JCR (Journal Citation Reports).

4.3.4. Tableau récapitulatif de recherche et de sélection d'articles

Pour répertorier nos recherches dans les bases de données, nous avons élaboré un tableau récapitulant toutes les démarches réalisées avec les différents descripteurs dans chacune des bases de données (Appendice C, Chapitre 8.3).

Il contient une première colonne qui spécifie les descripteurs utilisés ainsi que leur combinaison. Il s'en suit deux colonnes dans lesquelles nous inscrivons le nombre d'articles trouvés dans un premier temps, puis le nombre restant suite à l'ajout de filtres. Les chiffres contenus dans les deux colonnes suivantes nous indiquent le nombre d'articles que nous retenons selon le titre et à la suite de la lecture des résumés.

Une fois les articles sélectionnés, nous avons cherché le niveau de preuve hiérarchique ainsi que l'impact factor pour chacun d'entre eux. Ce sont ces deux critères qui nous ont permis de finalement noter dans une dernière colonne si l'article était définitivement retenu ou non.

Il est évident que les articles ne répondant pas aux critères de sélection mentionnés dans le chapitre 4.3 ont été exclus de notre revue de littérature.

4.4. Analyse des articles

Selon Fortin et Gagnon (2010), l'analyse et l'évaluation des publications de recherche sont des étapes essentielles au processus de recherche. Elles mettent à disposition deux grilles d'analyses applicables aux études quantitatives et qualitatives comportant certains critères.

Elles sont relativement similaires, si ce n'est qu'elles diffèrent dans la façon de présenter le contenu. Dans le cadre de notre travail de Bachelor, cela nous a permis de sélectionner les articles significatifs pour notre revue de littérature en analysant l'état du problème de recherche, les étapes de

réalisation des études et les interprétations qui ressortent des résultats (p.87).

La finalité de cette analyse critique d'articles, mais également celle de ce travail de Bachelor, est de trouver des réponses à notre question de recherche. Cependant, pour qu'elles soient pertinentes, il faut que la grille de Fortin fasse ressortir dans nos articles davantage de forces (adhésions de l'auteur aux critères d'évaluations scientifiques) que de faiblesses (obstacles potentiels entravant l'intégrité de l'étude).

ClicCours.com

5. Synthèse des résultats et discussion

5.1. Synthèse des résultats des articles retenus

Les résultats des études analysées sont présentés ci-dessous sous forme de synthèse narrative. En appendice E au chapitre 8.5 se trouve un tableau récapitulatif permettant ainsi d'avoir un aperçu global des résultats trouvés.

5.1.1. Données statistiques : Facteurs de risque et habitudes de vie

Kosteva et al. (2015), dans leur enquête EUROASPIRE IV, constatent qu'une large majorité des patients atteints de coronaropathies en Europe n'arrivent pas à atteindre les objectifs thérapeutiques concernant les habitudes de vie et les facteurs de risque cardiovasculaire. Les auteurs mettent également en avant la sous-utilisation des services de réhabilitation et de prévention cardiaque. La précédente enquête EUROASPIRE III en 2009 démontrait que seul un tiers des patients européens accédait à de tels services, contre moins de la moitié en 2015. En termes de statistiques, 50.7% des patients ont été informés de la possibilité de participer à une réhabilitation. Seul 81.3% de ces personnes ont été à au moins la moitié des séminaires organisés. Les similitudes avec la précédente étude concernant les facteurs de risque sont également évidentes et regrettables, car il n'y aura pas eu de progrès significatifs lors des six dernières années (ibid).

L'exemple le plus frappant reste l'arrêt tabagique où près de la moitié des consommateurs (49.3%) qui fumaient un mois avant leur syndrome coronarien, fument toujours, six mois à trois ans plus tard. Cependant, la

Clicours.COM

moitié (50.9%) déclare vouloir arrêter le tabac dans les six mois qui suivent l'entretien. L'arrêt tabagique apparaît comme étant le facteur clé aux yeux des Européens. Il est d'autant plus essentiel, quand Clark et al. (2009) avancent que le fait d'arrêter de fumer diminue les risques de mortalité de 46%.

Selon les critères, l'importance des facteurs varie ; passant de 93.4% pour le poids et l'hypertension (86.7%), à celle du cholestérol (48.9%), de la glycémie à jeun (49.6%) et du tour de taille (29.3%). Face à l'importance apportée à leur poids, une majorité de patients ont essayé de changer leur régime et d'augmenter leur activité physique, mais seulement 48.4% déclarent faire une activité physique vigoureuse de vingt minutes au moins une fois dans la semaine. Moins de la moitié (48.1%) des patients obèses ont suivi les recommandations diététiques (ibid).

Devant les échecs statistiques de la prévention des habitudes de vie et les facteurs de risque cardiovasculaire sur plusieurs années d'enquête, Kotseva et al. (2015) mettent en avant la sécurité et les résultats obtenus par la pharmacothérapie. La majeure partie des patients sont traités : 78.1% contre l'hypertension artérielle, 86.6% par des hypolipémiants, plus de neuf personnes sur dix par des antiagrégants plaquettaires, 75% par des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et plus de 80% par des bêtas-bloquants.

Certes, les résultats physiologiques sont démontrés et la pharmacothérapie constitue une réelle prévention des récidives

cardiovasculaires. Toutefois Giannuzzi et al. (2009) mentionnent qu'une inobservance dans la prise du traitement a lieu très rapidement, même dès la sortie de l'hôpital. Ceci s'explique par le fait que les patients qui n'atteignent pas leurs objectifs spécifiques aux facteurs de risque, vont très certainement arrêter de suivre scrupuleusement leurs traitements médicamenteux. Cela va régulièrement se traduire par une récidive d'un événement cardiovasculaire.

Cossette, D'Aoust, Mrin, Heppell et Frasure-Smith (2009) décrivent également le manque d'adhérence au plan thérapeutique, ce qui rend inefficace l'impact du traitement sur la prévention à long terme du risque de récidive, impact qui n'est pas abordé dans l'enquête EUROASPIRE IV. C'est pourquoi Kotseva et al. (2015) recommandent des modèles de programme comme l'étude GOSPEL qui amène une approche structurée et soutenue de la prévention et de la réhabilitation cardiaque (cf. chapitre 5.1.5).

5.1.2. Efficacité de l'éducation thérapeutique au patient

De manière générale et selon l'étude menée par Brown, Clark, Dalal, Welch et Taylor (2011) sur l'effet de l'éducation thérapeutique au patient, regroupant 13 études et plus de 68'000 patients, il ne semble pas y avoir d'impact direct significatif sur l'état de santé et les comportements des personnes atteintes de coronaropathie.

Selon Brown, Clark, Dalal, Welch et Taylor (2012), l'impact spécifique de l'éducation thérapeutique au patient n'est pas connu pour les patients

atteints de coronaropathies. Ceci s'explique par le fait que la plupart des études ajoutent un soutien psychologique ainsi qu'un plan d'entrainement physique pour optimiser les résultats. Les auteurs ont donc cherché à mettre en évidence des études qui ne comprenaient que l'éducation au patient comme intervention. L'évaluation compare ainsi deux groupes, avec et sans éducation au patient, en se basant sur les critères de mortalité, de morbidité, de la qualité de vie et sur les coûts de la santé pour évaluer l'efficacité. Malgré un suivi allant de douze à soixante mois, il n'y a pas de différence significative concernant la mortalité et il n'y a qu'une faible évidence indiquant une baisse de la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire. Le taux de réhospitalisation est également peu évident. Pour la qualité de vie, même si les auteurs ont réussi à lier certaines dimensions de changement en faveur du groupe d'intervention, ce lien reste trouble car il y a beaucoup de variables à prendre en compte. Seul 17% des études montrent un impact significatif. L'outil de mesure de la qualité de vie constitue la principale variable. Enfin, l'impact réellement significatif est le coût des interventions par patient. Même si le prix varie selon les études, en moyenne la réduction par rapport au groupe contrôle s'élève à 965$ US par patient pour un suivi de 6 mois et à 1610$ US par patient pour un suivi jusqu'à 24 mois.

Pour conclure, il nous parait tout à fait pertinent de reprendre les conseils de Brown, Clark, Dalal, Welch et Taylor (2011) postulant que l'éducation thérapeutique au patient pour la réhabilitation cardiaque ne

devrait pas inclure seulement des exercices physiques et un soutien psychologique mais plutôt un programme de prise en charge globale personnalisé [Traduction libre].

5.1.3. Motivations et participation

A travers l'analyse et la détermination des effets de multiples interventions auprès de patients, Davies et al. (2014) ont pu constater que ces interventions ont été efficaces pour une majorité de personnes grâce à une nette augmentation de la participation et de l'engagement de celles-ci dans un programme de réhabilitation cardiaque (42% - 86% face à 18 - 30% dans un groupe test sans intervention particulière). Cependant, il en est aussi ressorti que bon nombres de ces interventions n'avaient aucune répercussion significative sur le comportement des patients. Une étude analysée par les auteurs parlait même d'inutilité de ces programmes face à l'état de santé des patients et les facteurs de risque (Ibid).

Tous ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que Cossette et al. (2009) ont soulevé dans leur recherche le point suivant : si les patients attribuaient leur maladie à des causes pour lesquelles ils avaient peu de contrôle, il y avait peu de potentiel pour le changement comportemental. Les auteurs mettent donc en évidence le besoin d'une intervention abordant les représentations individuelles des patients quant à leur maladie mais qui doit également inclure des informations standards sur de nombreux points

(symptômes, complications, médication, facteurs de risque et modifications, réhabilitation, activités physiques, régimes, propos psychologiques, etc.).

Dans cette optique toujours, Tulloch et al. (2009) ont investigué les facteurs cognitifs qui influencent la motivation des patients à se protéger que nous pouvons retrouver dans la théorie de Nola Pender et son « Health Belief Model » au chapitre 2.2.2. (vulnérabilité et sévérité perçue, efficacité de la réponse et auto-efficacité). Il s'agit alors de comprendre la prise de décisions concernant la santé et les comportements des patients face à la réalisation d'exercices et d'activités à travers une théorie de prédiction d'évènements ; la théorie de la motivation de la protection. Les auteurs ont ainsi constaté que les intentions peuvent être prédites grâce à cette théorie uniquement lorsqu'elle est appliquée à court terme. Grâce à cela et de manière générale, ils s'aperçoivent que les participants croient tout de même en leur capacité de s'exercer malgré les barrières rencontrées (croyances amplifiées suite à l'augmentation de la confiance en soi au fil du temps). L'auto-efficacité et l'efficacité de réponse sont donc des points forts de prédiction d'intentions d'exercice et de comportement. Leurs résultats ont aussi montré que les patients qui croyaient que leur maladie cardiaque était très sérieuse, avaient des intentions plus hautes d'être actifs et des taux d'activité effectivement plus grands. Cependant, il ressortait aussi, qu'une fois les patients de retour à domicile, les niveaux de gravité perçue avaient baissé, tandis que la vulnérabilité perçue avait augmentée, diminuant ainsi les intentions de changement de comportement. Ainsi, Tulloch et al. (2009) suggèrent que

les croyances des patients atteints de pathologies cardiaques ont un important impact sur les intentions d'activités et les comportements de santé de ceux-ci.

Suite à ces premiers résultats, il semblerait que les interventions proposant des communications motivationnelles (lettres, contacts téléphoniques ou électroniques, visites à domicile) et la présence d'une infirmière de liaison pour la coordination des soins permettent d'augmenter significativement la participation des patients à une réhabilitation cardiaque (Davies et al., 2014). De plus, le simple fait de demander aux patients quelles étaient leurs intentions, de les identifier formellement et de réaliser une planification détaillée de la façon de mettre en œuvre le comportement désiré augmenterait la probabilité d'arriver au comportement souhaité et donc à des niveaux d'activités plus hauts (Ibid). Enfin, Tulloch et al. (2009) ont exposé le fait que, contrairement aux croyances populaires, la tactique qui favoriserait les perceptions de menace ne fonctionne pas et serait improductive.

Face à ces précisions, nous pouvons à nouveau relier ceci à l'étude menée par Cossette et al. (2009), qui ont développé et testé une nouvelle intervention infirmière basée sur trois entretiens individualisés (un avant la sortie et deux en post-hospitalisation). Il en est ressorti que, tandis qu'ils étaient toujours hospitalisés, les patients rapportaient que les facteurs de risque incriminés le plus souvent étaient l'hérédité et l'hypercholestérolémie suivi par le stress et le surpoids. Face à cela, l'amélioration des habitudes de

vie était le but le plus souvent rapporté. Cependant, les auteurs ont soulevé le problème suivant ; le nombre de patients voulant modifier leurs habitudes de vie a diminué lors du retour à domicile. Ils l'expliquent par le fait que lorsque les personnes sortent de l'hôpital, elles ont tendance à diminuer leurs besoins en informations et en suivis. Ce point favoriserait ainsi un rallongement du temps d'hospitalisation et/ou de l'intervention en post-hospitalier (Ibid). Cosette et al. (2009) ont donc construit leurs entretiens sur ces informations et notent qu'il semble important de traiter des aspects cliniques avant la sortie de l'hôpital tandis que les questions de modification de facteurs de risque apparaissent naturellement une fois les patients sortis de l'hôpital. Ils spécifient ainsi que les besoins informationnels évoluent dans la trajectoire de la maladie et il est donc nécessaire d'étendre l'intervention après la période d'hospitalisation pour que toutes les informations soient transmises et intégrées par les patients au moment approprié. Nous apprenons aussi que l'accident subit par les patients entraîne un stress certain qui pourrait empêcher, en partie, les patients de retenir les informations fournies durant la courte période d'hospitalisation.

5.1.4. Comparaison domicile / soins en hôpital / centre de réhabilitation cardiaque

Il s'agit ici d'analyser et de comparer l'efficacité et la pertinence de soins dispensés soit à l'hôpital, à domicile ou encore en centre de réhabilitation

cardiaque. En ce qui concerne les soins en hôpitaux, il s'agit de programmes d'accompagnement de base dispensés dans la majorité des services. Pour ce qui est des centres de soins spécialisés en réhabilitation cardiaque, de multiples interventions sont misent en place, que ce soit par le biais de programmes de suivi strict incluant des exercices physiques, un soutien psychologique, des thérapies de groupes ou de l'enseignement thérapeutique sur les facteurs de risque. Il en est de même pour la prise en charge à domicile avec la mise en place d'un journal de bord, de contacts téléphoniques, de visites d'infirmiers à domicile et de cours d'éducation thérapeutique par exemple.

Les principaux points de comparaison qu'il est possible de faire et qui sont présents dans ces trois analyse sont les suivants : le taux de mortalité, les risques de récidives, la qualité de vie, les coûts de santé et la participation des patients aux programmes de réhabilitation cardiaque.

Pour Clark et al. (2009) ainsi que pour Dalal, Zawada, Jolly, Moxham et Taylor (2010) le taux de mortalité change de manière non significative et ce, pour toutes les prises en charge reçues par les patients. Il semblerait que les comportements des patients ainsi que leurs implications dans un programme spécifique n'aient pas d'effet sur le taux de mortalité.

Cependant et à l'inverse, Heran et al. (2014), expriment une baisse notable du taux de mortalité chez les patients participants à des programmes de réhabilitations cardiaques basés sur des exercices physiques principalement. Ces résultats seraient explicables par les nombreux bénéfices

qu'apporte la pratique régulière d'exercices physiques sur la vascularisation des artères coronaires, sur la demande d'oxygène du muscle du myocarde, sur la fonction endothéliale cardiaque et sur le développement de vaisseaux collatéraux coronariens. De plus, il y aurait une baisse importante des facteurs de risque reliée au développement de maladie de type athérosclérose de par la pratique quotidienne d'exercices physiques.

Pour ce qui est du risque de récidive cardiovasculaire, les résultats sont significativement différents d'une étude à une autre. Selon Clark et al. (2009), les interventions à domicile réduisent de 9% les risques de récidives cardiovasculaires comparées à des soins de base alors que la comparaison entre des soins en centre de réhabilitation et des soins à domicile n'a pas montré de différence significative. L'étude conduite par Heran et al. (2014) ne parle pas spécifiquement de risques de récidives cardiovasculaires mais, par contre, traite du taux de réhospitalisation post-maladie coronarienne. De ce fait, il est intéressant de voir un taux de réhospitalisation inférieur chez les patients participant à un programme de réhabilitation cardiaque basé sur des exercices physiques alors qu'il reste stable pour des patients recevant des soins de base en hôpital comparé au groupe test. Enfin, en s'appuyant sur les résultats de Dalal, Zawada, Jolly, Moxham et Taylor (2010), il ne semble pas y avoir de différence entre les programmes de réhabilitation en centre et ceux à domicile. A noter que cette étude ne parle pas spécifiquement de récidive cardiaque mais plus généralement d'événements cliniques en tout genre.

Measure of HRQoL	Mean (SD) outcome values at follow-up		P value	Difference between groups*
	Home	Centre		
Bell et al,[30] 1998 at 10.5 month follow-up				
Nottingham health profile:				
Energy	18.6 (28.4)	17.3 (30.7)	0.78†	Home = centre
Pain	6.6 (15.3)	7.4 (15.5)	0.74†	Home = centre
Emotional reactions	6.6 (15.3)	7.4 (15.5)	0.74†	Home = centre
Sleep	6.6 (15.3)	16.9 (22.8)	0.0007†	Home < centre
Social isolation	3.7 (13.6)	6.7 (15.0)	0.18†	Home = centre
Physical mobility	6.9 (13.5)	9.1 (15.9)	0.33†	Home = centre
Arthur et al,[36] 2002, Smith et al,[33] 2004				
At 6 month follow-up:				
SF-36	51.2 (6.4)	48.6 (7.1)	0.003†	Home > centre
PCS				
MCS	53.5 (6.4)	52.0 (8.1)	0.13†	Home = centre
At 18 month follow-up:				
SF-36				
PCS	48.3 (11.7)	47.6 (11.7)	0.67†	Home = centre
MCS	53.0 (10.9)	50.2 (10.9)	0.07†	Home = centre
Marchionni et al,[31] 2003				
SIP at 2 month follow-up	2.83 (14.5)	4.71 (11.1)	0.09†	Home = centre
SIP at 8 month follow-up	2.83 (14.5)	3.40 (11.1)	0.61†	Home = centre
SIP at 14 month follow-up	2.00 (8.3)	3.70 (11.8)	0.06†	Home = centre
Dalal et al,[21] 2007, Taylor et al,[31] 2007				
At 9 month follow-up:				
MacNew global score	5.61 (1.14)	5.54 (1.10)	0.71	Home = centre
EQ-5D	0.74 (0.04)	0.78 (0.04)	0.57	Home = centre
Jolly et al,[22] 2007				
At 6 month follow-up:				
EQ-5D	0.74 (0.26)	0.76 (0.23)	0.37	Home = centre
SF-12				
PCS	42.28 (10.9)	42.56 (10.8)	0.8	Home = centre
MCS	49.19 (10.1)	50.33 (9.6)	0.3	Home = centre
EQ-5D at 12 month follow-up	0.74 (0.27)	0.76 (0.23)	0.52†	Home = centre
EQ-5D at 24 month follow-up	0.73 (0.29)	0.75 (0.26)	0.39†	Home = centre

MCS=mental component score; PCS=physical component score; SF-12=short form 12 item survey; SF-36=short form 36 item survey; SIP=sickness impact profile.
*Home = centre: no significant difference (P>0.05) in HRQoL (health related quality of life) between home and centre based groups at follow-up; home > centre: significant (P≤0.05) higher HRQoL in home *v* centre based groups at follow-up; home < centre: significant (P≤0.05) lower HRQoL in home *v* centre based groups at follow-up.
†Calculated by authors of this report based on independent two group *t* test.

Figure 8 : Résumé des scores de qualité de vie à domicile / en centre de réhabilitation (Dalal, Zawada, Jolly, Moxham & Taylor, 2010).

En ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie et comme on peut le voir dans le haut du tableau proposé ci-dessus, la différence entre les patients à domicile ou en centre de réhabilitation est infime. Pour la plupart des items choisis comme points de repères tels que la douleur, l'énergie, l'isolement social ou encore la mobilité physique, les recherches montrent une quasi égalité des résultats.

Clicours.com

Cependant, deux autres études montrent des résultats opposés à ceux précédemment cités. En effet, Clark et al. (2009) et Heran et al. (2014) explicitent une élévation significative de la qualité de vie des patients mais sur le court terme uniquement, c'est-à-dire moins de douze mois. Il semblerait qu'une fois ce délai passé, les résultats et la différence diminuent.

Actuellement, la maîtrise des coûts de la santé passe par des prestations régulées et tarifées donnant droit à un forfait par patient. De ce fait, il était impossible, pour nous, de ne pas parler des coûts de ces différents programmes de réhabilitation.

De manière générale, il semble que les différents programmes d'intervention, que ce soit en hôpital, en centre de réhabilitation cardiaque ou à domicile n'influencent que très peu l'état de santé général des patients de même que leur participation à ces derniers.

Seules deux des études de Clark et al. (2009) et Dalal, Zawada, Jolly, Moxham et Taylor (2010) abordent le volet des coûts de la santé. Il en ressort de manière globale que la prise en charge à domicile est légèrement moins onéreuse que celle en centre de réhabilitation ou en hôpital. Ceci peut être expliqué par la réduction du personnel nécessaire à domicile, la diminution des moyens auxiliaires de santé utilisés, l'évitement de coût d'hébergement et une baisse de la consommation des ressources de soins.

Les trois prises en charge (en hôpital, en centre de réhabilitation cardiaque ou à domicile) ont beaucoup de similitudes en ce qui concerne les interventions mais le cadre et l'influence de ce dernier sur les patients est

parfois importante. D'après Dalal et al. (2010), il semblerait que le facteur le plus important et ayant donc le plus d'impact sur la santé des patients soit le choix volontaire de ces derniers d'un programme de soins personnalisé. En effet, les patients ayant le choix de s'inscrire dans un programme qui leur convient et qui correspond à leurs rythmes et habitudes de vie auraient une participation et une implication bien supérieure aux patients qui reçoivent des soins de base en hôpital par exemple.

5.1.5. Etudes avec un programme compréhensif

Deux études sont décrites comme appartenant à un modèle behavioriste (ou comportementaliste), permettant ainsi d'améliorer la participation des patients dans la prise de décision qui affecte la gestion de leur pathologie. Les résultats de l'étude CHOICE (Choice of Health Options in Prevention of Cardiovascular Events) mis en avant par Redfern, Briffa, Ellis et Freedman (2009) montrent une amélioration significative des facteurs de risque comme le cholestérol total, la pression artérielle systolique, l'indice de masse corporelle et l'activité physique. Comme dans la figure ci-dessous, après un an de suivi, 21% du groupe CHOICE possède encore trois facteurs de risque ou plus, contre 72% dans le groupe de contrôle.

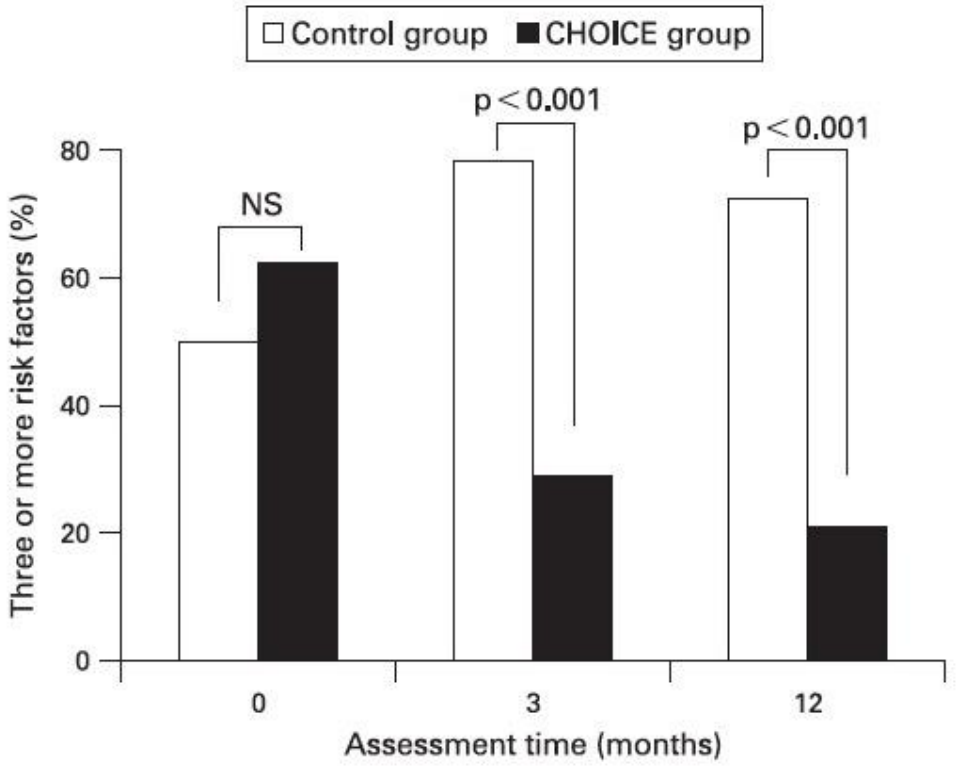

Figure 9 : Proportion de patients avec trois facteurs de risque modifiables ou plus sur une année de suivi (Redfern, Briffa, Ellis et Freedman, 2009).

La figure 10 illustre un résultat encore plus encourageant qui montre que le groupe CHOICE continue d'augmenter son activité physique, même après douze mois de suivi. Cela n'est pas le cas pour les patients du groupe de contrôle qui, même s'ils possèdent moins d'antécédents cardiovasculaires et ont un taux plus faible de facteurs de risque, obtiennent un pic au bout de trois mois de suivi avant de redescendre rapidement en intensité physique. Cela s'explique par la corrélation entre les connaissances des patients et leurs capacités à atteindre les objectifs fixés.

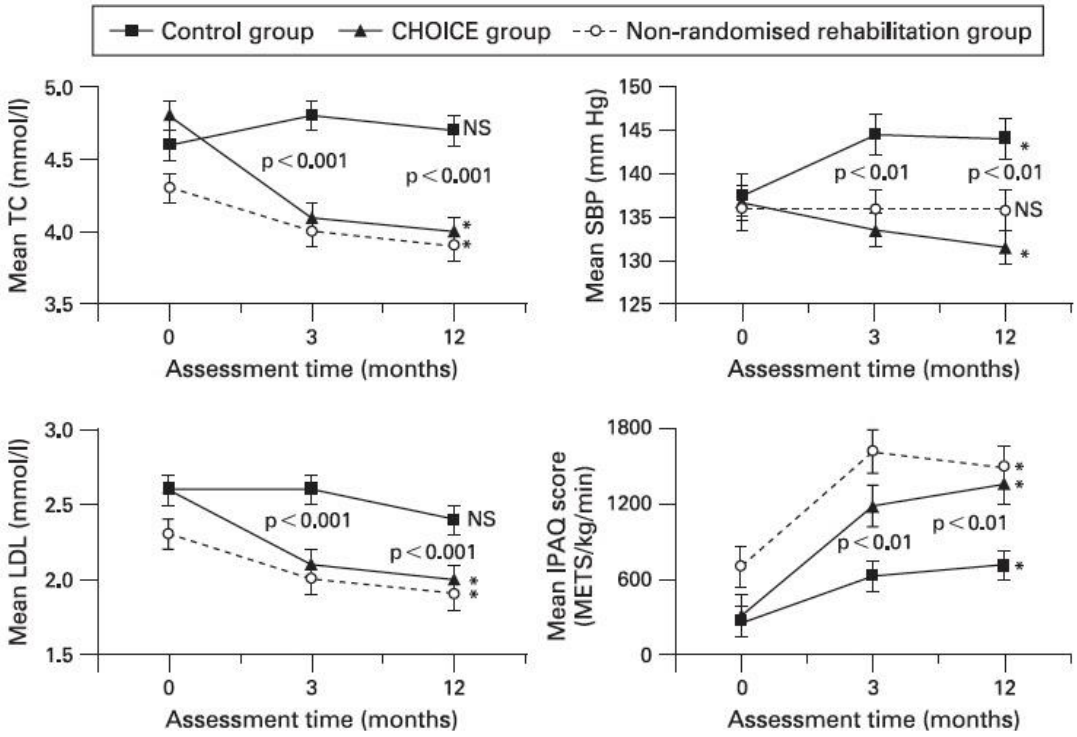

Figure 10 : Taux de changement du cholestérol total (TC), du LDL-cholestérol (LDL), de la pression artérielle systolique (SBP) et de l'activité physique (IPAQ = International Physical Activity Questionnaire) (Giannuzzi et al., 2008).

Le programme de l'étude CHOICE permet à chaque patient de faire ses propres choix, tout en étant guidé dans la gestion de sa maladie. Cela conduit indubitablement à une amélioration des connaissances de sa pathologie et des facteurs de risque, qui va renforcer l'orientation active du patient vers un meilleur état de santé général et vers une meilleure qualité de vie.

Les résultats de l'étude GOSPEL mis en avant par Giannuzzi et al. (2008) montrent que la mortalité totale a diminuée de 21% après l'instauration d'interventions behavioristes intensives tirées du programme multifactoriel, avec un suivi éducatif construit par une équipe spécialisée (infirmiers

spécialisés en cardiologie, physiothérapeutes, cardiologues et psychologues au besoin). Les effets sur les habitudes de vie (comme l'activité physique, le régime méditerranéen et la gestion du stress) sont également significatifs et les changements se maintiennent sur plus de trois ans. Les différences sont moins significatives, mais toujours en faveur du groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle en ce qui concerne l'indice de masse corporelle, l'arrêt tabagique et la pression artérielle.

C'est une avancée majeure par rapport aux modèles conventionnels de réhabilitation et de prévention cardiaque, car c'est la première étude sur plus de 3200 patients qui se montre efficace dans la réduction des événements cardiovasculaires. Cette amélioration peut s'expliquer par l'intensité des interventions et sur la prévention maintenue à long terme, prévenant ainsi la détérioration des facteurs de risque cardiovasculaire tout en maintenant le changement de comportement.

5.2. Résultats en regard de la question PICOT

En lien avec les nombreux résultats qui figurent dans le chapitre 5.1 et suite à la réflexion portée face à notre question de recherche : « Chez les hommes âgés de plus de 50 ans ayant subi un infarctus du myocarde, quelle est l'efficacité de l'éducation thérapeutique au patient au niveau de la prévention tertiaire dans une prise en charge en réadaptation cardiaque par rapport à un retour à domicile post-hospitalisation dans la réduction des

risques de récidives cardio-vasculaires dans la première année post-infarctus ? », nous pouvons dégager certaines pistes de réponse :

Premièrement, en termes de comparaison de prise en charge des centres de réhabilitation cardiaque, des programmes à domicile et des soins prodigués à l'hôpital, nous n'avons constaté aucune différence significative. Néanmoins, ces deux méthodes apportent de nombreux bénéfices sur l'état de santé global des patients atteints de coronaropathies. Les risques de récidives cardiovasculaires sont légèrement diminués de par l'implication des patients dans leur programme de réhabilitation, ainsi que par l'amélioration de leurs comportements de santé au quotidien. Deuxièmement et vis-à-vis du niveau de prévention choisi, nous pouvons appuyer l'efficacité de ce type de prise en charge qui vise à améliorer le pronostic en minimisant les séquelles et en diminuant les risques de rechutes. Troisièmement, l'efficacité de l'éducation thérapeutique au patient est démontrée dans la mesure où elle n'est pas appliquée seule. Dans notre revue de littérature, nous avons pu observer que son impact est amélioré lorsqu'elle fait partie d'un programme individualisé et complet de réhabilitation, intégrant suivis médico-infirmiers, exercices physiques, soutiens psychologiques et éducation thérapeutique.

Toujours en lien avec notre question de recherche, nous nous sommes rendu compte qu'elle n'était pas entièrement adaptée à notre revue de littérature. Même si la totalité des articles que nous avons analysé sont en lien avec notre problématique, ils ne contiennent pas toutes les caractéristiques de la méthodologie « PICOT ». Cela s'explique par la

spécificité de notre question, qui cible une pathologie, une population et un niveau de prévention bien précis. En effet, nous nous sommes aperçu que certaines études menées englobent toutes les maladies cardiovasculaires et ne traitent pas spécifiquement de l'infarctus du myocarde, bien que celui-ci corresponde à la pathologie la plus représentée.

Pour ce qui est de la population ciblée, nous avons constaté qu'il était difficile de trouver des études dont le groupe cible était composé uniquement d'homme âgés de plus de 50 ans. Généralement, les personnes participant à ces études étaient des adultes, tout genre confondu avec une majorité masculine, dont la moyenne d'âge était d'une soixantaine d'années.

En ce qui concerne les niveaux de prévention, nous nous sommes basés sur la théorie de Gutzwiller et Paccaud (2009) pour sélectionner le niveau de prévention tertiaire, qui a pour but principal de diminuer les risques de récidives. Or, certaines études placent leurs interventions à un niveau de prévention secondaire, bien que les résultats souhaités soient les mêmes.

Le temps de suivi des patients après un événement cardiovasculaire choisi correspond majoritairement à ce qui a été réalisé dans les études des articles sélectionnés (certaines allant même au-delà de l'année fixée).

Ainsi, pour des raisons méthodologiques, la question de type « PICOT » se voulait très restrictive mais ne correspond pas entièrement à la réalité des recherches menées sur les bases de données. Nous avons délibérément choisi de ne pas modifier la question lors de notre revue de littérature, mais d'en faire présentement la critique.

5.3. Perspectives pour la pratique infirmière

Dans le contexte actuel de séjours hospitaliers toujours plus courts, il est devenu plus difficile d'accompagner de façon optimale le patient ayant subi un infarctus du myocarde pendant son hospitalisation, au travers de son éducation et dans son autonomie de prise en charge. Il est donc impératif pour les infirmières et les autres professionnels de santé de concevoir de nouvelles interventions qui commenceraient durant l'hospitalisation et qui pourraient s'étendre dans la période post-hospitalisation. Ainsi, dans ces délais toujours plus courts, l'éducation thérapeutique aux patients présente un nouveau défi infirmier qui est en première ligne pour amorcer et porter ces changements (Cossette et al. 2009).

C'est une démarche qui est nécessaire et pertinente puisque les maladies coronariennes sont une cause majeure de la mortalité et de la morbidité de nos jours. De plus, bien que des programmes de réhabilitation cardiaque réduisent les risques de récidives et soient proposés à toutes les personnes concernées, seuls peu de patients s'engagent dans ces programmes ; une nouvelle démarche avec des interventions personnalisées selon les représentations individuelles des patients est donc nécessaire (Ibid).

Vu que cette réhabilitation est un outil important qui est trop souvent laissé de côté, il s'agit actuellement de chercher et de trouver des moyens pour maximiser son utilisation (Davies et al., 2014). Des programmes de prévention en ce sens ont été mis en place et leurs efficacités ont été

démontrées sur de nombreux plans, dont le taux de récidives d'événements cardiovasculaires. En termes de perspectives pour la pratique infirmière, il s'agit de répondre de façon individualisée aux besoins de la population des patients atteints de coronaropathies. Le rôle propre infirmier est primordial, car selon Scherrer-Burri et Meyer (2015) il permet non seulement de gérer les facteurs de risque cardiovasculaire, mais surtout d'accompagner la personne dans la compréhension sa maladie pour lui permettre ainsi de s'y adapter (p.79). Devant les évidences scientifiques d'efficacité de l'éducation thérapeutique, des consultations infirmières peuvent être ainsi mises en place, comme c'est le cas aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Toujours selon Scherrer-Burri et Meyer (2015), il s'agit d'offrir un moment individuel de partage et d'écoute sur ce que la personne à vécu émotionnellement. L'entourage peut également être sollicité dans un second temps. Il est également essentiel d'évaluer la compréhension de la maladie et l'impact que celle-ci prend, de part sa chronicité, sur les activités de la vie quotidienne de la personne. Cela permet de travailler sur les facteurs de risque cardiovasculaire à moyen et long terme, en valorisant et en respectant les choix de la personne, tout en renforcant sa motivation à se prendre en charge. Ainsi le personnel infirmier constitue un rôle central, de sorte à ce que la personne réussisse à s'adapter à sa maladie, tout en gardant une motivation à assurer la continuité de son suivi (chez son médecin traitant et/ou un centre de réadaptation), facteur essentiel pour diminuer les risques de récidives d'événements cardiovasculaires (p.80).

6. Conclusion

Clicours.COM

6.1. Apports du travail

6.1.1. Apprentissages théoriques

Arrivés à la fin de notre travail, nous pouvons facilement affirmer que ce dossier nous a apporté de nombreuses connaissances théoriques, notamment en qui concerne la recherche scientifique et la lecture critique d'articles en anglais. En effet, ce travail nous a demandé de remobiliser et d'associer tous les savoirs acquis séparément dans le domaine durant nos trois années de Bachelor. De plus, nous avons pu approfondir et nous approprier des bases solides relatives au sujet que nous avons traité (comme par exemple les coronaropathies, les programmes de réhabilitation cardiaques et l'éducation thérapeutique). Les nombreuses recherches littéraires effectuées à ce niveau étaient nécessaires pour pouvoir traiter la question et objectiver les résultats obtenus. Tous ces apports combinés nous ont apporté un réel éclairage sur la problématique actuelle ciblée sur les personnes touchées par une coronaropathie et nous permettent de transférer ces connaissances pour notre pratique infirmière future. A titre d'exemple, nous pouvons citer les différents programmes de réhabilitation cardiaque existants et les multiples outils à disposition des soignants pour accompagner les patients dans ces situations (suggestions de contenus d'entretien pour augmenter la participation des personnes aux programmes).

6.1.2. Apprentissages pratiques

En parallèle de notre formation Bachelor et durant les dix-huit mois nécessaires à l'élaboration de ce Travail de Bachelor, nous avons appris à mener à bien un projet en commun. Un tel travail à trois nous a demandé de mobiliser des compétences de collaboration et de communication et un savoir-faire organisationnel dans un cadre temporel précis. En cela, nous entendons qu'il nous a fallu apprendre à travailler en équipe sur un sujet unique réparti sur près d'un an et demi. Nous pouvons aussi parler d'adaptation au changement ; nous avons dû fusionner nos manières de travailler, de rédiger un texte et réussir à gérer le temps de travail à disposition en parallèle des cours et des autres travaux. Cependant, ce travail à trois a permis un partage des tâches et a apporté une meilleure richesse de contenu. Nous avons aussi dû faire preuve d'organisation en plaçant les priorités, en répartissant le travail sur le long terme et en fixant des rendez-vous lors de plages horaires libres. Ceci fut majoritairement possible grâce à un calendrier réalisé spécialement pour ce travail qui nous permettait d'avoir une vue d'ensemble et dans lequel nous nous fixions des échéances. Ce travail d'équipe nous a aussi amené à devoir nous affirmer, argumenter et justifier nos choix dans le dossier mais dans le groupe aussi, ce qui fait partie de nos compétences.

Devoir rédiger un mémoire dans sa globalité, dans un système et selon différentes normes, nous a aussi beaucoup apporté ; il nous a fallu réussir à

garder un fil rouge durant tous ces mois, une rigueur et une unité dans le groupe et ce, malgré notre fin de parcours de formation particulièrement dense. Le but était qu'il y ait une logique dans le travail pour le lecteur (par exemple, l'explication à travers des paragraphes de lien). De plus, ce fut un très bon exercice de triage d'information et de synthétisation au vu de la masse de données recherchées et recueillies.

Enfin, nous pouvons dire que cette conclusion est une phase importante du travail car elle nous oblige à prendre un vrai recul sur ce dossier et un positionnement professionnel pour en faire l'autocritique.

6.2. Perspectives pour la recherche

Arrivant au terme de notre revue de littérature, nous avons jugé essentiel de dégager certains points qui peuvent être développés à la suite de notre Travail de Bachelor. Premièrement, nous avons été agréablement surpris de découvrir l'étendue des interventions dispensées à domicile. Les auteurs de l'étude CHOICE mettent en avant qu'un bref programme individualisé de prévention à domicile est aussi efficace qu'un modèle de réhabilitation cardiaque traditionnel (Redfern et al., 2009). Il s'agira donc de développer des modèles transférables et davantage ciblés pour notre pratique en Suisse. En accord avec la politique de santé actuelle dans notre pays, cette thématique est prioritaire en ce qui concerne le développement des soins à domicile.

Deuxièmement, nous avons constaté que notre hypothèse sur une possible différence significative entre les soins en hôpitaux et les centres de réhabilitation cardiaque ne semble pas se confirmer. L'éducation thérapeutique face au taux de récidives d'événements cardiovasculaires ne peut être la seule variable à prendre en compte. Cela implique en réalité de nombreux autres aspects qui vont influencer les résultats et qui complexifie grandement le sujet. Au travers de nos différentes recherches, il nous a semblé que les différents facteurs de comparaison sont fortement inter-reliés. Les mesures étant plus globales que spécifiques, il nous est difficile d'en dégager un protocole de conduite professionnelle face à ces situations complexes. De ce fait, pour de futures recherches, il serait intéressant de cibler davantage des interventions spécifiques vis-à-vis d'items ciblés. En cela, nous rejoignons la position de Dalal et al. (2010) et Redfern et al. (2009) qui mettent en avant l'importance de respecter les choix du patient dans un programme individualisé, qui va grandement contribuer à sa propre implication dans sa prise en charge. De plus, dans la vision du « Health Belief Model » de Nola Pender nous y retrouvons toute l'importance d'une prise en charge basée sur les acquis du patient, la construction d'un partenariat et le renforcement de ses capacités personnelles.

6.3. Limites

Dans la synthèse des résultats, nos éléments permettent de répondre à la question de recherche mais de manière limitée ; malgré une question ciblée et comme expliqué plus haut, d'autres aspects sont impliqués dans nos réponses et auraient pu être traités de manière approfondie pour apporter des précisions à nos éléments. Ainsi, le sujet devenant de plus en plus vaste, il nous a fallu réussir à synthétiser et délimiter la matière étudiée.

Nous pouvons aussi soulever que notre sélection d'articles s'est faite de manière aléatoire dans le fait que nous n'avons pas eu une systématique précise et complète pour l'introduction des mots-clés (cf. appendice A) dans les recherches de données. Nous n'avons pas essayé toutes les combinaisons possibles car notre problématique est très vaste. Nous avons arrêté les recherches après la lecture d'une trentaine d'articles sur lesquels nous en avons sélectionné onze ayant un niveau de preuve et un facteur d'impact élevé. Ils contenaient assez de données pour nous permettre l'analyse de notre problématique sans trop nous disperser. Cette sélection restreinte limite évidemment les résultats obtenus en regard de l'intégralité des écrits. Le risque de biais des études reste élevé et les résultats ainsi obtenus dans notre travail ne sont pas forcément représentatifs de la majeure partie de la population réellement atteinte.

Ensuite, ce dossier ne contient qu'une recension d'écrits et n'intègre pas de recherche de notre part sur le terrain. Après de nombreuses réflexions sur

l'éventualité d'effectuer des recherches sur le terrain nous avons décidé de ne pas entreprendre cette démarche. Cette décision s'est basée sur le nombre important d'articles que nous avions déjà trouvés concernant notre sujet de problématique et le fait, que selon nous, un recueil d'informations sur le terrain n'aurait pas apporté de données supplémentaires significatives.

En regard du cadre de rédaction fixé par la Haute Ecole Arc Santé, nous sommes tenus de rendre un travail respectant certaines normes de contenus et de nombre de pages. Pour nous, cet aspect s'avère autant positif que négatif. Cela nous a permis de limiter nos recherches sur un sujet qui est propice à la rédaction d'une thèse. Cependant, nous aurions peut-être pu aller plus en détails dans certaines thématiques traitées ci-dessus.

Si nous devrions refaire ce travail, nous serions partis avec une question de recherche plus globale que l'on affinerait en regard de données pertinentes, de leurs véracités ainsi que de leur applicabilité, dans l'idée d'arriver à établir des grandes lignes de prise en charge. De plus, il serait intéressant de sélectionner davantage d'articles, afin d'étayer nos résultats et ainsi diminuer les risques de biais.

Enfin, ce travail n'étant qu'un premier exercice de recherche de cette ampleur, il ne contient pas l'exhaustivité des données et résultats et ne prétend ainsi pas donner des réponses généralisables à ce sujet si complexe.

7. Liste de références

Beatrice, B. (2012). Education thérapeutique. *Soins*, *N°762*, 1-19.

Bee, H. L., Gosselin, F., & Boyd, D. R. (2011). *Les âges de la vie: Psychologie du développement humain*. Saint-Laurent, Québec: ERPI.

Besancon-cario.org (2006). Athérome : anatomie pathologique, épidémiologie et facteurs de risque, prévention. Repéré à http://www.besancon-cardio.org/cours/09-atherosclerose.php

Cardiac Health. (2014). How Does Your Heart Work - Anatomy of the Heart, Coronary Arteries. Repéré à http://www.cardiachealth.org/how-does-your-heart-workanatomy-heart-coronary-arteries

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in nursing science*, *1*(1), 13–23.

Centre Cochrane Français (2011), Introduction à l'Evidence-Based Nursing. Repéré à http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-%C3%A0-levidence-based-nursing

Collège des Enseignants de Cardiologie. (2009). Item 132 : Angine de poitrine et infarctus myocardique. Université médicale virtuelle francophone. Repéré à http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFmiroir/campusnumeriques/campuscardiologie/enseignement/cardiologie6/site/html/cours.pdf

Confédération Suisse. (2013). Office fédéral de la statistique. Repéré à http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5177

D'Ivernois, J. F., & Gagnayre, R. (2008). *Apprendre à éduquer le patient*. *Education du patient* (p. 142). (S.l.) : (s.n.).

DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*: Elsevier Mosby.

E-cardiologie. (2008). L'hypertension artérielle de l'adulte. Repéré à http://www.ecardiologie.com/maladies/ma-hyperartadu3.shtml

EBSCO Industries. (2015). CINAHL Complete – Advanced Search. Repéré à http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=5303ebe5-de06-4150-9603-990a2bc05cf4%40sessionmgr113&vid=0&hid=118

Encyclopaedia Universalis (2015). Artériosclérose. Repéré à http://www.universalis.fr/encyclopedie/arteriosclerose/

Farchadi, A. (1988). *Prévention et réadaptation de la maladie coronaire*. Paris: Masson.

Fawcett J., (2005). Contemporary Nursing Knowledge: *Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis Co.

Fédération française de cardiologie. (s.d). Action sur le cœur et les vaisseaux. Repéré à http://www.fedecardio.org/rester-en-bonne-sante/refuser-le-tabac/action-sur-le-coeur-et-les-vaisseaux

Fondation suisse de cardiologie. (2010a). Maladie coronarienne. Repéré à http://www.swissheart.ch/index.php?id=90&L=1

Fondation suisse de cardiologie. (2010b). Angine de poitrine. Repéré à http://www.swissheart.ch/index.php?id=80&L=1

Fondation suisse de cardiologie. (2010c). Infarctus du myocarde. Repéré à http://www.swissheart.ch/index.php?id=84&L=1

Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Foucaud, J., Bury, J.A., Balcou-Debussche, M. & Eymard, C. (2010) *Éducation thérapeutique du patient: Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis: INPES.

George, J. B. (2011). *Nursing theories: The base for professional nursing practice (*6th ed*)*. Norwalk, Conn: Appleton & Lange.

Gutzwiller, F., & Paccaud, F. (2009). *Médecine sociale et préventive - santé publique*. Berne: H. Huber.

Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Library. Repéré à http://joannabriggslibrary.org/index.php/index/search

Jorstad, H. T., von Birgelen, C., Alings, a M. W., Liem, A., van Dantzig, J. M., Jaarsma, W., … Peters, R. J. G. (2013). Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart (British Cardiac Society)*, *99*(19), 1421–30. doi:10.1136/heartjnl-2013-303989

Kadda O., Marvaki C., Panagiotakos D. (2012). The role of nursing education after a cardiac event, *Health Science Journal, 6*(4), 634-646.

Keller, P.-F., Golay, A., Lerch, R. & Mach, F. (2008). Le chaînon manquant dans le traitement du syndrome coronarien aigu : l'éducation thérapeutique. *Kardiovaskuläre Medizin*, *11*, 5-6

Lacroix, A., & Assal, J.-P. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients: Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris: Maloine.

Lagger G., Pataky Z., Golay A. (2009), Efficacité de l'éducation thérapeutique, *Rev Med Suisse, 25 mars 2009,* 688-690.

Larousse. (s.d). Artère, veine coronaire. Repéré à http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/artère_veine_coronaire/12195

Libby, P., & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of coronary artery disease. *Circulation*, *111*(25), 3481–8. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.537878

Mathews, R., & Zachariah, R. (2008). Coronary heart disease in South Asian immigrants: synthesis of research and implications for health promotion and prevention in nursing practice. *Journal of Transcultural Nursing : Official Journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*, *19*(3), 292–9. doi:10.1177/1043659608317448

Meditas cardio. (s.d). Mesures d'Education Thérapeutique Appliquées au Stress en Cardiologie. Repéré à http://www.meditascardio.fr/html/cardio/cardiostress.html#effets

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence- Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice* (2nd Edition). Piladelphia: Lippincott.

National Center for Biotechnology Information. (2015). PubMed Advanced Search Builder. Repéré à http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced

Obertelli P, Pouteau C., Haberey-Knuessi V., Danco J., Le Roux A., Llambrich C., Graber M., France M. & Joris T., (2015). *Evolution des relations soignants-malades au regard des pratiques d'éducation thérapeutique* (Rapport de recherche). Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, France.

Observatoire suisse de la santé (2014). *Infarctus aigu du myocarde*. Repéré à http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/blank/blank/blank/01/12.indicator.149011.html?open=149001,149004,149003#149003

Cliccours.com

Office québécois de la langue française. (2015). Le grand dictionnaire terminologique – GDT. Repéré à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/index.aspx

Ordre national des infirmiers. (2010). L'infirmier dans l'éducation thérapeutique : une mission à part entière au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour répondre avec efficience aux besoins des patients. Repéré à http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/position_education_therapeutique.pdf

Organisation mondiale de la santé. (1998). *Education thérapeutique du patient*. Repéré à http://www.formatsante.org/download/OMS.pdf

Ovid Technologies. (2015). Ovid MEDLINE. Repéré à http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=n&PAGE=main&MODE=multifield&SYNTAX=N&D=mesz

Ovid Technologies. (2015). PsycINFO. Repéré à http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=n&PAGE=main&MODE=multifield&SYNTAX=N&D=psyh

Pender, N. (2011). *Health promotion model manual.* Repéré à http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A., (2006), Health Promotion in Nursing Practice (*5th ed.*). New-Jersey (USA), Pearson edition.

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A., (2010), Health Promotion in Nursing Practice (*6th ed.*). New-Jersey (USA), Pearson edition.

Pepin, J. Kerouac, S. & Ducharme. F, (2010*). La pensée infirmière* (3ème édition). Laval: Chenelière Education.

Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*, *33*(3), 475-476.

Scherrer-Burri, F. & Meyer, P. (2015). Vivre autrement après un infarctus du myocarde. *Soins infirmiers*, *4*, 78-80.

School of nursing University of Michigan. (2014). *Nola J. Pender*. Repéré à http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender

Swissuniversities. (2015). Aperçu des bases de données dans le domaine de la santé. Repéré à http://www.swissuniversities.ch/fr/services/ressources-electroniques-hes/ressources-par-domaine/gesundheit/

Thomson Reuters. (2015). Journal Citation Reports. Repéré à http://webofknowledge.com/JCR

Université Pierre et Marie curie (2012), Bibliométrie : le facteur d'impact. Repéré à http://www.jubil.upmc.fr/fr/bibliometrie/facteur_impact.html

US National Library of Medicine. (2015). MeSH Browser. Repéré à http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html

Watkins, H., & Farrall, M. (2006). Genetic susceptibility to coronary artery disease : from promise to progress. *Nature Reviews Genetics*, *7*, 163-173.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What can we do about inequalities in health ?. *The lancet*, *338*, 1059–1063.

Wikispaces (2014). *PenderNUR603*. Repéré à http://pendernur603.wikispaces.com

Wiley Online Library. (2015). Cochrane Library. Repéré à http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/advanced

7.1. Articles sélectionnés

Article n°1 :

Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., De Backer, G., Rydén, L., Jennings, C., … Vulic, D. (2015). EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European journal of preventive cardiology*, 59–61. doi :10.1177/2047487315569401

Article n°2 :

Brown, J.P.R., Clark, A.M., Dalal, H., Welch, K., Taylor, R.S. (2012). Effect of patient education in the management of coronary heart disease : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Preventive Cardiology, 20*(4), 701–714 doi :10.1177/2047487312449308

Article n°3 :

Brown, J.P.R., Clark, A.M., Dalal, H., Welch, K., Taylor, R.S. (2011). Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*. 1–80. doi :10.1002/14651858.CD008895.pub2.

Article n°4 :

Davies, P., Taylor, F., Beswick, A., Wise, F., & Moxham, T. (2014). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation, *7*, 1–45. doi :10.1002/14651858.CD007131.pub2.Promoting

Article n°5 :

Tulloch, H., Reida, R., D'Angeloa, M. S., Plotnikoff, R. C., Morrina, L., Beatona, L., … Pipe, A. (2009). Predicting short and long-term exercise intentions and behaviour in patients with coronary artery disease: A test of protection motivation theory. *Psychology & health*, *24*(3), 255–69. doi :10.1080/08870440701805390

Article n°6 :

Cossette, S., Aoust, L. D., Morin, M., Heppell, S. & Frasure-Smith, N. (2009). The Systematic Development of a Nursing Intervention Aimed at Increasing Enrollment in Cardiac Rehabilitation for Acute Coronary Syndrome Patients. *Progress in Cardiovascular Nursing*, (3), 71–79. doi : 10.1111/j.1751-7117.2009.00038.x.

Article n°7 :

Clark, A. M., Haykowsky, M., Kryworuchko, J., MacClure, T., Scott, J., DesMeules, M., … McAlister, F. A. (2010). A meta-analysis of randomized control trials of home-based secondary prevention programs for coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, *17*(3), 261-70. doi :10.1097/HJR.0b013e32833090ef

Article n°8 :

Heran, B. S., Chen, J. M. H., Ebrahim, S., Moxham, T., Oldridge, N., Thompson, D. R., & Taylor, R. S. (2014). Europe PMC Funders Group Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease, (7). doi :10.1002/14651858.CD001800.pub2.

Article n°9 :

Dalal, H. M., Zawada, A., Jolly, K., Moxham, T., & Taylor, R. S. (2010). Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, *340*, b5631. doi :10.1136/bmj.b5631

Article n°10 :

Redfern, J., Briffa, T., Ellis, E., & Freedman, S. B. (2009). Choice of secondary prevention improves risk factors after acute coronary syndrome: 1-year follow-up of the CHOICE (Choice of Health Options In prevention of Cardiovascular Events) randomised controlled trial. *Heart (British Cardiac Society)*, *95*(6), 468–75. doi :10.1136/hrt.2008.150870

Article n°11 :

Giannuzzi, P., Temporelli, P.L., Marchioli, R., Maggioni, A.P., Baslestroni, G., Ceci, V., … Vanuzzo, D. (2008). Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction. *American Medical Association*, *168*(20), 2194–2204. doi :10.1001/archinte.168.20.2194.

8. Appendices

8.1. Appendice A : Descripteurs MesH/OVID et question PICOT

	P		I			C		O			T
Mots-clés	Post- infarctus du myocarde	Homme de 50ans et +	Education thérapeutique	Prévention tertiaire	Réduction des risques de récidives	Centre de réadaptation	Retour à domicile	Impact	Résultats	Efficacité	Dans l'année post-infarctus
Grand dictionnaire terminologie ; traductions et définitions similaires	Post-infarction Coronary heart disease C. artery d. Myocardial infarction Chronic heart failure Acute coronary syndrome	Men age 50	Therapeutic education, Counseling, Education of patients	Tertiary prevention	Reducing the risk of recurrence	Rehabilitation center	Back home	Impact	Results	Effectiveness	Within 12 months post-infarction
Descripteurs MeSH	Myocardial infarction - infarct, post-infarction, Heart rupture C. disease, C. artery d., Chronic heart failure Acute coronary syndrome	Men age 50	Therapeutic education, Counseling, Education of patients	Tertiary prevention	Reducing the risk of recurrence	Rehabilitation center	Back home	Impacts	Results	Clinical effectiveness Clinical efficacy Patient relevant outcomes rehabilitation outcomes	Within 12 months post-infarction
Descripteurs OVID	Heart disorders, Cardiovascular disorders - diseases	Human males	Therapeutic environment-therapeutic education	Tertiary prevention	Reducing the risk of management	Rehabilitation center	Back home	Impaired professional	Results	Effect size, magnitude effect	Within 12 months post-infarction

8.2. Appendice B : Filtres des bases de données utilisées

Cinahl (EBSCO Industries, 2015)

- Human
- Languages : French et English
- Sex : Male
- Age groups : Middle aged (45-64 years), Aged (65+ years), Aged (80 and over)
- Published date : 2009 – 2015
- Clinical queries : Causation (Etiology) – High sensitivity, high specificity. Best balance
- Special interest : Advanced nursing practice. Evidence-based practice, Men's health, Nursing education
- PDF Full text

JBI – The Joanna Briggs Institute EBP Database (Joanna Briggs Institute, 2015)

- Publication year : 2009 – 2015 / Year published : 5 years
- Publication types : Best practice information sheets, Evidence summaries, recommended practices, systematic review protocols, systematic reviews
- Subject area nodes : Aged care, chronic disease, health management and assessment, rehabilitation

PsycINFO (Ovid Technologies, 2015)

- Full text, All journals, human, abstracts, PsycARTICLES Journals, Latest update, English language, Test DOI
- Publication year : 2009 – 2015 / Year published : Last 6 years
- PsycINFO Classification code : 2100 General pyschology, 2226 Health psychology testing, 2227 Educational measurement, 2340 Cognitive processes, 2360 Motivation & emotion, 2420 Learning & Motivation, 2440 Social & Instinctive Behavior, 2540 Physological processes, 2560 Psychophysiology, 2840 Psychosocial & personnality development, 3295 Cardiovascular disorders, 3300 Health & Mental health treatment & Prevention, 3379 Inpatient & Hospital services, 3380 Rehabilitation, 3500 Educational psychology
- Methodology : Clinical case study, empirical study, Focus group, Literature review, Systematic review, Meta analysis, qualitative study, quantitative study, Treatment outcome/clinical trial
- Population groups : Human, Male
- Age groups : Middle age (40 to 64 years), Aged (Age 65 years and older), Very old (age 85 years and older)
- Languages : French, English

Pubmed (National Center for Biotechnology Information, 2015)

- Article types : Clinical trial, comparative study, controlled clinical trial, guideline, meta-analysis, practice guideline, review, systematic reviews
- Text availability : Full text, Free full text
- Publication dates : 5 years
- Species : Human
- Languages : French, English
- Ages : Middle aged (45+ years)
- Sex : Male

Cochrane (Wiley Online Library, 2015)

- Database : Cochrane reviews
- Publication year : Between 2009 and 2015

Medline (Ovid Technologies, 2015)

- Abstracts, Structured abstracts, Male, Ovid full text available, Full text, Human
- Publication year : 2009 – 2015 / Year published : Last 5-6 years
- Age groups : Middle age (45 to 64 years), All aged (65 and over)
- Checktags : Humans, male
- Clinical queries : Reviews (maximizes sensitivity, maximizes specificity, best balance of sensitivity and specifity), Causation – Etiology (Maximizes sensitivity, maximizes specificity, best balance of sensitivity and specificity), Clinical prediction guides (Maximizes sensitivity, maximizes specificity, best balance of sensitivity and specificity)
- Languages : French, English
- Publications types : Controlled clinical trial, guideline, meta analysis, patient education handout, practice guideline, systematic reviews, review

Clicours.com

8.3. Appendice C : Tableau de recherche et de sélection des articles

Nous avons créés les tableaux ci-dessous spécifiquement en fonction de nos besoins pour la sélection de nos articles.

Base de donnée :								
MesH terms **(AND / OR / NOT)**	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés : Oui-Non / N°	

Tableau 1 : Exemple de tableau, recherche et de sélection des articles (MesH terms)

Base de donnée :								
OVID terms **(AND / OR / NOT)**	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés : Oui-Non / N°	

Tableau 2 : Exemple de tableau, recherche et de sélection des articles (OVID terms)

Base de donnée : PubMed								
MesH terms **(AND / OR / NOT)**	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés Oui-Non / N°	
(coronary artery disease) AND therapeutic education	1193	304	6	1		2.675	Oui	1
((myocardial infarction) AND prevention) AND recurrence	1498	284	7	3	Essai contrôlé randomisé	13.246	Oui	11
					Etude de cohorte		Non	-
					Méta-analyse	0.957	Non	-
(acute coronary syndrome) AND secondary prevention	813	446	6	2		6.023	Oui	10
						0.785	Non	-
((patient education) AND coronary heart disease) AND effect	172	55	3	3		0.697	Non	-
					Revue systématique d'essais contrôlés randomisés	2.675	Oui	2
						0.697	Non	-
((coronary artery disease) AND home) AND prevention	94	33	4	1	Méta-analyse d'essais contrôlés randomisés	3.691	Oui	7

Tableau 3 : Tableau de recherche et de sélection des articles, Pubmed

Base de donnée : Medline								
MesH terms **(AND / OR / NOT)**	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés Oui-Non / N°	
Coronary disease and education	3578	4	0	0			Non	
Coronary disease and rehabilitation	3010	221	0	0			Non	
Therapeutic education and coronary disease and men age 50	0	0	0	0			Non	
Coronary and rehabilitation home	0	0	0	0			non	

Clicours.COM

Tableau 4 : Tableau de recherche et de sélection des articles, Medline

Base de donnée : Psychinfo								
OVID terms **(AND / OR / NOT)**	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés Oui-Non / N°	
(heart disorders) AND therapeutic education	3	3	0	0	-	-	-	-
((heart disorders) AND therapeutic environment) AND rehabilitation	1	1	1	0	-	-	-	-
((heart disorders) AND therapeutic education) AND rehabilitation	0	0	0	0	-	-	-	-
(cardiovascular disorders) AND therapeutic education	4	4	1	1		0	Non	-
(cardiovascular disorders) AND therapeutic education	0	0	0	0	-	-	-	-

Tableau 5 : Tableau de recherche et de sélection des articles, Psychinfo

Base de donnée : Cochrane								
OVID terms **(AND / OR / NOT)**	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés : Oui-Non / N°	
Coronary disease and education	8759	6	2	2	Revue d'intervention	5.94	oui	3
					Revue systématique	5.93	Oui	8
Coronary disease and rehabilitation	6570	6	1	1	Revue systématique	5.93	oui	4
Therapeutic education and coronary disease and men age 50	8759	133	0	0	-	-	Non	
Coronary and rehabilitation home	110	110	1	1	Revue systématique	16.38	oui	9

Tableau 6 : Tableau de recherche et de sélection des articles, Cochrane

Base de donnée : Cinahl								
MesH terms (AND / OR / NOT)	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés Oui-Non / N°	
Post-infarction AND therapeutic education AND result	1	0						
Coronary artery disease AND Therapeutic education	32	3	1	1	journal article - research, tables/charts	2.255	Oui	5
Coronary heart disease AND patient education	578	23	3	1		1.74	Non	
Acute coronary syndrome AND rehabilitation center	5	2	0					
Myocardial infarction AND therapeutic education	477	34	2	0				
Coronary heart disease AND tertiary prevention	23	2	0					
Acute coronary syndrome AND rehabilitation	92	22	5	4		1.7	Non	
						0.85	Non	
						0.85	Non	
						2.4	Oui	6
Coronary heart disease AND rehabilitation	761	40	4	0				

Tableau 7 : Tableau de recherche et de sélection des articles, Cinahl (MesH terms)

Base de donnée : Cinahl								
OVID terms (AND / OR / NOT)	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés Oui-Non / N°	
Cardiovascular disorders AND therapeutic environment	163	6	0					
Cardiovascular disease AND therapeutic education	704	15	1	0				
Heart disorder AND therapeutic education	40	1	0					
Cardiovascular disorders AND rehabilitation center	4	0						
Cardiovascular disorders AND tertiary education	6	0						

Tableau 8 : Tableau de recherche et de sélection des articles, Cinahl (OVID terms)

Base de donnée : JBI								
MesH terms (AND / OR / NOT)	Articles trouvés Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés Oui-Non / N°	
Coronary artery disease AND therpeutic education	0							
Myocardial infarction OR post-infarction AND tertiary prevention	0							
Myocardial infarction AND Therapeutic education	1	1	1	1	Systematic review	<1.5	non	
Acute coronary syndrome AND rehabilitation center	0							
Acute coronary syndrome AND education of patient	1	1	1	1	Systematic review (même revue)	<1.5	non	
Acute coronary syndrome	35	35	4	0				

Tableau 9 : Tableau de recherche et de sélection des articles, JBI (MesH terms)

Base de donnée : JBI								
OVID terms (AND / OR / NOT)	Articles trouvés : Sans / Avec filtre(s)		Articles retenus selon : Titres / Résumés		Niveau de preuve hiérarchique	Impact factor	Articles sélectionnés Oui-Non / N°	
Cardiovascular disease AND therapeutic education	1	1	1	0				
Heart disorder AND rehabilitation center	0							
Cardiovascular disorder AND rehabilitation center	0							
Cardiovascular disorder AND therapeutic environment	0							
Heart disorders AND education therapeutic	0							
Cardiovascular disease And tertiary education	1	1	1	0				

Tableau 10 : Tableau de recherche et de sélection des articles, JBI (OVID terms)

8.4. Appendice D : Grilles d'analyse des articles

Article 1:

EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries

Kornelia Kotseva, David Wood, Dirk De Bacquer, Guy de Backer, Lars Rydén, Catriona Jennings, VIveca Gyberg, Philippe Amouyel, Jan Bruthans, Almudena Castro Conde, Renata Cifkova, Jaap W Decjers, Johan DE Sutter, Mirza Dilic, Maryna DOlzhenko, Anderjs Erglis, Zlatko Fras, Dan Gaita, Nina Gotcheva, John Goudervenos, Peter Heuschmann, Aleksandras Laucevicius, Seppo Lehto, Drangan Lovic, Davor Milicic, David Moore, Evagoras Nicolaides, Raphael Oganov, Andrzej Pajak, Nana Pogosova, Zeljko Reiner, Matrin Stagmo, Stefan Störk, Lale Tokgözoglu and Dusko Vulic. (2015)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre indique les résultats obtenus sur des patients de 24 pays Européens concernant leurs habitudes de vie, les facteurs de risque et la gestion des traitements.
Résumé	Le résumé donne une « photographie » actuelle de l'état de santé général des Européen atteints de coronaropathies. Le but étant de savoir si les directives des protocoles instaurés sont bien suivies.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Il s'agit d'étudier et d'évaluer l'impact de l'implémentation d'un Guideline de prévention dans la pratique clinique au niveau Européen. • Depuis le début de l'enquête EUROASPIRE en 1995, la société européenne de cardiologie a mis en évidence des discordances entre les recommandations et les résultats sur la population. Depuis 2003, elle a également démontré le lien entre la dysrégulation du glucose et la majorité des patients atteints de coronaropathies.
Recension des écrits	• La recension des écrits se base principalement sur les précédentes enquêtes EUROASPIRE I, II et III. Cela permet de situer l'enquête dans un processus dynamique, en recherche continuelle d'amélioration et de changement.
Cadre de recherche	• EUROASPIRE IV est menée dans 24 pays Européens, ayant dans chaque pays un minimum de 400 patients, de sorte à obtenir un éventuel interview.
Buts et question de recherche	• Les objectifs principaux de l'enquête EUROASPIRE IV sont d'identifier les facteurs de risque des patients atteints de coronaropathies avec ou sans diabète, de décrire leur gestion à travers leurs habitudes de vie, leurs usages des traitements médicamenteux et fournir une évaluation objective de l'implémentation clinique des connaissances scientifiques actuelles.

METHODE	
Population et échantillon	• La population décrite correspond à des patients majeurs atteints d'un premier syndrome coronarien aigu ou d'une récidive. Les auteurs ont procédé à 16'246 enregistrements dont 7998 interviews (48.7%). • Les variables sont multiples : Traitement électif ou en urgence, Infarctus du myocarde aigu ou ischémie myocardique aigue. • L'échantillon des personnes interrogées doivent avoir subi un syndrome coronarien aigu entre 6 mois et 3 ans.
Considérations éthiques	• Les pays Européens ont été sélectionnés de sorte à ce que chaque patient atteint d'un syndrome coronarien aigu ait la même chance d'être traité par revascularisation. • Des coordinateurs nationaux sont chargés d'obtenir l'autorisation des comités locaux de recherche éthique.
Devis de recherche	• Les données suivantes sont collectées : 1. Grandeur et poids dans des habits légers, sans chaussures pour définir l'indice de masse corporelle (BMI) 2. Circonférence de la taille. Une surcharge abdominale est définie comme > à 80cm pour les femmes et >94cm pour les hommes. 3. Mesure de la pression artérielle sur le bras droit en position assise avec un sphygmomanomètre automatique. Les normes sont définies <130mmHg pour la pression systolique et <80mmHg pour la pression diastolique. 4. Mesure du monoxyde de carbone expiré. Cette mesure est à mettre en lien avec la consommation annoncée de tabac. Les fumeurs persistants sont définis ainsi s'ils continuent de fumer au moment de l'interview et s'ils fumaient un mois avec le SCA. 5. Prise de sang pour mesurer le HDL, le LDL, les triglycérides, l'hémoglobine glyquée 6. Echelle de mesure de l'activité physique à l'aide des questions suivantes : Quel est le niveau qui vous décrit le mieux ? I) Pas d'activités hebdomadaires II) Seule une légère activité dans la plupart des semaines III) Activité physique vigoureuse d'au moins 20 minutes une à deux fois dans la semaine IV) Activité physique vigoureuse d'au moins 20 minutes trois fois ou plus par semaine
Modes de collectes de données	• La procédure de collecte de données est recueillie par une équipe de recherche, centralisée et entraînée. Cette équipe recueille les enregistrements médicaux, les interviews et examine les patients à l'hôpital et à domicile. • Données médicales : Statut actuel du tabagisme, antécédents d'obésité, d'hypertension artérielle, de dyslipidémie ou de données glycémiques, ainsi que le traitement médicamenteux. • Les instruments utilisés à la collecte d'informations sont les mêmes dans tous les centres et sont calibrés pour l'enquête.
Conduite de la recherche	• Le processus de collecte des données est centralisé à Nice au Programme de Recherche EURObservational au « European Heart House ». Les données sont collectées électroniquement grâce à une base de données, avec un code propre à chaque pays.
Analyse des données	• L'interview de plus de 400 patients permet d'estimer les statistiques sur les facteurs de risque avec une précision d'au moins 5% et avec un intervalle de confidence de 95%.

	• Des statistiques descriptives sont utilisées pour estimer la prévalence des facteurs de risque et les traitements médicamenteux par pays, genre et âge des patients. • Les principaux résultats sont mis en lumière avec les objectifs thérapeutiques définis dans le Guideline JES de la CVD Prévention de 2007 et 2012.
RESULTATS	
Présentation des résultats	• Les premiers résultats montrent que les personnes atteintes d'hypertension artérielle, d'hyperlipidémie et sous traitement cardio-protecteur sont plus ouvertes à un interview que les fumeurs. Près de la moitié des consommateurs (49.3%) qui fumaient un mois avant leur syndrome coronarien, fument toujours lors de l'entretien (soit 6 mois à 3 ans plus tard). La moitié (50.9%) d'entre eux déclare vouloir arrêter le tabac dans les six mois qui suivent l'entretien. • Environ 9 personnes interrogées sur 10 (93.4%) sont conscientes de l'importance de leur poids et de leur hypertension (86.7%). Les connaissances des autres facteurs de risque diminuent selon les critères : cholestérol (48.9%), glycémie à jeun (49.6%), tour de taille (29.3%). • Une majorité de patients ont essayé de changer leur régime en diminuant la teneur en sel (71.8%), en graisse (78.9%), en sucre (66.1%), en alcool (53.5%) et en calories (77.8%). • La majeure partie des patients ont augmenté leur activité physique, mais seulement 40.1% déclarent faire une activité physique vigoureuse de 20 minutes au moins une fois dans la semaine. • 82.0% ont une surcharge abdominale et 58.2% ont une obésité centrale. Moins de la moitié (48.1%) des patients obèses ont suivi les recommandations diététiques, 48.4% ont augmenté leurs niveaux d'activité physique pour perdre du poids. La moitié (49.8%) déclare avoir essayé de perdre du poids dans le mois précédant l'interview. • Enfin au niveau du traitement médicamenteux, 78.1% des patients sont traités contre l'hypertension artérielle et 86.6% sont traités par des hypolipémiants (85.7% de statines). Plus de 9 personnes sur 10 sont traitées par des antiagrégants plaquettaires, 75% par des IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion) et plus de 80% par des bêtas-bloquants. • 50.7% des patients atteints de coronaropathies ont été avisés à participer à une réhabilitation cardiaque. 81.3% des personnes avisées ont été à au moins la moitié des sessions.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• L'enquête EUROASPIRE IV montre qu'une large majorité des patients atteints de coronaropathies en Europe n'arrive pas à atteindre les objectifs thérapeutiques fixés par le JES Guideline concernant les habitudes de vie et les facteurs de risque. Ceci malgré que les évidences, soit qu'une habitude de vie plus saine contribue à diminuer le risque cardiovasculaire tout en améliorant la qualité de vie et la longévité, soient indéniables.

	• Pour toutes les personnes qui continuent de fumer après le SCA, les auteurs recommandent d'être soutenues par des professionnels pour l'arrêt tabagique. Un essai contrôlé aléatoire mené par des interventions infirmières behavioristes montre que 51% des patients à hauts risques vasculaires ont arrêté en 16 semaines. De ce fait, une méta-analyse a démontré que l'arrêt du tabac peut contribuer à diminuer de 36% toutes les causes de mortalité confondues. • En ce qui concerne les autres facteurs de risque, les évidences montrent clairement le lien de cause à effet sur l'état de santé général des patients à hauts risques vasculaires. • Les auteurs conseillent donc un programme de prévention et de réhabilitation compréhensif de sorte à améliorer la gestion des facteurs de risque et la modification des habitudes de vie. • De manière générale, malgré la force de l'enquête et les observations évidentes, la prévention et la réhabilitation cardiaque continue d'être sous-utilisée en Europe, avec d'immenses disparités entres les visions des différents pays. • En comparaison avec l'enquête EUROASPIRE III (2009), il est regrettable de voir des similitudes six années plus tard. En 2009, seul un tiers des patients ont assisté à une forme de prévention et réhabilitation cardiaque. Les modèles de programme comme le GOSPEL ou l'EUROACTION amènent une approche structurée et soutenue de la prévention et réhabilitation cardiaque. • Les limites de l'enquête sont nombreuses : - Les patients recrutés pour les besoins de l'enquête ne sont en aucun cas représentatifs du système de santé des pays. - La moyenne des entretiens est relativement bas (48.7%) représentant le manque de participation à la recherche médicale. • Cependant, les forces de l'enquête proviennent de la grande qualité de comparaison des informations dans les soins de prévention. Les contenus des interviews sont très riches et le standard utilisé pour la collecte des données permet une comparaison très détaillée, ce que ne permettait pas certaines études.
Conséquences et recommandations	• Les résultats de l'EUROASPIRE IV concordent avec les enquêtes de prévention secondaire menées en Europe et aux Etats-Unis. • L'enquête montre que l'implémentation des evidence-based guidelines en prévention secondaire est encore loin d'être optimale, spécialement pour les plus jeunes patients, les personnes obèses ou les personnes diabétiques. • Une nouvelle approche de la prévention cardiovasculaire est requise, pour intégrer de façon appropriée les programmes de prévention à chaque paramètre culturel de chaque pays. La prévention se doit d'impliquer une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé, en se centrant sur les habitudes de vie, les facteurs de risque et les objectifs thérapeutiques visant à réduire les risques de récidives cardiovasculaires.

Article 2:

Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

James PR Brown, Alexander M Clark, Hasnain Dalal, Karen Welch and Rod S Taylor. (2012)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre cible précisément l'effet de l'éducation au patient dans la gestion des coronaropathies.
Résumé	Le résumé fait apparaître tous les points clés et précise sur quels effets va se baser l'étude, à savoir la mortalité, les morbidités, la qualité de vie et les coûts de la santé en lien avec les personnes atteintes.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• L'annonce épidémiologique faite sur l'incapacité et la mort prématurée des Européens formule d'entrée le problème de base qu'il s'agit d'étudier. • Le problème est pertinent dans le contexte actuel, puisqu'il est dit clairement que **l'impact spécifique de l'éducation au patient pour les coronaropathies n'est pas connu**. • Si on prend les soins infirmiers comme discipline concernée, il y a clairement un enjeu majeur de santé publique et de maitrise des coûts de la santé. Mais ce n'est pas expliqué dans la revue.
Recension des écrits	• Recension entreprise sur treize études, pour une population totale de 68'556 personnes. • Synthèse générale : - Le fait d'inclure des interventions psycho-sociales en plus de l'éducation au patient, ne permet pas de définir clairement l'impact spécifique de l'éducation au patient sur les coronaropathies. • C'est une base solide, mais il est justement question d'aller chercher plus loin que l'actuelle revue de littérature. • Quelques sources primaires sont citées. Il est question de méta-analyses faites dans les années 1990 et plus récemment de deux revues dans Cochrane en 2011.
Cadre de recherche	• Il n'y a pas réellement de cadre conceptuel. • Le cadre de recherche s'inscrit dans cette volonté, depuis les années 2000, de s'orienter vers des interventions efficaces dans l'optique d'accompagnement thérapeutique de la personne.
Buts et question de recherche	• **Cerner et évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique au patient sur la mortalité, la morbidité, la qualité de vie et les coûts de la santé dans le cas de patients atteints de coronaropathies.** • La question de recherche reste vague concernant la population à l'étude. Elle est détaillée dans la méthode. • Comme décrit précédemment, la question découle du recensement des écrits et de la constatation qu'il n'y a pas eu de mesure de l'impact spécifique de l'éducation au patient. Elle va obligatoirement tenir compte des perceptions des participants

	puisqu'elle évalue la qualité de vie par exemple. • Pas de réelles bases philosophiques exposées.
METHODE	
Population et échantillon	• La population de coronaropathie est décrite comme étant des **adultes qui ont souffert d'un infarctus du myocarde,** traités par revascularisation ou par pose de stent. La revue concerne des essais contrôlés aléatoires avec un suivi d'au moins 6 mois. • Vu la taille de l'échantillonnage (plus de 68'000 personnes), les auteurs ont cherché plutôt à restreindre et à catégoriser la population pour avoir le meilleur impact. • La taille est déterminée par la méthode de sélection des essais
Considérations éthiques	• Pas de moyens évoqués pour les droits des participants. • Une évaluation du risque de biais de l'étude a été respectée de façon très adéquate, pour augmenter l'impact de l'étude pour en faire bénéficier (indirectement) les participants.
Modes de collectes de données	• Un outil (JPRB) est utilisé et contrôlé avec un second outil (RST), de cette façon, les auteurs considèrent avoir une sélection adéquate pour minimiser les biais. • Les questions de recherche sont bien consignées et sont encore résumées sous forme schématique. • Ce sont des instruments importés pour la revue, déjà existants. • La procédure est difficilement évaluable à notre niveau de formation, mais elle paraît cohérente compte tenu de la volonté exprimée par les auteurs.
Conduite de la recherche	• La collecte de données est faite en accord avec le « Handbook Cochrane ». • Plusieurs interventions ont été respectées scrupuleusement par les auteurs pour inclure des études qualitatives et quantitatives, grâce à des outils statistiques spécifiques à chaque type. • La revue ne se veut pas être un guideline, et ne comporte pas d'intervention en conséquence.
Analyse des données	• La méthodologie d'analyse est décrite précisément et réalisée grâce au Review Manager 5.1 de la Cochrane Collaboration. • **Les différents facteurs susceptibles d'influencer les résultats sont justement le sujet de l'étude**. Il y a beaucoup de comparaisons faites pour explorer l'impact de ces facteurs, comme par exemple : - Entretien face-à-face face aux interventions par groupe - L'implication d'un membre proche dans la prise en charge • Le résumé comprend le détail du nombre des études sélectionnées, repris par un graphique. Au départ, 2995 enregistrements furent identifiés, pour finir à 13 études (dans 24 publications). • Les auteurs ont séparé les données en thématiques bien distinctes pour faire ressortir les résultats significatifs comme la qualité de vie et les coûts liés et ceux qui le sont moins (mortalité, morbidité).

RESULTATS	
Présentation des résultats	• Présentation sous forme de tableau : - Résumé des études sélectionnées - Résumé détaillé des interventions - Résumé des évaluations des différents biais • Les thématiques sont par la suite résumées sous formes narratives, logiquement mises en lien et exposent concrètement les effets des interventions dans l'éducation au patient, en précisant quel suivi est mis en place pour chaque thématique. En comparant où l'éducation au patient est mise en place avec un groupe contrôle sans éducation, les auteurs démontrent que : 1. Malgré un suivi allant de 12 à 60 mois, **il n'y a pas de différence significative concernant la mortalité**. 2. Il y a une faible évidence indiquant une baisse de la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire (morbidité). 3. Le taux de réhospitalisation est également peu évident. 4. Pour la qualité de vie, les auteurs restent très laconiques. Même s'ils ont réussi à mettre en lien certaines dimensions de changement en faveur du groupe d'intervention, le lien n'est pas évident car il y a beaucoup de variables. Sur les 81 scores, il n'y en a que 14 qui montrent un impact significatif. L'outil de mesure de la qualité de vie constitue le principal facteur de changement. 5. Enfin, l'impact réellement significatif est le **coût des interventions par patient**. Même si le prix par patient varie selon les études, en moyenne la réduction par rapport au groupe contrôle s'élève à US$965 par patient pour un suivi de 6 mois et à US$1610 par patient pour un suivi jusqu'à 24 mois.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• Les résultats sont brièvement discutés. Les auteurs avancent que les interventions de l'éducation au patient peuvent améliorer la qualité de vie et devraient réduire les coûts de la santé. • En comparaison avec des anciennes revues de littérature en 1992 et en 1999, les résultats ne concordent pas. Les auteurs n'arrivent pas à démontrer qu'une réduction de la mortalité et de la morbidité est bien présente. • Quant aux limites, les auteurs décrivent l'effort fourni pour réduire les potentiels biais. Malgré le fait de n'avoir sélectionné que des études basées sur l'éducation au patient comme intervention primaire, certaines études incluent d'autres thérapies comme l'exercice physique. Il est donc difficile de déterminer l'impact réel de l'éducation au patient.
Conséquences et recommandations	Les auteurs recommandent 3 Guidelines pour la prévention secondaire des coronaropathies, où l'éducation thérapeutique au patient doit faire partie d'un programme compréhensif de traitement incluant l'exercice physique et le soutien psychologique. D'autres recherches seront nécessaires pour évaluer les coûts/bénéfices des différentes méthodes et des différentes approches pour apporter du contenu éducationnel.

GHCours.com

Article 3:

Patient education in the management of coronary heart disease.

James PR Brown, Alexander M Clark, Hayes Dalal, Karen Welch, Rod S Taylor. (2011)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre de l'article est très clair. Il précise le domaine d'intervention qui est l'éducation thérapeutique et la population qui est les patients atteints de pathologies coronariennes. De plus, il précise le terme de « gestion » qui indique l'implication du patient dans sa pathologie.
Résumé	Le résumé est simple, clair et précis donnant ainsi rapidement une bonne idée au lecteur des sujets abordés et du but de la recherche menée. La réhabilitation est un regroupement d'interventions diverses et complexes composées de trois volets distinct mais interdépendants. L'éducation, la pratique d'exercices physiques et le soutien psychologique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Plusieurs études existent déjà sur l'effet des exercices physiques et le soutien psychologique sur les patients atteints de pathologies coronariennes. Il n'existait cependant pas de revue systématique incluant l'éducation thérapeutique et l'effet qu'elle peut avoir. De ce fait, cette étude a pour objectif d'évaluer les effets de l'éducation au patient sur la mortalité, la morbidité, la qualité de vie et le coût des soins chez les patients atteint de maladie coronaire. De plus, les auteurs cherchent à explorer les effets de l'éducation thérapeutique sur les différents niveaux de prédiction possible à mettre en avant (intervention de groupe contre intervention individuelle par exemple).
Recension des écrits	• Elle est faite de manière très complète dans un grand nombre de bases de données en incluant les revues systématiques déjà effectuées et sans restriction de langue. Les bases de données explorées sont les suivantes : CENTRAL, CDSR, HTA, NHSEED, MEDLINE, OVID, PsycINFO, CINHAL et EBSCOhost. Deux lecteurs ont sélectionnés les études et on extraits les données pertinentes. Les auteurs des recherches sélectionnées ont tous été contactés, dans la mesure du possible, afin de compléter un éventuel manque d'information.
Cadre de recherche	• Les critères de sélections d'articles sont précisés en première page et sont très précis. Seuls les articles de type revue aléatoire contrôlée et ayant comme première intervention auprès de patient l'éducation thérapeutique furent sélectionnés. De plus, les études devaient avoir un suivi des patients d'au moins 6 mois et publiées au plus tard dans les années 1990. Pour finir la population cible devait se composer d'adultes seulement diagnostiquer de maladie cardiaque coronarienne.
Buts et question de recherche	• Dans le cadre de cette étude, il s'agit d'évaluer l'effet de l'éducation thérapeutique sur un groupe-test de patients et de la comparer à un groupe contrôle. Pour se faire, certains indicateurs

	de mesure sont fixés tels que la mortalité, la morbidité, la qualité de vie et les coûts des soins dispensés aux patients. En termes d'intervention, on peut noter la possibilité d'avoir un contact régulier avec un professionnel de la santé dans le but d'échanger des informations et de participer à des activités instructives. Des travaux de groupes concernant les pathologies coronaires, les traitements, les facteurs de risque ainsi que les méthodes de prévention secondaire. A travers cette recherche, il s'agira aussi d'évaluer les facteurs de prédiction et de prévention qu'il est possible de mettre en avant en fonction des résultats des deux groupes et de pouvoir ainsi en ressortir les plus efficaces. Les questions de recherches et les buts reflètent donc totalement le cadre de recherche ainsi que les hypothèses de départ.
METHODE	
Population et échantillon	• La sélection des patients pour cette étude est assez stricte. Elle est faite en fonction des pathologies chez des patients adultes. Les études sélectionnées concernaient des patients atteints des pathologies et traitements suivants : infarctus du myocarde, pontage coronarien, angioplastie coronarienne, angine de poitrine. A l'inverse, les patients présentant les pathologies suivantes ou traitements suivants ont été exclus de l'étude : arrêt cardiaque, chirurgie de valve cardiaque, transplantation cardiaque et pacemaker.
Considérations éthiques	• Les patients ont tous été encadrés par des professionnels de la santé et ce, tout au long de l'étude. Leur sécurité et leur état de santé étaient sous contrôle et chacune des personnes étaient libre de quitter le programme si besoin. Aucune autre information n'est cependant disponible en ce qui concerne les droits et les bénéfices des participants.
Devis de recherche	• L'étude est menée selon un plan précis et des conditions d'évaluations strictes permettant un recueil de données précis et fiable. On trouve un étude détaillé en plusieurs chapitres tels que : type d'étude, type de participant, type d'intervention, principaux résultats mesurés, recherche et analyse des informations, risque de biais et conclusion de l'auteur. Les résultats permettent de répondre de manière globale aux interrogations de départ et amènent des informations complémentaires à la compréhension de l'importance de l'éducation thérapeutique dans la gestion des maladies coronariennes. Les méthodes de recherches utilisées, les filtres ainsi que la sélection des articles permettent d'avoir des informations ciblées sur la problématique en cours.
Modes de collectes de données	• Les articles sélectionnés sont fait selon un protocole précis avec cinq critères de sélection cités plus haut dans ce document. Cela permet à l'auteur d'avoir un vaste panel d'article mais tous ciblés sur sa problématique. La recherche des articles est clairement explicitée et les bases de données utilisées sont spécifiées et définies. L'utilisation de mots clés et de MesH terms est présente et les filtres pour la recherche

	d'article le sont aussi. Les outils et instruments de recherche ont été pris dans les bases de données citées et rien n'a été créé pour se faire. L'application des filets a été faite en fonction de chaque base de données.
Conduite de la recherche	• La recherche s'est faite en limitant les articles sélectionnés aux revues systématiques ainsi qu'aux méta-analyses. Deux lecteurs avaient la charge de trier les articles trouvés et de les sélectionner. Les filtres de recherche étaient : limiter aux êtres humains, années de parutions maximum 1990 et pas de restriction de langage. Le risque de biais est définit dès le départ à 5% au travers de recherches menées et l'auteur en a conscience. Il en parle dans sa conclusion comme risque dans l'analyse des données.
Analyse des données	• Comme le montre le tableau de sélections d'études dans cet article (figure 1, page 6), on peut voir le nombre important d'articles sélectionnés et les méthodes de tris appliquées afin de cibler les données sur les questions de recherches posées par l'auteur. On constate au début des recherches que les lecteurs identifient plus de 5000 études différentes et finissent par en sélectionner seulement 13 après la mise en application des filtres et la vérification de la véracité des informations en concordance avec le sujet de l'étude.
RESULTATS	
Présentation des résultats	• Les 13 études sélectionnées regroupent plus de 60'000 patients atteints de pathologies coronariennes avec un suivi allant de 6 à 60 mois post-accident cardiaque. Le groupe test est comparé au groupe contrôle afin d'en ressortir les ressemblances et les différences. Les résultats sont présentés sous forme de texte avec des chiffres et des pourcentages permettant ainsi une lecture claire. On ne voit pas de différences significatives entre les deux groupes que ce soit pour le facteur de mortalité, de morbidité et de réhospitalisation. On peut cependant noter une légère amélioration de la qualité de vie des patients ayant eu de l'éducation thérapeutique et une très légère différence en ce qui concerne les coûts de la santé. Les résultats sont présentés en premier sous forme de texte résumé mais les résultats complets sous forme de tableau et statistiques se trouvent en annexes et contiennent la totalité des informations trouvées ainsi que les résultats les plus évidents.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• Les résultats sont discutés et analysés par thématique regroupant : la mortalité, la morbidité, les hospitalisations, la qualité de vie et les coûts ainsi qu'une comparaison entre les deux groupes. Les auteurs ne parlent à aucun moment des limites posées vis-à-vis de leurs recherches mais ils parlent du risque de biais et des outils de la bibliothèque de Cochrane qu'il a utilisé pour y faire face.

	La conclusion des auteurs concorde tout à fait avec les résultats. En termes de chiffres, on ne voit presque aucune différence entre le groupe test et le groupe contrôle et ce sur aucun des facteurs mesurés.
Conséquences et recommandations	• L'auteur reconnait le taux de différences très faible entre les deux groupes mais ne remet pas en question l'éducation thérapeutique. Il explique que l'éducation thérapeutique ne doit pas inclure seulement les exercices physiques et le soutien psychologique mais qu'il est nécessaire de faire des recherches plus approfondies sur l'éducation thérapeutique elle-même.

Article 4:

Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation.

Philippa Davies, Fiona Taylor, Andrew Beswick, Frances Wise, Tiffany Moxham, Karen Rees and Shah Ebrahim. (2014)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise bien le sujet de l'étude qui est ici la promotion de la participation et du suivi de la réhabilitation cardiaque chez les patients.
Résumé	La réhabilitation cardiaque est un outil important de prise en charge des patients souffrant de maladie coronaire. Cependant il est trop souvent laissé de côté, il s'agit donc de chercher les effets qu'il peut avoir sur les patients et les moyens qu'il existe afin de maximiser la participation à ce dernier par les personnes pouvant en bénéficier. La réhabilitation cardiaque est proposée à tous les patients ayant subi un accident cardiaque afin de les aider à récupérer un état de santé optimal et de prévenir l'apparition de nouveaux troubles cardiaques.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Le but de cette étude est d'analyser et de déterminer les effets de multiples interventions auprès des patients afin d'accroitre leur participation et leur engagement dans ces programmes de réhabilitation cardiaque. • Les interventions principales proposées dans cette étude étaient : la participation à des groupes thérapeutiques, des entretiens motivationnels, un suivi par des professionnels de la santé, des contacts téléphoniques et électriques, des visites à domicile, etc.
Recension des écrits	• Elle est faite de manière complète dans de multiples bases de données (Cochrane, Medline, EMBASE, CINAHL, Central, PsycINFO, Web of Science, etc.) indépendamment par deux lecteurs. Une précédente revue fut publiée en 2001, l'auteur a donc sélectionné des articles parus à partir de l'année 2001 afin de compléter celle-ci et de pouvoir ainsi faire un comparatif entre les résultats précédents et actuels.
Cadre de recherche	• Le cadre de la recherche est posé de manière simple en se basant sur une étude précédente publiée par la bibliothèque Cochrane et en y ajoutant des articles plus récemment parus. Les concepts principaux sont clairement définis comme étant : la réhabilitation cardiaque, la participation des patients, les interventions d'amélioration de la participation et les effets de ces interventions.
Buts et question de recherche	• Dans le cadre de cette étude il s'agit de déterminer les effets, avantages et inconvénients, des interventions visant à amélioration la participation et l'engagement des patients à la réhabilitation cardiaque. De plus, l'auteur a aussi voulu comparer l'effet de ces différentes interventions sur : la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque coronaires (pression sanguine, fumeur, taux de lipide sanguin), la qualité de vie, l'utilisation des

	services de soins, les coûts ainsi que d'autres bénéfices ou inconvénients reliés à cette étude.
METHODE	
Population et échantillon	• La population étudiée est spécifiée comme étant des adultes ayant différents type de pathologie cardiaque telle que ; infarctus du myocarde, pontage coronarien, angine de poitrine, arrêt cardiaque et maladie cardiaque coronarienne. La population sélectionnée pour cette étude est composée des patients admissibles aux programmes de réhabilitation cardiaque et ayant déjà donné leur aval auparavant pour prendre part et participer à cette réhabilitation.
Considérations éthiques	• Pas d'information sur d'éventuelles mesures prisent dans le but de conserver les droits des patients. La seule information présente est la liberté des patients de ne plus participer aux programmes de réhabilitations cardiaques.
Devis de recherche	• Un plan de recherche stricte est définit dans le déroulement de cette étude. Il contient le type d'étude, le type de participant, le type d'intervention, le type de résultats recherchés (primaire et secondaire), ainsi que les méthodes de recherche d'articles utilisées. De plus on peut trouver une synthèse des recherches utilisée, une explication des risques des biais et une discussion de l'auteur sur les résultats ainsi que ses conclusions.
Modes de collectes de données	• La recherche des articles est clairement explicitée et les bases de données utilisées sont spécifiées et définies. L'utilisation de mot clés et de MesH term est présente et les filtres pour la recherche d'article le sont aussi. Une stratégie de recherche a été posée spécifique à chaque base de données
Conduite de la recherche	• L'identification et la collecte des ressources a été faite selon un protocole stricte fixé dès le départ. Il s'agissait de limiter les recherches aux revues systématiques et aux meta-analyses le tout en appliquant le filtre « humain uniquement ». Les termes ont été traduits dans différentes langues afin de maximiser la collecte des données et ainsi avoir une variété de résultat plus grande. Le but étant d'avoir une revue des différentes recherches menées ces dix dernières années sur l'effet de différentes interventions auprès des patients atteinte de maladies cardiaques dans le but de modifier leur comportement vis-à-vis des programmes de réhabilitation cardiaque.
Analyse des données	• Deux lecteurs ont examinés les références identifiées par la méthode de recherche par titre et extrait d'article. Les critères de sélections étaient les suivants : présence d'extrait expliquant clairement la méthode d'étude utilisée, une sélection appropriée de la population ainsi que les détails des interventions misent en place et les résultats de celles-ci. Les risques de biais est considéré comme faible et a été analyser par un seul lecteur puis vérifier par un deuxième lecteur, indépendamment l'un de l'autre.

RESULTATS	
Présentation des résultats	• Les résultats sont présentés sous formes de textes souvent compact et comportant beaucoup de chiffre et de statistique. L'absence de tableau et de graphique ne facilite pas la lecture des résultats mais le texte est assez clair et concis. Sur les 10 études sélectionnées on peut voir qu'il y a : - Trois études sur l'engagement des patients dans un programme de réhabilitation cardiaque qui montre que les interventions ont été efficaces avec une nette augmentation de la participation (de 42% à 81%). - Deux études portant sur la participation des patients aux différents exercices de réhabilitation cardiaque ont montrés une augmentation du nombre de personne prenant part aux exercices proposés. - Quatre études n'ont pas montrée de différentes significatives sur le comportement des patients. - Une seule étude à montrer l'inutilité de ce genre programme vis-à-vis de l'état de santé des patients et les facteurs de risque. - Cependant aucune étude n'a montrée de résultat sur la mortalité, la morbidité, les coûts ou l'utilisation des ressources de soins.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• Les résultats sont discutés et analysés par thématique séparant la participation des patients et leur implication dans le suivi du programme de la réhabilitation cardiaque. Un volet était consacré aux différents impacts sur les facteurs de risque, la mortalité et la morbidité mais le manque de données empêche l'auteur de faire une conclusion sur ces thèmes. Un résumée des points importants est fait en fin de chaque thème analysé avec les détails, les chiffres et les statistiques de changement et de conservation des risques. • Les limites de l'étude ne sont pas clairement explicitées même si l'auteur reconnait parfois l'absence de données suffisantes à une analyse complète et exprime la nécessité d'analyse plus poussée afin d'obtenir des résultats probants.
Conséquences et recommandations	• L'auteur conclus qu'il est possible de faire plusieurs recommandations pour la pratique à la suite de cette étude. Il semblerait que les interventions proposantes des communications motivationnelles à travers des lettres, des contacts téléphoniques ou électroniques ainsi que des visites à domicile permettent d'augmenter significativement la participation des patients à la réhabilitation cardiaque. De plus il semblerait que la présence d'une infirmière de liaison pour assurer la coordination des soins augmente encore d'avantage l'engagement des patients. • L'auteur précise qu'il faudrait continuer cette étude en intégrant des groupes minoritaires (différentes ethnies, les personnes âgées ou encore les patients ayant de multiples comorbidités).

Article 5:

Predicting short and long-term exercise intentions and behaviour in patients with coronary artery disease: A test of protection motivation theory

Heather Tulloch, Robert Reida, Monika Slovinec D'Angeloa, Ronald C. Plotnikoff, Louise Morrina, Louise Beatona, Sophia Papadakisa and Andrew Pipe. (2009)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre cible le test qui a été réalisé concernant la prédiction de comportements à court et long terme dans la théorie de la motivation de la protection (TMP) pour des **patients ayant une atteinte coronaire.**
Résumé	Le résumé indique le but de l'étude comme étant l'investigation de l'utilité de la théorie de la motivation de la protection dans les intentions de réalisation d'exercices et de comportement **durant l'année suivant l'hospitalisation**. Nous y retrouvons aussi les résultats globaux obtenus à 6 puis 12 mois.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Il s'agit d'avoir une meilleure compréhension des facteurs qui motivent les patients cardiaques à faire de l'exercice, ce qui est nécessaire afin d'améliorer la participation à une réadaptation cardiaque. • La théorie est employée pour comprendre et prévoir la prise de décisions concernant la santé et le comportement. Elle se concentre sur des facteurs cognitifs qui influencent des décisions de se protéger d'événements nuisibles en supposant que cette motivation à se protéger est influencé par deux processus ; évaluation des menaces (vulnérabilité et sévérité perçue) et évaluation du coping (efficacité de la réponse et auto-efficacité). • C'est une problématique pertinente pour la recherche de par le fait que de régulières activités sont des composantes essentielles aux programmes de réhabilitation cardiaque, programmes que trop peu de patients suivent.
Recension des écrits	• La recension d'anciennes théories et études sont citées et sont utilisées pour identifier les déterminants modifiables de ces activités et fournissent un cadre et une base à l'étude réalisée. • Cette recension se base sur des sources primaires et fourni la synthèse de l'état actuel des connaissances. Il y est expliqué des études de la TMP sur le long terme n'ont pas encore été réalisés et sont nécessaires
Cadre de recherche	• C'est une étude qualitative, sur base de questionnaires remplis par des patients recrutés dans 3 centres hospitaliers au Canada.
Buts et question de recherche	• Le but est de tester l'utilité de la TMP selon la relation entre la vulnérabilité perçue, la sévérité perçue, l'auto-efficacité et/ou l'efficacité de réponse face aux intentions de réalisations d'exercice et les comportements effectifs des patients. • Il s'agira de prédire les intentions et comportements des patients durant les 2, 6 et 12 mois post-hospitalisation.

METHODE	
Population et échantillon	• Sur 1433 personnes approchées, 826 patients acceptèrent de participer à l'étude. Après déduction des personnes décédées durant l'étude et celles ayant des valeurs atypiques, 787 personnes furent sélectionnées. • Il en est ressorti qu'il s'agissait majoritairement d'hommes âgés d'environ 61 ans, caucasiens, mariés, non-fumeurs.
Considérations éthiques	• Le protocole et le questionnaire furent approuvés par le comité éthique de recherche. • Les patients étaient informés, consentants et ont tous eu les mêmes questionnaires.
Devis de recherche	• Un premier questionnaire fut rempli par les patients lors de leur hospitalisation et servi de base aux autres questionnaires. Il y fut recensé les aspects médicaux de l'hospitalisation, les aspects démographiques, psychosociaux et les échelles d'exercices. • Après cette entrée dans l'étude, les patients furent contactés par mail pour répondre aux questionnaires à 2, 6 et 12 mois. • Le but était de s'appuyer sur les premiers et deuxièmes questionnaires afin de prédire les comportements aux 6 mois. Pour la prédiction aux 12 mois, il s'agissait de s'appuyer sur les données recueillies lors du questionnaire des 6 mois. • L'article expose les points des questionnaires de manière détaillée.
Modes de collectes de données	• La première collecte fut faite sur le terrain et les 3 autres par internet. • Les thèmes des questionnaires sont exposés • La mise en commun des données et l'exclusion des données biaisées furent réalisées grâce à des algorithmes.
Conduite de la recherche	• L'intervention auprès des patients n'est pas clairement exposée. Il en est de même pour la mise en commun des données.
Analyse des données	• Certaines variables n'étant pas corrélées avec les résultats ne furent pas prises en compte (exemple ; raisons de l'hospitalisation, l'éducation, la consommation de tabac, le BMI…). D'autres comme l'âge, le sexe furent prises en compte. • Les valeurs atypiques furent écartées et non comptabilisées.
RESULTATS	
Présentation des résultats	• Des changements significatifs de la ligne de base des 6 mois a été observé; les niveaux de gravité perçue des patients ont baissé, tandis que leur vulnérabilité perçue a augmentée. • Les participants étaient aussi modérément confiants en leur capacité pour surmonter des barrières pour participer à une activité et nous pouvons voir une augmentation significative de leur confiance au fil du temps. • Le nombre d'exercices et d'activités reportées dépassait le niveau recommandé. • Les résultats furent concluants pour la prédiction à 6 mois mais celle des 12 mois échoua (pas de bonnes démonstrations de correspondances avec les données recueillies)

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• Les résultats fournissent un support pour la TMP uniquement lorsqu'elle est appliquée à court terme. • Dans l'évaluation des variables d'évaluation de coping, nous pouvons constater que les participants croient en leur capacité de s'exercer malgré des barrières rencontrées. L'auto-efficacité est donc un point fort de prédiction d'intentions d'exercice et de comportement. • Les résultats montrent également que l'efficacité de la réponse était aussi un bon facteur influençant les comportements. Ainsi, cette découverte suggère que les croyances des patients cardiaques que l'exercice aboutira à des bénéfices de santé mènent à des intentions plus grandes d'être actives, et donc, à plus d'activité. • Les patients qui ont cru que leur maladie cardiaque était sérieuse, ont rapporté des intentions plus hautes d'être actif et des taux d'activité effectivement plus grands. • Le simple fait de demander aux patients quelles sont leurs intentions et de les identifier formellement peut mener à des niveaux d'activités plus hauts. • La planification détaillée de la façon de mettre en œuvre le comportement désiré augmenterait également la probabilité d'arriver au comportement souhaité. • Contrairement aux croyances populaires, la tactique qui favoriserait les perceptions de menace ne fonctionne pas et serait improductive. • Forces de l'étude : c'est une étude rare, utilisation d'un cadre longitudinal, relativement grand échantillon • Limites ; participants diffèrent sur quelques variables démographiques, les mesures d'exercices sont des données auto-rapportées
Conséquences et recommandations	• Les résultats offrent des informations sur les prédictions de résultats d'exercices et d'activité des patients et offrent des suggestions pour améliorer les comportements et les intentions des personnes à suivre les recommandations d'exercice ; un premier pas important pour les personnes dans leur début du rétablissement cardiaque.

Clicours.COM

Article 6:

Systematic Development of a Nursing Intervention Aimed at Increasing Enrollment in Cardiac Rehabilitation for Acute Coronary Syndrome Patients

Sylvie Cossette, Louis-Xavier D'Aoust, Magali Mrin, Sonia Heppell, Nancy Frasure-Smith. (2009)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre cible le but de l'augmentation des inscriptions en réadaptation cardiaque grâce au développement systématique d'une intervention infirmière.
Résumé	Le résumé expose la situation actuelle et le but de l'article comme étant la réalisation et l'application d'une nouvelle intervention infirmière.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Les procédures de thérapies actuelles pour les SCA sont fournies rapidement après le début de symptômes, aboutissant à des séjours à l'hôpital plus brefs. Donc, dans ces délais plus courts, l'enseignement des patients à propos des facteurs de risque et de leur réduction présentent un nouveau défi infirmier qui est en 1ère ligne pour amorcer et porter ces changements. • Le but est de décrire le sentier systématique dans le développement d'une intervention infirmière qui relève de nouveaux défis dans les réductions de facteurs de risque de SCA et d'augmenter les taux d'inscription en RC • Il s'agit aussi d'améliorer les perceptions de la maladie et l'adhérence au traitement médicamenteux en diminuant l'anxiété, les facteurs de risque et les retours aux urgences. • La problématique est pertinente dans le sens où le syndrome coronarien aigu (SCA) est une des causes principales de morbidité dans le monde entier. De plus, bien que la réadaptation cardiaque (RC) des programmes peut diminuer la répétition d'événements coronaires jusqu'à 25 %, peu de patients s'engagent dans une RC après un événement cardiaque. Une nouvelle démarche est donc nécessaire.
Recension des écrits	• La situation actuelle est exposée et la démarche s'appuie sur un modèle préétabli (modèle de Whittmore et Grey). • La démarche est composée de 3 phases dont la première se base sur une recension de lecture de revue de littérature. Cette lecture y est détaillée et survole de nombreux thèmes
Cadre de recherche	• C'est un article qui résume le chemin utilisé pour la réalisation d'une intervention infirmière spécifique dans l'accompagnement de personnes ayant eu un SCA
Buts et question de recherche	• Il s'agit d'établir le contenu et la structure de l'intervention par la recherche théorique et empirique (phase 1). Dans un deuxième temps, il s'agira d'affiner l'intervention à travers une recherche pilote avec des patients rencontrés lors de 3 rendez-vous. La 3ème phase implique la détermination de l'efficacité clinique de l'intervention incluant une analyse de son effet.

METHODE	
Population et échantillon	• Pour la phase 2, 20 patients ayant subi un SCA ont pris part au projet pilote (étude de faisabilité) ; les ¾ étaient des hommes mariés et l'âge moyen était de 64 ans. . • Un membre de la famille était convié à participer à chaque entretien.
Considérations éthiques	• Patients informés du but de leur participation et la confidentialité leur fut assurée
Devis de recherche	• PHASE 1 : - Recension d'information dans des revues de littératures afin d'identifier les besoins informationnels de patients et les facteurs liés à l'inscription aux RC - Etablissement des contenus, temps et structures des entretiens - Evaluation empirique des perceptions sur la maladie - Il en est ressorti une nécessité de développer une intervention qui commencerait durant l'hospitalisation et continuerait après la sortie des patients. • PHASE 2 : - Le but était d'affiner l'intervention en évaluant la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité à travers une étude de faisabilité. - 3 entretiens individuels furent organisés pour ce projet pilote; Le premier se déroulait une heure avant la sortie de l'hôpital en face à face. Il comprenait une introduction basée sur les compréhensions et les perceptions des patients et la médication. Le second se faisait par téléphone entre 1 et 3 jours suivant l'hospitalisation et exposait principalement les points suivants ; conditions cliniques, habiletés au management du problème et introduction au concept de RC et à l'importance de la modification des facteurs de risque. Le dernier, 8 à 10 jours post-hospitalisation, faisait un focus sur les 2 derniers points cités et sur l'anticipation des difficultés des modifications. Pour ce dernier rendez-vous, les patients pouvaient choisir de se rendre à l'hôpital ou de passer l'entretien par téléphone. • PHASE 3 : - Le but était de déterminer l'efficacité clinique de l'intervention (phase non réalisée à ce stade).
Modes de collectes de données	• La récolte des données s'est faite lors d'entretiens programmés avec des patients.
Conduite de la recherche	• Non spécifié
Analyse des données	• L'analyse des données n'est pas précisée dans cet article. Des graphiques et tableaux résument le recensement des données.
RESULTATS	
Présentation des résultats	• Tandis qu'ils étaient toujours hospitalisés, les facteurs de risque les plus souvent rapportés par des patients étaient l'hérédité et hypercholestérolémie suivi par le stress et le surpoids. Les facteurs de risque qui étaient le moins souvent mentionnés étaient ; vieillissement-âge, des problèmes familiaux, des

	habitudes alimentaires, le diabète, l'hypertension, le tabac et le surmenage. Il en est de même lors du retour à domicile. • Le nombre de patients voulant modifier leurs habitudes de vie a diminué lors du retour à domicile. • L'amélioration des habitudes de vie étaient le but le plus souvent rapporté. • Beaucoup de patients ont appréciés de pouvoir réaliser le dernier entretien de façon téléphonique. • La structure et le contenu des trois rencontres étaient faisables et bien acceptés par des patients en utilisant des entretiens téléphoniques et face à face. • Les membres de la famille étaient difficiles de recruter pour participer à ces entretiens. • 45% des patients participent à un programme de RC après 6 semaines.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• le contenu de l'intervention doit inclure les informations standards à propos des symptômes et des complications, la médication, les facteurs risques, et leurs modifications, l'activité physique, la physiopathologie des problèmes cardiaques, le régime et les propos psychologiques et doivent être individualisé selon les perceptions de la maladie des patients et le degré qu'ils attribuent aux facteurs de risque. Le temps de l'intervention doit refléter les changements de besoins. • Lorsque les personnes sortent de l'hôpital, elles ont tendance à diminuer leurs besoins, il faudrait donc rallonger l'hospitalisation et l'intervention. • Il semble important de traiter des aspects cliniques avant la sortie de l'hôpital tandis que les questions de modification de facteur de risque ont apparaissent naturellement une fois les patients sortis de l'hôpital ; lors du 3ème rendez-vous.
Conséquences et recommandations	• Les besoins informationnels évoluent dans la trajectoire de la maladie ; il est donc nécessaire d'étendre l'intervention après la période d'hospitalisation. • Selon la théorie de Leventhal, il y a peu de potentiel pour le changement comportemental si les patients attribuent leur maladie à des causes sur lesquelles ils ont peu de contrôle. Cela met en évidence le besoin d'une intervention abordant les propres représentations individuelles des patients de leur maladie pour modifier et les restructurer. • Dans le climat actuel de séjours raccourcis à l'hôpital, il est presque impossible d'instruire d'une façon optimale des patients ACS pendant l'hospitalisation de leur événement aigu et de la modification des facteurs de risque. Il est donc impératif pour des infirmières de concevoir de nouvelles interventions qui peuvent s'étendre dans la période de post-décharge.

Article 7:

A meta-analysis of randomized control trials of home-based secondary prevention programs for coronary artery disease.

Alexander M Clark, Mark Haykowsky, Jennifer Kryworuchko, Todd MacClure, Jess Scott, Marie DesMeules, Wei Luo, Y. Liang and A McAlister. (2009)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre cible l'aspect des programmes de prévention secondaire à domicile pour la gestion des coronaropathies.
Résumé	Ce que précise le résumé par rapport au titre, c'est que cette méta-analyse permet de **comparer les coûts/bénéfices des programmes de prévention secondaire à domicile, dans les soins usuels à l'hôpital et en centre de réhabilitation cardiaque**. Les comparaisons se font sur des facteurs comme la qualité de vie, la pression artérielle, l'arrêt du tabagisme, le cholestérol total et sur la dépression.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Les soins en hôpitaux sont bien reconnus internationalement, mais seulement 30% de la population atteinte de coronaropathie en bénéficie. • Il est donc question de formaliser des modèles de programme de prévention à domicile pour pallier à la problématique de santé publique, tout en le rendant le plus accessible possible pour favoriser l'adhésion de la part des patients. • Le phénomène sous-jacent pour les soins infirmiers n'est pas précisé. En revanche, il s'agit de développer ces modèles pour les années qui vont suivre, pour optimiser les coûts de la santé.
Recension des écrits	• La recension des écrits a porté sur la comparaison entre les soins prodigués à domicile, avec ceux à l'hôpital. Devant les inégalités de traitements au niveau international, des guidelines récents recommandent d'appliquer largement des méthodes alternatives.
Cadre de recherche	• Les auteurs ne décrivent pas leurs évidences dans un plan contextuel. • Les enjeux sont implicitement liés à ceux de santé publique, mais ne sont pas décrit en tant que tels.
Buts et question de recherche	• Il s'agit d'examiner et de comparer les effets du programme à domicile de prévention secondaire destiné aux personnes atteintes de coronaropathies avec ceux en hôpitaux et en centre de réadaptation cardiaque. • La question de recherche découle de la recension des écrits. • Les variables sont clairement annoncées et permettront de comparer les différents milieux.
METHODE	
Population et échantillon	• La revue évoque les 36 articles sélectionnés. La population étudiée n'est pas réellement plus détaillée, mais les critères de sélection ne parlent que d'une population atteinte de coronaropathie (toutes pathologies confondues). L'âge moyen est décrit sur certaines études.

	• Deux auteurs ont sélectionnés séparément les résultats, pour le donner à un troisième auteur en double contrôle. • Le nombre de la population totale étudiée était suffisant pour les auteurs qui ont encore cherché à trier de façon systématique, par des outils statistiques, pour éviter les divergences. • Les échantillonnages ont été catégorisés de manière à comparer les différents milieux en **fonction des critères d'efficacité** (à savoir : **toute les causes de mortalité, la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire, la qualité de vie, la baisse des facteurs de risques cardiovasculaires et les coûts**).
Considérations éthiques	• Il n'y a pas eu de mesures particulières en termes d'éthique. • En revanche, le fait de limiter les déviances de l'analyse des résultats pour obtenir des aspects concrets transférables à la pratique, maximise ainsi le bénéfice pour les participants. Cela permet d'avoir un regard critique sur bon nombre de revues.
Devis de recherche	• Le devis employé permet de maximiser le nombre de l'échantillonnage, de sorte il permet à l'étude de répondre aux questions de recherches, en comparant les différents milieux. • En faisant un double contrôle, les auteurs respectent ainsi l'applicabilité des résultats.
Modes de collectes de données	• Les données furent extraites par trois des auteurs principaux. • Les questions de recherche sont très claires depuis le départ, et permettent de bien situer la comparaison. L'analyse reprend chaque critère d'efficacité. • Il n'y a pas d'instruments décrits pour la collecte des données, mise à part l'utilisation de Google pour des données manquantes.
Conduite de la recherche	• Les collectes de données ont été faites par les auteurs principaux de la revue, probablement car ce sont les plus qualifiés et les plus compétents concernant cette matière. Clark est un auteur emblématique dans la littérature sur la prévention des coronaropathies, avec plusieurs études sous sa direction. • Cette revue ne contient pas réellement d'intervention, elle cherche à faire le point sur l'état actuel de la littérature pour avoir un regard critique sur la pratique à adopter.
Analyse des données	• Les auteurs utilisent RevMan 4.2.8 de la Cochrane Collaboration • Les variables des analyses statistiques sont pris en compte pour diminuer les biais.
RESULTATS	
Présentation des résultats	• Une figure résume les critères de sélection des articles, pour ne sélectionner que 36 articles sur 4986. • Différents types d'interventions sont décrits : - **Structure « Papier »** qui consiste à donner un manuel/protocole à suivre pour guider les personnes pour communiquer sur les facteurs de risques et les guider dans l'accompagnement à l'activité physique, au suivi d'un régime et au soutien psychosocial nécessaire au bien-être. - **Structure de soutien téléphonique** qui consiste à fournir un soutien à la demande, grâce à des professionnels de santé. - **Structure électronique** qui fournit une aide à travers une combinaison de réponse par e-mail, de supports informatifs sur

	internet et des discussions (forum) en ligne. - **Structure de visites à domicile** (très diversifiée) où des infirmiers, voire des physiothérapeutes se déplacent pour mener un programme compréhensif de réduction des facteurs de risque. • <u>Comparaison entre les différents milieux d'intervention :</u> **1. Toutes les causes de mortalité** Peu ou pas de différence entre les interventions à domicile et les soins usuels en hôpitaux ou en centre de réhabilitation. **2. Récidive d'événement cardiovasculaire** Peu différence entre les interventions à domicile et les soins usuels en hôpitaux ou en centre de réhabilitation. En revanche, plus les soins sont intensifs et menés par des infirmières spécialisées en cardiologie, plus les résultats s'améliorent. **3. Qualité de vie** A court terme (<12 mois), les différences sont significatives entre les interventions à domicile et les soins en hôpitaux et les centre de réadaptation, alors qu'à plus long terme la différence devient moindre. **4. Facteurs de risque cardiovasculaires** <u>Des bénéfices significatifs ont été démontrés entre les interventions à domicile et les soins en hôpitaux</u> en ce qui concerne la régulation de l'hypertension artérielle, le niveau de cholestérol, le taux d'arrêt du tabac et le score de dépression. <u>Pas de bénéfices constatés en comparaison avec la réhabilitation</u> **5. Coûts** Les interventions permettent d'épargner des coûts, avec une prise en charge à US$300 par patients.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• Les bénéfices ont été démontrés en ce qui concerne la qualité de vie et les facteurs de risques athérosclérotiques. À domicile, le taux d'arrêt du tabac est 14% supérieur aux prises en charge habituelles en hôpitaux ou en réhabilitation. En sachant que l'arrêt tabagique diminue les risques de mortalité de 46%, c'est une avancée significative. La baisse du taux de cholestérol contribue également à diminuer le risque de mortalité de 18 à 28%. Une baisse de 4mmHg de la pression systolique devrait contribuer à diminuer la récidive d'événements cardiovasculaire de 20%. Même si l'impact sur la dépression est minime, le fait de la diminuer ne serait-ce que légèrement, va contribuer à diminuer le risque de récidive. • La revue comporte quelques limites, en partie à cause du nombre d'essai et de la relativement courte durée de suivi. Des critères comme la mortalité peuvent être améliorés, en augmentant le suivi sur deux années consécutives. Enfin, certains participants sont décrits comme étant plus jeunes et donc plus motivés que la moyenne d'âge clinique.
Conséquences et recommandations	• Un plus grand nombre d'essai doit être entrepris pour améliorer la sensibilité des résultats et décrire adéquatement les faits.

Article 8:

Exercice-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease.

Balraj S Heran, Jenny MH Chen, Shah Ebrahim, Tifffany Moxham, Neil Oldridge, Karen Rees, David R Thompson and Rod S Taylor. (2014)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise bien le sujet de l'étude qui est ici la réhabilitation cardiaque. Cependant, il ne contient aucune autre information concernant le type d'intervention ni la population cible.
Résumé	Le résumé est simple, clair et précis donnant ainsi rapidement une bonne idée au lecteur des sujets abordés et du but de la recherche menée. Les pathologies coronariennes touchent une large population de nos jours et est de ce fait un problème de santé important. La réhabilitation cardiaque vise donc à restaurer la santé des patients atteints de ce type de pathologie. Recherche les effets des exercices de réhabilitation cardiaque sur différents facteurs de santé chez les individus atteints de maladies cardiaques.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Il s'agit ici d'étudier l'impact des exercices de réhabilitation cardiaque proposés. Que cela se fasse à domicile ou en centre de réadaptation, de manière suivie ou de manière libre afin d'avoir une vue globale de l'impact que cela a sur les patients. Les maladies cardiaques ont une incidence en augmentation ces dernières années et les prises en charges se font de manière spécifique. De ce fait, il est tout à fait pertinent de chercher à savoir quel programme est le plus efficace et quels seraient les points à améliorer.
Recension des écrits	• Elle est faite de manière complète dans de multiples bases de données (Cochrane, Medline, CINAHL, Central, etc.) indépendamment par deux lecteurs. Le nombre d'études sélectionnées englobe un large panel d'informations et permet ainsi d'avoir une idée claire et précise de la question de départ.
Cadre de recherche	• Le cadre posé est restreint mais reste ouvert aux recherches d'articles afin d'avoir une certaine variété dans les résultats et le type d'étude menées. • Les concepts clés tels que les maladies coronariennes, la réhabilitation cardiaque et les exercices physiques sont clairement posés et aident ainsi à situer le domaine de recherche. La population est large mais spécifiée malgré tout.
Buts et question de recherche	• Dans le cadre de cette étude, il s'agit de déterminer l'efficacité des exercices de réhabilitation à domicile seul ou accompagné d'un suivi psychologique ou d'interventions à but éducatives. De plus, les auteurs essaient de comparer ces différentes manières de suivre les patients vis-à-vis de la morbidité, de la mortalité et des événements de santé reliée à la qualité de vie des patients atteints de pathologies coronariennes.

METHODE	
Population et échantillon	• La population cible des articles de recherches est spécifiée au travers de pathologies ou traitements tels que l'infarctus du myocarde, le pontage coronarien, l'angine de poitrine ou encore les angioplasties coronarienne. Cependant il n'y a pas de spécificité concernant l'âge, la seule donnée présente est que les patients sont des hommes et des femmes adultes soit encore à l'hôpital soit déjà rentrés à domicile. Les pathologies cardiaques peuvent toucher les personnes à n'importe quel moment de leur vie, de ce fait l'auteur n'a pas mis de limites de recherches quant à la population cible, et ce afin d'avoir une vision globale de la situation actuelle.
Considérations éthiques	• Les patients sélectionnés étaient libres de participer aux différentes études et pouvaient quitter le programme à n'importe quel moment. Les protocoles de suivit étaient fixes et conclus avant le commencement du programme de suivis afin que les patients puissent être le plus confortable possible. Le choix des patients a été respecté et leurs données privées n'ont pas été utilisées dans les résultats de l'étude publiée.
Devis de recherche	• Un plan de recherche stricte est définit dans le déroulement de cette étude. Il contient le type d'étude, le type de participant, le type d'intervention, le type de résultats recherchés ainsi que les méthodes de recherche d'articles utilisés.
Modes de collectes de données	• La recherche des articles est clairement explicitée et les bases de données utilisées sont spécifiées et définit. L'utilisation de mot clés et de MesH terms est présente et les filtres pour la recherche d'article le sont aussi. Les questions de bases sont claires et définies de manière plus ou moins précise en fonctions des informations cherchées et en fonction des résultats nécessaire à leur analyse. Les outils principaux utilisés dans cette recherche de littérature sont spécifiés en fonction des bases de données, des filtres utilisés et des années de publication.
Conduite de la recherche	• L'identification et la collecte des ressources ont été faites selon un protocole fixe. Il se fait par sélection, en fonction des titres et des extraits d'article, par deux lecteurs différents et indépendamment l'un de l'autre. Un troisième lecteur était présent en cas de doute ou de désaccord sur la pertinence d'un article. Cette étude ne cherche pas à instaurer un changement dans la pratique mais plutôt à rassembler une grande partie des données actuellement disponible pour la prise en charge des patients souffrants de maladies coronariennes. Le but étant d'avoir une revue des différentes recherches menées ces dix dernières années sur les méthodes de réhabilitation cardiaque proposées ainsi que leur impact sur la santé globale des patients.
Analyse des données	• Les données d'analyse ont été extraites par un lecteur à travers une méthode de sélection puis vérifier par un deuxième lecteur. Lors de la présence de chiffres et de statistiques, les données étaient de collecter afin de faire des comparatifs et de calculer un risque ainsi qu'une marge d'erreur possible. Le risque de biais est clairement explicité et analysé à travers les

	outils de la Cochrane Library pour chacune des études utilisées. Les résultats principaux sont mis en évidence dans les titres et les détails de ceux-ci se trouvent soit en annexe soit en grande ligne dans le corps du texte.
RESULTATS	
Présentation des résultats	• Les résultats sont présentés sous formes de textes souvent compact et comportant beaucoup de chiffre et de statistique. L'absence de tableau et de graphique ne facilite pas la lecture des résultats mais le texte est assez clair et concis. On peut cependant ressortie qu'il y a : • Une réduction significative du taux de mortalité cardiaque et mortalité totale pour les patients avec une prise en charge spécialisée sur les exercices de réhabilitation cardiaque ayant un suivi supérieur à 12 mois. • Une réduction du nombre de réadmission hospitalière des patients nécessitant des soins spécialisés. • Pas de différence entre la réhabilitation cardiaque et les soins de base en ce qui concerne le risque de nouvel événement cardiovasculaire de type infarctus du myocarde. • Une amélioration générale de la qualité de vie des patients ayant suivis des exercices de réhabilitation cardiaque • Les résultats sont issus de la recherche d'experts et se basent sur un grand nombre d'études et d'articles.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• Les résultats sont discutés et analysé par thématique regroupant : la mortalité, la morbidité, les hospitalisations, la qualité de vie et les coûts. Une comparaison entre les études précédentes dans la Cochrane Library est faite et les résultats sont explicités comme concordants. Un résumé des points importants est fait en fin de chaque thème analysé avec les détails, les chiffres et les statistiques de changement et de conservation des risques. Les limites de l'étude sont posées comme le manque de résultats suffisant ou le risques de biais en fonction des résultats non significatifs (influence trop faible pour être prise en compte). De plus, l'auteur soulève une population majoritairement jeune et n'ayant pas de trouble physiologique supplémentaire à leur pathologie ou accident cardiaque Peu de liens sont faits avec une éventuelle mise en pratique des résultats de l'étude sur le terrain.
Conséquences et recommandations	En termes de prise en charge sur du long terme, c'est-à-dire plus de 12 mois, les exercices de réhabilitation cardiaque sont efficace dans la réduction de la mortalité et dans les réhospitalisation. Les auteurs conclu que cette prise en charge devrait être recommandée à tous les patients similaires à ceux de cette étude et en particulier les hommes jeunes ayant souffert d'un infarctus du myocarde. Il semblerait intéressant d'inclure des études détaillées qui traitent du coût des prises en charge de ces patients et d'avoir une population composée d'une variété d'ethnies plus importante.

Article 9:

Home based versus centre based cardiac rehabilitation : cochrane systematic review and meta-analysis.

Hasnain M Dalal, Ana Zawada, Kate Jolly, Tiffany Moxham, Rod S Taylor. (2010)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	• Le titre précise les thématiques principales abordées et l'étude de comparatif. Par contre, il ne figure pas d'indication quant à la classe de population étudiée si ce n'est des patients pouvant bénéficier de réhabilitation cardiaque.
Résumé	• Il ne figure pas de résumé à proprement dit mais une introduction détaillant les chapitres de l'article comme les objectifs, la méthode de recherche ainsi qu'une brève conclusion. • L'introduction est complète et aborde les principaux thèmes traités dans l'article. Il explique le processus d'étude dans son ensemble et les méthodes d'interventions proposées par les auteurs ainsi que les résultats recherchés.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Le but de cette recherche est de comparer les effets des exercices de réhabilitation dispensés à domicilie contre ceux dispensés en centres spécialisés sur la mortalité, la morbidité, la qualité de vie, les facteurs de risques modifiables chez les patients atteints de maladies coronariennes. Le problème est clairement explicité et s'implique dans une recherche pertinente que l'on peut de nos jours tout à fait lier à la pratique infirmière. Il est donc tout à fait adéquat de comparer des soins dispensés en centres spécialisés à des soins dispensés à domicile afin de pouvoir comparer l'efficacité des deux.
Recension des écrits	• Recherche complète d'essais aléatoires contrôlés provenant d'une précédente revue systématique publiée à laquelle a été ajoutée une liste de nouvelles études publiées entre 2001 et 2008. Les bases de données utilisées pour ce faire étaient : MEDLINE, COCHRANE, PsycINFO, HTA, EMBASE, CENTRAL, NHS et dare. Deux lecteurs avaient la charge de lire et de sélectionner les articles en se basant sur les titres et les extraits de ceux-ci. Afin d'être retenus pour cette étude, les articles devaient comporter les critères suivants : identification claire de la méthode d'étude, définition précise de la population cible et explication claire des interventions proposées.
Cadre de recherche	• Les concepts clés sont clairement expliqués mais seulement à partir de la 3ème page de l'article. Il est donc nécessaire de dépasser l'introduction et l'extrait pour savoir de quoi traite exactement l'article. Les concepts correspondent cependant tout à fait au cadre de recherche. On parle ici de programme de réhabilitation, d'exercice physique, de suivi thérapeutique et de surveillance de l'état de santé des patients. On reconnaît l'évaluation de la réhabilitation cardiaque et l'étude des programmes en centre ou à domicile.

Clic-ours.com

Buts et question de recherche	• La comparaison entre deux méthodes de prise en charge des patients atteints de pathologies coronariennes. La première méthode consiste en des soins dispensés en centre de réhabilitation cardiaque et la deuxième se construit autour du patient à son domicile. Le but étant de comparer l'effet et les impacts de ces deux approches de la réhabilitation sur plusieurs aspects (mortalité, morbidité, composition sanguine, pression sanguine, capacité à faire des exercices physiques, qualité de vie, utilisation des services de soins et coûts des prises en charge).
METHODE	
Population et échantillon	• Elle est clairement spécifiée comme portant sur des adultes atteint des pathologies suivantes : infarctus du myocarde, angine de poitrine, arrêt cardiaque, pontage coronarien ou angioplastie des coronaires.
Considérations éthiques	• Les patients ont tous été invités à prendre part à ce programme et sont donc tous volontaires à la participation de cette étude. Il n'y a pas d'information supplémentaire quant au respect des droits des patients dans cet article.
Devis de recherche	• Les différentes études et recherches menées apportent des informations suffisantes aux différentes hypothèses posées et permettent ainsi d'en tirer des conclusions intéressantes voire utiles pour la pratique infirmières. Un plan de recherche stricte est définit dans le déroulement de cette étude. Il contient le type d'étude, le type de participant, le type d'intervention, le type de résultats recherchés ainsi que les méthodes de recherche d'articles utilisées.
Modes de collectes de données	• Un protocole de recherche est spécifié dans le chapitre « méthode de recherche et identification des études ». Il explique clairement les études suivis, le type d'article recherchés, les inclusions et les exclusions ainsi que les instruments de sélections utilisés pour sélectionner les articles pertinents.
Conduite de la recherche	• Les études ont été collectées par deux lecteurs indépendamment l'un de l'autre. De plus, ces deux personnes ont évalués les textes complets de tous les essais potentiellement pertinents afin de vérifier leur éligibilité vis-à-vis des critères d'inclusions définis pour cette étude. Cette étude cherche à déterminer l'efficacité de deux prises en charge différentes. De ce fait, il y a une intervention spécifique à la pratique infirmière. Elle est décrite de manière précise, comme un guideline au long de l'article et les résultats sont détaillés sous forme de tableau et de chiffre.
Analyse des données	• Les données ont été collectées par un seul lecteur et vérifiées après coup par un second lecteur. Des outils d'extractions d'informations standards furent utilisés pour extraire les données pertinentes telles que : les critères d'inclusions, les risques de biais et les résultats. Pour les études comportant un manque de données ou des zones d'ombres, les lecteurs pouvaient contacter les auteurs afin de demander des compléments d'informations.

RESULTATS	
Présentation des résultats	• Les résultats sont présentés de manière très précise et détaillée. Chaque étude sélectionnée est détaillée sous forme d'un tableau comprenant : la méthode utilisée, le nombre de participant, les interventions, les principaux résultats, la durée du suivi ainsi que le pays ou l'étude a été menée. De ce fait, il est possible d'avoir une rapide vue globale des informations sur lesquelles l'auteur se base pour appuyer son argumentation. De plus, certains résultats sont, en plus du texte, explicités sous forme de statistiques avec des facteurs de comparaisons ainsi que des graphiques qui facilitent la lecture et la compréhension des concepts importants. Les données sont, ici, visiblement, évaluées et interprétées par les auteurs en comparaison avec des recherches précédentes. Dans l'ensemble, les résultats ne montrent pas de différence significative entre la prise hospitalière et la prise en charge à domicile. Certains points, comme la qualité de vie et le coût des soins, semble être légèrement mieux lorsque les soins sont dispensés à domicile. Il est important de noter que les résultats sur du court (moins de 6 mois) et moyen terme (moins de 12 mois) semblent ne pas avoir d'impact significatif alors que lorsque l'on regarde les études menées sur du long terme (12 mois et plus) semblent avoir un effet positif plus important sur les patients en ce qui concerne la capacité à faire des exercices physiques.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• Chaque résultat est explicité seul d'abord puis en relation avec d'autres facteurs ou en comparaison avec d'autres études. De plus chaque facteur analysé est considéré sur du court, moyen et long terme. Il y a, vraisemblablement, une très bonne concordance entre les études précédentes et cette étude actuelle. On peut noter quelques évolutions, en terme de prise en charge, au vue des moyens hospitaliers qui se sont nettement améliorées dans les centres de soins ces vingt dernières années. Les auteurs explicitent clairement les limites de son étude comment étant la sélection d'articles portant sur des patients atteints de pathologies coronariennes (majoritairement des infarctus du myocarde) mais ayant un état de santé stable. De plus, les patients ont tous reçu un le guide « le guide de réhabilitation cardiaque à domicile » ce qui pourrait appuyer l'hétérogénéité des résultats.
Conséquences et recommandations	• Les résultats de cette étude n'apportent que très peu pour la pratique en termes de prise en charge spécifique. La différence entre des soins dispensés à domicile ou en centre de réhabilitation semble avoir la même efficacité, Par contre, l'auteur souligne une notion intéressante. Il est nécessaire de noter l'importance du choix des patients dans un programme qui leur convient. En effet, une personne qui souhaite travailler dans la vie active souhaitera probablement un programme d'éducation à domicile. A l'inverse, une personne qui

	ne travaille pas trouvera peut-être plus simple d'être dans un centre spécialisé avec tous les services autour de lui et ce, sans les déplacements à faire. Ainsi, on pourrait voir une corrélation entre l'implication des patients dans leurs programmes de réhabilitation cardiaque et l'agencement qu'ils peuvent en avoir avec leur vie au quotidien.

Article 10:

Choice of secondary prevention improves risk factors after acute coronary syndrome : 1-year follow-up of the CHOICE (Choice of Health Options in Prevention of Cardiovascular Events) randomised controlled trial

J Redfern, T Briffa, E Ellis and S B Freedman (2009)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre cible le second niveau de prévention, la population coronarienne à l'étude, la durée du suivi d'un an ainsi que la méthodologie CHOICE et le type d'étude.
Résumé	Le résumé cherche à déterminer l'effet d'un nouveau programme de prévention cardiovasculaire CHOICE sur 144 survivants d'un syndrome coronarien aigu. Le groupe CHOICE avait un **impact positif significatif** des facteurs de risque comme le cholestérol total, la pression artérielle systolique, l'indice de masse corporelle et l'activité physique. Après un an de suivi, 21% du groupe possède encore trois facteurs de risque ou plus, contre 72% dans le groupe contrôle.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Les auteurs mettent en avant la sous-utilisation des centres de réadaptation, pourtant décrits comme étant l'unique moyen de prévention efficace dans la gestion des coronaropathies et que seule une minorité des patients y accède. • La problématique est pertinente car les auteurs mettent en avant le fait qu'en 2010 un Européen sur cinq décède des suites d'une coronaropathie. • L'enjeu pour la discipline consiste à amener un programme de prévention secondaire innovant et peu coûteux.
Recension des écrits	• La recension des écrits met en avant le fait que malgré les opportunités que fournit la prévention secondaire, à savoir un **prolongement de la survie, la réduction des récidives d'événements cardiovasculaire, la baisse du taux de revascularisation et l'amélioration de la qualité de vie**, elles sont souvent perdues. • L'état des connaissances actuelles de la part des auteurs met en lien un manque d'étude sur la population de patients qui n'accèdent pas aux centres de réadaptation.
Cadre de recherche	• Les concepts clés mettent en avant la volonté des auteurs d'inscrire leur recherche dans le **domaine cognitivo-behavioriste, de sorte à améliorer la participation des patients dans la prise de décision qui affecte la gestion de leur maladie**.
Buts et question de recherche	• Le but est de mettre en avant les bénéfices du programme développé et testé. • La variable mise en avant par les auteurs est l'élaboration du programme centré sur la participation active des patients à leurs plans de soins, tout en définissant des objectifs mutuellement acceptables pour améliorer la pertinence du changement de comportement. • Des bénéfices ont été démontrés à court terme (<3 mois), mais

	les auteurs misent sur le maintien du changement (>1an).
METHODE	
Population et échantillon	• La population utilisée dans les analyses est décrite avec précision. Les auteurs distinguent clairement les caractéristiques des deux groupes (CHOICE et contrôle) : Genre, âge, pourcentage de personnes actives au travail, pourcentage des différentes pathologies coronariennes (58% d'infarctus du myocarde, 42% d'angor instable), pourcentage des différents facteurs de risque. • Les auteurs ont cherché à avoir un groupe contrôle et un groupe test très similaire pour accroître la représentativité.
Considérations éthiques	• Des moyens éthiques ont été mis en œuvre, validés et conduits par l'hôpital de Sydney. • Les bénéfices pour les participants sont bien présents, puisque les auteurs cherchent à intégrer un modèle de prévention efficace et peu onéreux.
Devis de recherche	• 4 types d'interventions individualisées, structurées et dans une approche de gestion de cas dans le CHOICE groupe : 1. **Participation au développement de modules d'investigation de chaque facteur de risque**. Ces modules comprennent tous la baisse du taux de cholestérol (en incluant une alimentation saine et des traitements pharmacologiques), mais aussi jusqu'à deux modules supplémentaires (choix entre la baisse de la pression artérielle systolique, l'arrêt du tabagisme, et l'amélioration de l'activité physique). **2. Implication du patient dans l'élaboration d'une liste pertinente personnalisée des facteurs de risque à traiter, en entretien personnel.** 3. Le patient fait un **choix orienté sur quels facteurs de risque il veut travailler**. Par la suite, il sélectionne quelle option de gestion il veut mettre en place pour baisser les risques. 4. **Suivi par téléphone sur 3 mois**, où les **stratégies et les objectifs sont réévalués et éventuellement modifiés pour maximiser le succès**. Si le patient arrive à son objectif, il a la possibilité d'ajouter un nouveau module. Les patients sont fortement encouragés à communiquer leurs réussites à leur médecin de famille et à leur cardiologue.
Modes de collectes de données	• Peu d'informations sur les outils de mesures. • Les observations se sont donc basées sur le recueil de données par téléphone.
Conduite de la recherche	• Les auteurs ont cherché à minimiser les biais en sélectionnant scrupuleusement la population à étudier.
Analyse des données	• Les données furent analysées par le logiciel SPSS 12.01. • Les caractéristiques sont présentées et traitées avec le calcul d'erreur. Des outils statistiques sont utilisés et décrits de sorte à minimiser les biais.
RESULTATS	
Présentation des résultats	• Chaque résultat concernant les modules de la phase 1 est illustré sous forme graphique, de tableau et narrative.

	• **Connaissances des facteurs de risque modifiables :** Avant l'intervention, la majorité des patients des deux groupes (CHOICE 67% et contrôle 82%) était incapable d'identifier leurs propres facteurs de risque. Après 12 mois d'intervention, il n'y a pas de changement significatif dans le groupe contrôle. Alors que dans le groupe CHOICE, **les connaissances passent de 30% à environ 70%**. Les auteurs font état d'une **corrélation entre les connaissances et la capacité à atteindre les objectifs fixés** (surtout pour le taux de cholestérol et l'activité physique). • **Comparaison entre le groupe de réhabilitation non-aléatoire et le CHOICE groupe :** Les auteurs tiennent à distinguer la population admise en centre de réadaptation car cette population a pour la plupart subi une intervention chirurgicale, possède moins d'antécédents cardiovasculaires et donc commence l'étude avec un faible taux de facteurs de risque, contrairement au CHOICE groupe qui démarre l'étude avec un niveau et un nombre plus élevé de facteurs de risque. Toutefois, les auteurs constatent que pour l'activité physique, le groupe de réadaptation obtient un pic à 3 mois et redescend rapidement, alors que le CHOICE groupe continue d'augmenter son activité, même après 12 mois de suivi. La tendance se confirme pour les autres facteurs de risque, sur le plus long terme.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• La première évidence intéressante est que les résultats à court terme (sur 12 mois) sont maintenus sans qu'il n'y ait de nouvelles interventions mises en place après l'entretien de la phase 2. Le taux de cholestérol a significativement baissé dans le groupe CHOICE, alors que la tendance pour le groupe contrôle ne diminue pas, malgré que les patients consultent régulièrement leur médecin traitant et bénéficient également d'un traitement médicamenteux par Statines. • Les limites décrites par les auteurs correspondent à la simplicité du dispositif de départ mis en place (1h d'entretien personnel et environ 10 minutes d'appel sur 3 mois de suivi). En revanche, cela contribue à diminuer efficacement les coûts en comparaison avec les centres traditionnels de réadaptation. • Selon les auteurs, le succès de ce programme est lié au fait que le programme engage des fournisseurs de services locaux. Mais surtout que le programme est **basé sur un modèle cognitivo-behavioriste qui favorise la participation active du patient, améliorant ainsi les résultats de santé**. • En lien avec des études antérieures, le programme CHOICE s'inscrit également dans une réduction des facteurs de risque de sorte à réduire les récidives d'événements cardiovasculaires et à réduire également les admissions à l'hôpital. • La plus grande évidence du programme CHOICE par rapport à d'autres approches individualisées, est qu'il permet à chaque patient de faire ses propres choix, tout en étant guidé dans la gestion de sa maladie. Cela conduit le patient à améliorer son

	changement et à le maintenir sur le long-terme. • Enfin le lien entre **l'amélioration des connaissances de sa pathologie et des facteurs de risque conduit indubitablement à l'amélioration des niveaux des facteurs de risque, au renforcement de l'orientation active du patient, à un meilleur état de santé général et à une meilleure qualité de vie**. • Les limites sont liées au fait que la population étudiée ne provient que d'un seul centre, ce qui diminue l'hétérogénéité des résultats. De futures études nécessiteraient d'être menées dans d'autres centres.
Conséquences et recommandations	• Les auteurs relatent l'évidence **qu'un bref programme de prévention secondaire est aussi efficace qu'un modèle de réhabilitation cardiaque traditionnel**. Le CHOICE programme **offre même dans ce contexte un modèle plus individualisé.** • Ce programme est doté d'une très **grande flexibilité** qui peut être **transférée à des patients dans différentes zones géographiques, avec des milieux culturels différents**.

Article 11:

Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction

Pantaleo Giannuzzi, Pier Luigi Temporelli, Roberto Marchioli, Aldo Pietro Maggioni, Gianluigi Baslestroni, Vincezo Ceci, Carmine Chieffo, Marinelle Gatonne, Raffaele Griffo, Carlo Schweiger, Luigi Tavazzi, Stefano Urbinati, Franco Valagussa, and Diego Vanuzzo. (2008)

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre situe le niveau de prévention pour limiter les récidives (sous-entendu cardiovasculaires) après un infarctus myocardique.
Résumé	L'étude cherche à évaluer l'effet sur la qualité des soins et sur le pronostic sur le long terme (3 ans) d'une stratégie intensive de réhabilitation post-infarctus du myocarde.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	• Les programmes des centres de réhabilitation ont progressivement évolué en passant d'interventions ciblées sur l'activité physique à un programme complet. Ce programme se doit d'être compréhensif en incluant la modification des facteurs de risque et des interventions behavioristes ciblées sur le changement d'activité physique, sur le stress psychologique et sur les composantes professionnelles des habitudes de vie. A court-terme déjà, l'implémentation n'est pas adéquate compte tenu du fait que les patients n'atteignaient pas les objectifs spécifiques à leur profil. Cela se traduit concrètement par une inobservance (même à court terme dès la sortie de l'hôpital) du traitement médicamenteux qui conduit régulièrement à une récidive cardiovasculaire. • La problématique est essentielle et se justifie pour diminuer les risques de récidives.
Recension des écrits	• Les auteurs fondent la problématique sur 16 articles, mettant en avant qu'une approche à court terme ne peut montrer des impacts bénéfiques sur la qualité de vie ou sur une baisse de la mortalité et de la morbidité. • En l'état actuel des connaissances des auteurs, il n'y a pas eu d'essai démontrant l'impact des interventions sur plus de 3 ans.
Cadre de recherche	• C'est un essai aléatoire s'inscrivant dans 78 centres italiens de réhabilitation cardiaque, ayant la volonté d'améliorer à long terme l'efficacité d'une prise en charge renforcée, avec une composante éducationnelle multifactorielle dans une optique d'intervention behavioriste.
Buts et question de recherche	• Il s'agit d'évaluer l'efficacité d'essais cliniques aléatoires contrôlés en fonction de deux stratégies de prévention secondaire. La durée et l'intensité des interventions de suivi varient selon les stratégies.
METHODE	
Population et échantillon	• 1620 patients ont été scrupuleusement sélectionnés pour chaque groupe (intervention et contrôle). • Pour accroître la représentativité et la possible généralisation des

	résultats, les auteurs ont sélectionné des patients se rendant régulièrement dans des centres de réhabilitation cardiaque (ou ayant un suivi à domicile ou ambulatoire) dont l'infarctus est récent (<3 mois). • Les personnes de plus de 75 ans ou ayant une incapacité physique limitant l'exercice sont exclues.
Considérations éthiques	• Les procédures de sélection sont aléatoires et déterminées par un algorithme électronique. • Le fait que le groupe contrôle doit être suivi régulièrement par une équipe professionnelle limite les risques.
Devis de recherche	• Le programme multifactoriel, behavioriste, avec un suivi éducatif a été créé par une équipe de réhabilitation cardiaque, comprenant une infirmière spécialisée en cardiologie, un physiothérapeute et un cardiologue. Un psychologue peut être mandaté. **Intervention expérimentale :** 1. Lettre adressée à la famille des patients, les informant sur le sujet et les invitant à collaborer avec les objectifs de l'étude. 2. Sessions compréhensives de réhabilitation cardiaque : - Entretien personnalisé programmé mensuellement pendant 6 mois, puis chaque 6 mois pendant 3 ans. - 30 minutes d'aérobic - Jusqu'à une heure de conseils sur les habitudes de vie et sur les facteurs de risque - 30 minutes de renforcement dans les interventions de prévention • Pour améliorer l'adhérence des patients et les aider à adopter un rôle prépondérant pour leur propre santé, une brochure explicative est distribuée. Elle explique comment traiter les exercices, les régimes, l'arrêt tabagique et comment gérer le stress induit. Le soutien de la famille est encouragé, de sorte à maintenir les changements sur le long terme. • Les interventions furent centrées sur les facteurs de risque, la gestion des habitudes de vie et sur les traitements médicamenteux, de façon individuelle et personnalisée. • Les objectifs sont centrés sur l'abandon de la fumée, l'adoption d'un régime méditerranéen, une augmentation de l'activité et le maintien de l'indice de masse corporelle, une tension artérielle, un taux de cholestérol, un taux de glucose, un taux d'hémoglobine glyquée dans les normes. Les traitements doivent inclure des antiagrégants plaquettaires, des IEC, des bêtas-bloquants et des statines.
Modes de collectes de données	• Des informations concernant la collecte d'informations sur les paramètres vitaux, ainsi que sur un bilan de santé complet sont données, jusqu'à la méthode de la prise de la tension artérielle.
Conduite de la recherche	• Le processus de collecte des données est très complet de sorte à pouvoir généraliser les données.
Analyse des données	• Les données furent analysées par le logiciel SAS 9.1. • Les caractéristiques sont présentées et traitées avec le calcul d'erreur. Des outils statistiques sont utilisés et décrits de sorte à minimiser les biais.

RESULTATS	
Présentation des résultats	• <u>Effets sur la mortalité :</u> Les interventions intensives contribuent à diminuer significativement **<u>(33%)</u>** le risque de mortalité cardiovasculaire • <u>Amélioration des habitudes de vie :</u> - Concernant **l'activité physique**, les différences sont significatives après 6 mois (6.1%) et ont tendance à se maintenir sur la durée de l'étude, au bout de 3 ans (5%). - Concernant le **régime méditerranéen**, les différences se maintiennent sur toute la durée de l'étude (3.9% à 6 mois, et 3.4% à 3 ans). - Concernant la **gestion du stress**, les différences se maintiennent sur toute la durée de l'étude à 4.5% sur 3 ans. - Pour le **Cholestérol**, la différence est moins significative, mais reste toujours en faveur du groupe d'intervention, tout comme le **BMI** (0.4%), l'arrêt tabagique (4.2%) et la **pression artérielle** (4.1%) • Dans les deux groupes, on peut constater une baisse progressive (plus importante dans le groupe contrôle) du taux d'usage d'aspirine, de Bêtas-bloquants et d'IEC.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	• La mortalité totale a diminué de 21% après l'instauration d'interventions intensives. • A la connaissance des auteurs, c'est la première étude incluant plus de 3200 personnes qui se montre efficace dans la réduction des événements cardiovasculaires. Cette réduction est à mettre en lien avec une prévention maintenue sur le long terme, prévenant ainsi la détérioration des facteurs de risque sévères et maintenant également le changement de comportement. • Une plus grande proportion de patients dans le groupe d'intervention ont réussi à atteindre les objectifs fixés au départ, concernant l'activité physique, le régime diététique, la gestion du stress, la réduction du poids, le niveau de cholestérol ainsi que le maintien de la pression artérielle dans les normes. • Les limites sont liées au fait que la population sélectionnée comporte moins de risques, en excluant les personnes de plus de 75 ans ou ayant une fraction d'éjection de moins de 40%. La plupart ont également déjà subi une revascularisation après leur infarctus myocardique. La population à l'étude ne représente donc pas complétement la population atteinte. Les membres du groupe d'interventions ont également tendance à vouloir améliorer leurs réponses en répondant positivement aux questionnaires.
Conséquences et recommandations	• Grâce à l'efficacité démontrée sur de nombreux facteurs, dont la diminution significative du risque de mortalité cardiovasculaire, les auteurs préconisent donc l'utilisation des interventions intensives multifactorielles continues.

Infocours.com

8.5. Appendice E : Tableau de synthèse des résultats

Article 1 : ***EUROASPIRE IV : A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries***

But : Evaluer l'impact de l'implémentation d'un Guideline de prévention dans la pratique clinique au niveau Européen pour des patients atteints de coronaropathies.

Résultats : Une large majorité des patients atteints de coronaropathies en Europe n'arrivent pas à atteindre les objectifs thérapeutiques concernant les habitudes de vie et les facteurs de risque. En 2009, seul un tiers des patients ont assisté à une forme de prévention et réhabilitation cardiaque.

Tabac : Près de la moitié des consommateurs qui fumaient un mois avant leur syndrome coronarien, fument toujours lors de l'entretien (soit 6 mois à 3 ans plus tard). La moitié déclare vouloir arrêter le tabac dans les six mois qui suivent l'entretien. 9 personnes interrogées sur 10 sont conscientes de l'importance de leur poids et de leur hypertension (86.7%). Une méta-analyse a démontré que l'arrêt du tabac peut contribuer à diminuer de 36% toutes les causes de mortalité confondues. Des interventions infirmières behavioristes montrent que 51% des patients à hauts risques vasculaires ont arrêté de fumer en 16 semaines.

Autres facteurs de risque : Une majorité de patients ont essayé de changer leurs régimes. La majeure partie des patients ont augmenté leur activité physique, mais seulement 40.1% déclarent faire une activité physique vigoureuse de 20 minutes au moins une fois dans la semaine. Moins de la moitié des patients obèses ont suivi les recommandations diététiques, 48.4% ont augmenté leurs niveaux d'activité physique pour perdre du poids. La moitié (49.8%) déclare avoir essayé de perdre du poids dans le mois précédant l'interview.

Traitement médicamenteux : 78.1% des patients sont traités contre l'hypertension artérielle et 86.6% sont traités par des hypolipémiants. Plus de 9 personnes sur 10 sont traitées par des antiagrégants plaquettaires, 75% par des IEC et plus de 80% par des bêtas-bloquants. 50.7% des patients atteints de coronaropathies ont été avisés à participer à une réhabilitation cardiaque. 81.3% des personnes avisées ont été à au moins la moitié des sessions.

Les auteurs conseillent donc un programme de prévention et de réhabilitation compréhensif, comme les modèles de programme GOSPEL ou EUROACTION, de sorte à améliorer la gestion des facteurs de risque et la modification des habitudes de vie.

Article 2 : ***Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials***

But : Cerner et évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique au patient sur la mortalité, la morbidité, la qualité de vie et les coûts de la santé chez des patients atteints de coronaropathies.

Résultats : En comparant où l'éducation au patient est mise en place avec un groupe contrôle sans éducation, les auteurs démontrent que :

- Malgré un suivi allant de 12 à 60 mois, il n'y a pas de différence significative concernant la mortalité.
- Il y a une faible évidence indiquant une baisse de la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire (morbidité).
- Le taux de réhospitalisation est également peu évident.
- Même si certaines dimensions de la qualité de vie évoquent un changement en faveur du groupe d'intervention, le lien n'est pas évident car il y a beaucoup de variables. Sur les 81 scores, il n'y en a que 14 qui montrent un impact significatif. L'outil de mesure de la qualité de vie constitue le principal facteur de changement.
- Impact significatif sur le coût des interventions par patient. En moyenne la réduction par rapport au groupe contrôle s'élève à US$965 par patient pour un suivi de 6 mois et à US$1610 par patient pour un suivi jusqu'à 24 mois.

En conclusion, les interventions de l'éducation au patient peuvent améliorer la qualité de vie et devraient réduire les coûts de la santé. L'éducation thérapeutique au patient doit faire partie d'un programme compréhensif de traitement incluant l'exercice physique et le soutien psychologique.

Article 3 : ***Patient education in the management of coronary heart disease***
But : Evaluer les effets de l'éducation thérapeutique du patient sur la mortalité, la morbidité, la qualité de vie et sur les coûts des soins des patients atteints de maladie coronarienne et de les comparer à des soins de bases habituels.
Résultats :

- Pas de différence évidente entre le groupe test et le groupe contrôle. L'éducation thérapeutique n'a pas eu d'effet évident sur les causes de mortalité, de morbidité, sur la réhospitalisation et sur la revascularisation.

Par contre, on peut noter une différence sur la qualité de vie des patients ayant suivi l'éducation thérapeutique ainsi qu'un gain financier en termes d'utilisation de service de soins qui est nettement réduit chez les patient suivis.

Article 4 : ***Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation***
But : Déterminer les effets de différentes interventions auprès des patients atteints de pathologie cardiaque dans leur implication et suivi des programmes de réhabilitation cardiaque.
Résultats :

- La participation des patients aux différents exercices proposés, leur assiduité à suivre des conseils, de les appliquer et ce sur une longue période.
  - Participation nettement améliorée dans le groupe de suivi avec des interventions spécialisées. Une augmentation de 42 % à 86 % dans le suivi des conseils et dans la réhabilitation cardiaque proposée alors qu'elle n'est que de 18 à 30 % dans le groupe test recevant des soins de bases sans suivi particulier.
- Effet sur leur santé : mortalité, morbidité, facteur de risque d'accident vasculaire coronarien, qualité de vie, utilisation du système de santé et coût.

Les résultats ne montraient par de différence significative concernant la pression sanguine, le taux de cholestérol sanguin ainsi que l'addiction au tabac.

Article 5 : ***Systematic Development of a Nursing Intervention Aimed at Increasing Enrollment in Cardiac Rehabilitation for Acute Coronary Syndrome Patients***
But : Décrire le sentier systématique dans le développement d'une intervention infirmière qui relève de nouveaux défis dans les réductions de facteurs de risque de syndromes coronariens aigus et d'augmenter les taux d'inscription en réhabilitation cardiaque. Il s'agit aussi d'améliorer les perceptions de la maladie et l'adhérence au traitement médicamenteux en diminuant l'anxiété, les facteurs de risque et les retours aux urgences.
Résultats :

- Facteurs de risque les plus accusés par les patients sont l'hérédité, l'hypercholestérolémie puis le stress et le surpoids. Le nombre de patients voulant modifier leurs habitudes de vie (but majeur exprimé) a diminué lors du retour à domicile. La structure et le contenu des trois rencontres étaient faisables et bien acceptées.
- 45% des patients participent à un programme de réhabilitation cardiaque après 6 semaines. Le contenu de l'intervention doit inclure ; symptômes, complications, médications, facteurs de risque, activité physique, physiopathologie, régime et psychologie et doit être individualisé selon les perceptions de la maladie des patients et le degré qu'ils attribuent aux facteurs de risque. Le temps de l'intervention doit refléter les changements de besoins (traiter les aspects cliniques avant la sortie de l'hôpital puis les modifications des facteurs de risque après la sortie). Lorsque les personnes rentrent, elles ont tendance à diminuer leurs besoins, il faudrait donc rallonger le temps d'hospitalisation.
- Besoins informationnels évoluent avec la compréhension de la maladie. Ajoutés aux séjours de plus en plus courts, il est donc nécessaire d'étendre l'intervention après l'hospitalisation. Il y a peu de potentiel pour le changement comportemental si les patients attribuent leur maladie à des causes sur lesquelles ils ont peu de contrôle. Cela met en évidence le besoin d'une intervention abordant les représentations individuelles des patients.

Article 6 : ***Predicting short and long-term exercise intentions and behaviour in patients with coronary artery disease: A test of protection motivation theory***

But : Avoir une meilleure compréhension des facteurs qui motivent les patients à faire de l'exercice (nécessaire afin d'améliorer la participation à une réadaptation cardiaque) et de prévoir les décisions concernant la santé et le comportement. Ceci en se concentrant sur des facteurs cognitifs qui influencent des décisions de se protéger d'événements nuisibles; évaluation des menaces (vulnérabilité et sévérité perçue) et du coping (efficacité de la réponse et auto-efficacité).

Résultats :

- Les niveaux de gravité perçue ont baissé, tandis que la vulnérabilité perçue a augmentée. Les participants étaient aussi modérément confiants en leur capacité pour surmonter les obstacles pour participer à une activité et augmentation significative de leur confiance au fil du temps.
- Le nombre d'exercices et d'activités reportées dépassait le niveau recommandé. Les résultats fournissent un support pour la TMP uniquement lorsqu'elle est appliquée à court terme.
- Les participants croient en leur capacité de s'exercer malgré les obstacles rencontrés. L'auto-efficacité est donc un point fort de prédiction d'intentions d'exercice et de comportement. L'efficacité de la réponse était aussi un bon facteur influençant les comportements. Ainsi, les croyances que l'exercice aboutira à des bénéfices de santé mènent à plus d'intentions et d'activités. Il en est de même pour la sévérité perçue.
- Demander aux patients leurs intentions et les identifier peut mener à des niveaux d'activités plus hauts. La planification détaillée augmenterait également la probabilité d'arriver au comportement souhaité. La tactique qui favoriserait les perceptions de menace ne fonctionne pas et serait improductive.

Article 7 : ***A meta-analysis of randomized control trials of home-based secondary prevention programs for coronary artery disease***

But : Comparer les coûts/bénéfices entre les programmes de prévention secondaire à domicile, les soins usuels à l'hôpital et ceux en centres de réhabilitation cardiaque. La qualité de vie, la pression artérielle, l'arrêt du tabagisme, le cholestérol total et la dépression sont évalués.

Résultats : La qualité de vie est améliorée dans les soins à domicile. A court terme (<12 mois), les différences sont significatives alors qu'à plus long terme la différence devient moindre. Les interventions à domicile permettent d'épargner des coûts, avec une prise en charge à US$300 par patients.

À domicile, le taux d'arrêt du tabac est 14% supérieur aux prises en charge habituelles en hôpitaux ou en réhabilitation. En sachant que l'arrêt tabagique diminue les risques de mortalité de 46%, c'est une avancée significative.

La baisse du taux de cholestérol contribue également à diminuer le risque de mortalité de 18 à 28%. Une baisse de 4mmHg de la pression systolique contribue à diminuer la récidive d'événements cardiovasculaire de 20%. L'impact est minime sur la dépression, mais cela contribue aussi à diminuer le risque de récidive.

Article 8 : ***Home based versus centre based cardiac rehabilitation***

But : Comparer l'effet d'une réhabilitation cardiaque à domicile contre une réhabilitation cardiaque supervisée en centre spécialisé en incluant la mortalité, la morbidité, la qualité de vie ainsi que la modification des facteurs de risque comme éléments observables chez les patients atteints de maladies cardiaques coronariennes.

Résultats :

- Pas de différence significative entre une réhabilitation cardiaque en centre spécialisé contre une réhabilitation cardiaque à domicile. Il semblerait que les deux méthodes apportent des bons résultats et auraient la même efficacité dans l'amélioration de la qualité de vie des patients.
- Un seul paramètre semble vraiment être modifié dans la réhabilitation cardiaque à domicile. Visiblement, les patients auraient une meilleure capacité à faire de l'exercice sur du long terme dans ces conditions-là.

Article 9 : ***Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease***
But : Déterminer l'efficacité des exercices de réhabilitation à domicile seul ou accompagné d'un suivi psychologique ou d'intervention à but éducatif afin de comparer ces différentes manières de suivre les patients vis-à-vis de la morbidité, de la mortalité et des événements de santé reliée à la qualité de vie des patients atteint de maladie coronarienne.
Résultats :
• Réduction significative du taux de mortalité cardiaque et de mortalité totale pour les patients avec une prise en charge spécialisée sur les exercices de réhabilitation cardiaque.
• Réduction du nombre de réadmission hospitalière des patients avec soins spécialisés.
• Pas de différence entre la réhabilitation cardiaque et les soins de base en ce qui concerne le risque de nouvel événement de type infarctus du myocarde.

Article 10 : ***Choice of secondary prevention improves risk factors after acute coronary syndrome : 1-year follow-up of the CHOICE (Choice of Health Options in Prevention of Cardiovascular Events) randomised controlled trial***
But : Evaluer l'effet d'un nouveau programme de prévention cardiovasculaire basé sur un modèle cognitivo-behavioriste nommé « CHOICE » sur 144 survivants d'un syndrome coronarien aigu sur un an de suivi. Le but est de favoriser ainsi une réduction des facteurs de risque afin de minimiser les récidives d'événements cardiovasculaires. Le programme CHOICE permet à chaque patient de faire ses propres choix, tout en étant guidé dans la gestion de sa maladie. Cela conduit le patient à améliorer son changement et à le maintenir sur le long-terme.
Résultats : Avant l'intervention, la majorité des patients des deux groupes (CHOICE 67% et contrôle 82%) était incapable d'identifier leur propre facteurs de risque. Après 12 mois d'intervention, il n'y a pas de changement significatif dans le groupe contrôle. Alors que dans le groupe CHOICE, les connaissances des facteurs de risque passent de 30% à environ 70%. Les auteurs font état d'une corrélation entre les connaissances et la capacité à atteindre les objectifs fixés (surtout pour le taux de cholestérol et l'activité physique).
L'amélioration des connaissances de sa pathologie et des facteurs de risque conduit à la diminution des facteurs de risque, au renforcement de l'orientation active du patient, à un meilleur état de santé général et à une meilleure qualité de vie.

Article 11 : ***Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction***
But : Présenter les résultats de l'étude GOSPEL, qui évalue l'effet sur la qualité des soins et sur le pronostic sur le long terme (3 ans) d'une stratégie intensive de réhabilitation post-infarctus du myocarde.
Résultats :
Mortalité : Les interventions intensives contribuent à diminuer significativement (33%) le risque de mortalité cardiovasculaire. La mortalité totale a ainsi diminué de 21% après l'instauration d'interventions intensives.
Habitudes de vie : Concernant l'activité physique, les différences sont significatives après 6 mois (+6.1%) et ont tendance à se maintenir sur la durée de l'étude, soit au bout de 3 ans (+5%). Concernant le régime méditerranéen, les différences se maintiennent sur toute la durée de l'étude (3.9% à 6 mois, et 3.4% à 3 ans). Concernant la gestion du stress, les différences se maintiennent sur toute la durée de l'étude à 4.5% sur 3 ans. Pour le Cholestérol, la différence est moins significative, mais reste toujours en faveur du groupe d'intervention, tout comme le BMI (+0.4%), l'arrêt tabagique (+4.2%) et la pression artérielle (+4.1%)
Dans les deux groupes, on peut constater une baisse progressive (plus importante dans le groupe contrôle) du taux d'usage d'aspirine, de Bêtas-bloquants et d'IEC.