

Table des matières

Introduction	2
Problématique	4
Question de recherche	10
Cadre théorique	12
L'efficacité personnelle	13
L'auto-efficacité et les concepts associés	14
L'insuffisance cardiaque	15
Méthode	18
La fiabilité de la revue de littérature	19
La validité de la revue de littérature	20
Résultats	22
Présentation des études	23
Catégorisation des interventions.....	31
L'éducation et l'enseignement	32
L'identification et la résolution des obstacles rencontrés	33
L'encouragement et la valorisation	35
L'intégration de la famille.....	35
Discussion	37
Critiques des articles scientifiques	38
Les recommandations pour la pratique infirmière	40
L'éducation.....	40
L'identification et la résolution des obstacles rencontrés	42
L'encouragement et la valorisation	43
L'intégration de la famille.....	44
Implications des interventions dans la pratique infirmière	45
Lien entre les obstacles et les interventions augmentant l'auto-efficacité.....	46
Les déficits cognitifs et les troubles de la mémoire.....	46
Les comorbidités.....	47

Un membre de la famille s'occupant des repas	47
Les facteurs culturels (habitudes alimentaires, croyances).....	48
Les facteurs psychologiques négatifs et isolement social.....	48
Les professionnels de la santé (langage non-adapté, manque de temps) ...	49
Les limites de la revue de littérature	49
Conclusion	51
Références.....	53
Appendices.....	58
Appendice A : déclaration d'authenticité.....	59
Appendice B : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative, article de Sharp et Salyer, 2012	61
Appendice C : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative, article de Shao et al., 2013.....	70
Appendice D : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative, article de Dunbar et al., 2014	80
Appendice E : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative, article de Khosravizade et al., 2015	89
Appendice F : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative, article de Welsh et al., 2013.....	97
Appendice G : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative, article de Nunciaroni, 2013.....	106

Liste des figures

Figure 1 Schéma des concepts.....	14
-----------------------------------	----

Remerciements

Nous tenons à remercier notre directrice de Bachelor, Madame Catherine Senn-Dubey, pour sa disponibilité continue, son investissement ainsi que ses conseils qui nous ont guidés tout au long de ce travail.

Nous remercions également Madame Marita Deschenaux et Madame Marion Schuler pour leur temps consacré à la lecture de notre travail et aux précieuses corrections d'orthographe et de syntaxe apportées.

Introduction

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont contraintes d'effectuer un certain nombre d'auto-soins au quotidien (exercices physiques, suivi du poids, suivi d'un régime alimentaire spécifique, reconnaissance de péjoration des symptômes, etc.), afin d'éviter une décompensation cardiaque. La plupart des symptômes liés à l'insuffisance cardiaque et des décompensations sont influencés par la surcharge liquidienne et la rétention de sodium, qui conduisent à un taux élevé d'hospitalisation [traduction libre] (Welsh, Heiser, Schooler, Parshall, Cassidy & Saleh, 2002, p.130). Différentes études montrent qu'une auto-efficacité élevée est associée à une meilleure adhésion au régime alimentaire préconisé et les infirmières peuvent agir sur l'efficacité personnelle.

Une revue de littérature, datant de 2014, a mis en avant les interventions augmentant l'auto-efficacité au niveau de l'exercice physique chez les patients ayant de l'insuffisance cardiaque. La revue de littérature présente se centre sur un autre aspect tout aussi important de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, c'est-à-dire l'alimentation.

Ce travail se compose de différentes parties. Tout d'abord, l'état des connaissances actuelles est exposé. Ensuite, la méthode utilisée pour la recherche d'articles scientifiques, dans les bases de données, est décrite. Suite à l'analyse des six études scientifiques trouvées, une catégorisation d'interventions infirmières a été élaborée. Pour terminer, une discussion aborde les recommandations et les implications pour la pratique infirmière. Elle permet aussi de mettre en lien les obstacles rencontrés dans l'insuffisance cardiaque avec les interventions proposées. Les limites des études scientifiques et de la revue de littérature sont aussi relevées dans ce chapitre.

Rapport-Gratuit.com

Problématique

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique progressive qui est associée à un grand taux de morbidité, mortalité et d'hospitalisations. Cette pathologie engendre, pour la société, un grand coût qui ne cesse d'augmenter [traduction libre] (Chen et al., 2014, p.379).

En Suisse, l'insuffisance cardiaque touche 140'000 personnes et elle risque de doubler dans les années à venir. Elle est la première cause d'hospitalisation chez les personnes âgées. 29 à 47% des patients sont hospitalisés tous les trois mois (Initiative insuffisance cardiaque, 2015). Les principales causes de réhospitalisation sont la non-adhésion au régime alimentaire (restriction de sodium et de liquide) ce qui entraîne un risque d'œdème aigu du poumon et des membres inférieurs, l'hypertension artérielle non traitée, la fibrillation auriculaire et autres arythmies, l'embolie pulmonaire, le surdosage d'AINS, l'excès d'alcool et les infections [traduction libre] (Suter, Gorski, Hennessey & Newton, 2012, p 396.). Ces hospitalisations entraînent des coûts estimés à 650 millions de francs par année. Plus de la moitié des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque décèdent cinq ans après avoir été diagnostiquées (Initiative insuffisance cardiaque, 2015).

L'insuffisance cardiaque a un impact important sur la vie des patients. Tout d'abord, ils ont l'impression de perdre le contrôle car il peut y avoir une détérioration imprévisible dans leur état de santé [traduction libre] (Jeon, Kraus, Jowsey, & Glasgow, 2010, p.4). Un autre impact est l'isolement social. En effet, les limitations physiques, l'essoufflement et les restrictions alimentaires induites par la maladie entraînent un renoncement aux événements sociaux [traduction libre] (Jeon et al., 2010, p.4). Un dernier impact est la sensation de perte d'indépendance due aux diverses restrictions imposées pour éviter une décompensation cardiaque (exercices physique, changements d'alimentation...) [traduction libre] (Jeon et al., 2010, p.5).

En effet, l'insuffisance cardiaque engendre une série d'auto-soins à effectuer par le patient afin d'éviter une dégradation (décompensation) de son état de santé. Ces recommandations sont : effectuer une activité physique régulière (au minimum trente minutes par jour), limiter sa consommation d'alcool, arrêter de fumer si tel est le cas, prendre son traitement médicamenteux de manière adéquate, se peser quotidiennement et suivre un régime alimentaire adéquat (pauvre en sel, 2 à 3g/jour), ne pas boire plus de deux litres d'eau par jour ainsi qu'être attentif aux signes précurseurs d'une décompensation (toux, dyspnées, orthopnée, fatigue, œdèmes...) [traduction libre] (Suter et al., 2012, p. 399).

Cependant, les patients ont des difficultés à entreprendre ces activités (auto-soins) afin de maintenir leur santé. Plusieurs études ont mis en évidence ces obstacles. En effet, l'insuffisance cardiaque provoque une série de symptômes qui diminuent le statut fonctionnel du patient et sa qualité de vie [traduction libre] (Rodriguez, Appelt, Switzer, Sonel & Robert, 2008, p.257). Cette maladie cause de la dyspnée et de la fatigue et ces symptômes peuvent être un obstacle à la pratique d'activité physique quotidienne.

Les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont des déficits de mémoire et des difficultés d'apprentissage dus à la diminution du flux sanguin cérébral entraînée par la maladie [traduction libre] (Evangelista et al., 2010, p. 6). Ce qui peut être un frein à la pratique des divers auto-soins. Il a aussi été démontré qu'il peut être difficile pour elles de reconnaître une exacerbation des symptômes ceci étant dû à leur âge et aux troubles cognitifs possibles [traduction libre] (Siabani, Leeder, & Davidson, 2013, p.10). De plus, dans beaucoup de cas, les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont des comorbidités (diabète, hypertension, etc.) ce qui complexifie les auto-soins du patient et la reconnaissance des péjorations de l'état de santé.

Un autre facteur pouvant être un obstacle à la prise en charge de sa santé, est la culture. En effet, il a été constaté que des habitudes alimentaires étaient difficilement modifiables ainsi que certaines croyances, comme celles d'associer la maladie à la vieillesse. Ces croyances induisent une non-adhésion au traitement médical [traduction libre] (Dickson, McCarthy, Howe, Schipper, & Katz, 2012, p.256).

Des facteurs psychologiques tels que l'évitement et le déni réduisent la capacité des patients à prendre soin d'eux-mêmes et par conséquent leur qualité de vie [traduction libre] (Kaholokula, Saito, Mau, Latimer & Seto, 2008, p.7). En outre, selon Kaholokula et al. (2008), la dépression, l'anxiété et le désespoir se sont avérés être des éléments négatifs pour l'entretien et la gestion des auto-soins ainsi que la confiance en soi tandis que la croyance positive dans l'avenir pourrait servir de catalyseur pour une meilleure prise en charge [traduction libre] (p.7). L'isolement social influence aussi la capacité à gérer sa maladie cardiaque. A titre d'exemple, le fait de manger seul diminue la motivation de cuisiner ce qui augmente la consommation des « dîners au micro-onde » souvent à forte teneur en sodium [traduction libre] (Sheahan & Fields, 2008, p.6). Le soutien a donc été prouvé comme étant un facteur favorisant et motivant d'une bonne prise en charge de santé [traduction libre] (Siabani et al., 2013, p.11).

Il a également été constaté que, dans beaucoup de cas, ce n'est pas le patient qui prépare ses repas mais un membre de la famille. Ce qui peut être une barrière si elle n'est pas informée des recommandations préconisées (Lennie, Chung, & Moser, 2013).

Un des autres facteurs est le fait que les médecins et les patients n'ont pas le même langage, ce qui implique une non-application des recommandations données

par le médecin à cause d'un manque de compréhension [traduction libre] (Dickson et al., 2012, p.257 ; Granger, Sandelowski, Tahshjain, Swedberg, & Ekman, 2009, p.312). Ceci amène à un manque de connaissances des patients atteints d'insuffisance cardiaque, en particulier en ce qui concerne l'alimentation et la restriction de sel ainsi que des idées erronées à propos de leur maladie et les symptômes liés [traduction libre] (Siabani et al., 2013, p.3).

Au niveau des professionnels de la santé, un manque de temps passé auprès du patient afin de procurer un enseignement adéquat peut s'avérer être un obstacle [traduction libre] (Dickson et al. 2012, p.255).

D'après plusieurs études, il a été constaté qu'un environnement favorable, la motivation ainsi que les programmes de soins adéquats en utilisant des méthodes éducatives efficaces renforçant les compétences d'auto-soins, devraient être recommandés aux fournisseurs de soins de santé et aux familles [traduction libre] (Siabani et al., 2013, p.11)

En ce qui concerne la qualité de vie des patients, celle-ci est considérée comme insuffisante à cause des différents obstacles cités ci-dessus. C'est-à-dire surtout les limitations physiques, la fatigue, la dyspnée, les facteurs psychologiques négatifs (dépression, anxiété, efficacité personnelle), l'âge (plus l'âge est avancé, plus la qualité de vie est reportée comme moins bonne) et le retrait social (Sansonnens, 2012). Une étude suggère que les interventions visant à améliorer la dépression et la perception du contrôle perçu (efficacité personnelle), pourraient améliorer les symptômes physiques et la qualité de vie des patients ayant une insuffisance cardiaque [traduction libre] (Heo, Doering, Widener, & Moser, 2008, p.129).

Des recherches ont montré que la qualité de vie des patients souffrant d'insuffisance cardiaque est améliorée par le self-management et l'efficacité

personnelle et, par conséquent, cela induit une diminution des hospitalisations ainsi que des coûts de la santé (Lorig & Holman, 2003, p.4). Selon Moser & Mann « Plusieurs hospitalisations pour aggravation d'insuffisance cardiaque peuvent être évitées grâce à la détection précoce des premiers signes et symptômes, des facteurs favorisants et en améliorant les auto-soins du patient » [traduction libre] (2002, cité dans Suter, 2012, p.396). Les autos-soins sont influencés et peuvent être de meilleures qualités si le patient a une bonne efficacité personnelle. De plus, des études ultérieures ont démontré qu'un bas niveau d'auto-efficacité est lié à une faible pratique d'auto-soins chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque [traduction libre] (Yehle & Plake, 2010, p.175).

Afin que le patient prenne en charge sa maladie de manière adéquate, il faut qu'il ait des croyances c'est-à-dire qu'il croie en sa capacité à prendre en charge sa maladie et que les activités entreprises pour gérer sa maladie sont efficaces (efficacité personnelle). A titre d'exemple, dans l'insuffisance cardiaque, il est essentiel de surveiller son poids régulièrement. Si le patient constate qu'il prend du poids, il doit prendre des initiatives afin d'y remédier. Il devra, par exemple, appeler son médecin et lui faire part de la situation. Celui-ci lui prescrira des diurétiques. Afin que le patient prenne les médicaments prescrits, il doit croire et savoir que les diurétiques contribueront à la réduction de son poids (croyance). Mais, il doit aussi prendre conscience que le fait de prendre des diurétiques va l'aider à maintenir sa santé (action d'efficacité personnelle) [traduction libre] (Yehle & Plake, 2010, p.176).

Selon Bandura (1986), l'auto-efficacité peut être augmentée principalement à travers la connaissance du succès. Les cliniciens peuvent faciliter le renforcement de la confiance en faisant en sorte que le patient connaisse le succès, ce qui permettra d'améliorer son auto-efficacité dans l'autogestion de la maladie. Ceci est accompli à travers le processus de fixation d'objectifs en partenariat. Lorsque

l'établissement d'objectifs est structuré de telle sorte qu'il y a une forte probabilité de succès de la part du patient et que ce succès est connu maintes et maintes fois, la confiance des patients commence à se construire. Cette expérience du patient doit être une préoccupation de chaque clinicien [traduction libre] (Suter et al., 2012, p.402).

Plusieurs études ont démontré que l'auto-efficacité est un concept important dans la pratique infirmière et que les infirmiers et infirmières peuvent augmenter l'efficacité personnelle du patient. (Holloway & Watson, 2002, p. 112 ; Sol, Graff, Petersen, & Visseren, 2011, p.185 ; Strecher, DeVellis, Becker, & Rosenstock, 1986, p. 87).

De plus, une auto-efficacité élevée est corrélée avec une réduction de consommation de sel [traduction libre] (Anderson, Winett, & Wojcik, 2007, p. 305 ; Gutiérrez-Doña, Lippker, Renner, Kwon & Schwarzer, 2009, p.94 ; Mead, Gittelsohn, De Roose, & Sharma, 2010, p. 98 ; Warren-Findlow, Seymour, & Huber, 2013, p.7).

Question de recherche

Tous les éléments cités ci-dessus, montrent l'importance de l'efficacité personnelle dans l'insuffisance cardiaque afin de maintenir une bonne qualité de vie, réduire le nombre d'hospitalisations et l'adoption d'un régime alimentaire sain. C'est pourquoi la question de recherche est la suivante :

Quelles interventions infirmières peuvent être appliquées pour augmenter l'efficacité personnelle afin d'améliorer l'alimentation chez un patient atteint d'insuffisance cardiaque ?

En 2014, une revue de littérature traitant des interventions améliorant l'efficacité personnelle dans l'exercice physique chez les patients ayant de l'insuffisance cardiaque a été rédigée par Rajati, Sadeghi, Feizi, Sharifirad, Hasandokht & Mostafavi. C'est pourquoi, ce travail de Bachelor traite un autre aspect de la maladie qui est tout aussi important : l'auto-efficacité en lien avec l'alimentation. En effet, un des auto-soin le plus problématique est l'adhérence au régime alimentaire recommandé [traduction libre] (Heo, Lennie, Moser, & Okoli, 2009, p. 2). De plus, selon plusieurs études, la non-adhérence au régime alimentaire prescrit est la cause d'un taux d'hospitalisation élevé chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (Colin-Ramirez, McAlister, Woo, Wong, & Ezekowitz, 2015 ; Heo et al., 2009 ; Wessler, Hummel, & Maurer, 2014).

Cadre théorique

L'efficacité personnelle

Selon Bandura (2007) « L'efficacité personnelle perçue n'est pas une mesure des aptitudes d'une personne mais une croyance relative à ce qu'elle peut faire dans diverses situations, quelles que soient ses habitudes » (p.64). Cette croyance agit sur plusieurs éléments, notamment, sur l'humeur, l'énergie utilisée pour faire l'activité, la capacité à surmonter les difficultés rencontrées, la résistance à celles-ci, la manière de penser et le degré de réussite (Bandura, 2007, p.12).

L'auto-efficacité comporte des antécédents, des attributs et des conséquences. Les attributs sont les croyances personnelles, la capacité et le pouvoir, l'organisation et l'exécution des actions et pour finir les actions spécifiques à une situation donnée (Ledoux, Talbot, Jetté, & Grenon, 2013). Les conséquences quant à elles sont le développement d'une attitude optimiste, la persévérance, la performance, le développement de stratégie de coping, l'amélioration de la qualité de vie, l'amélioration des choix de vie, l'augmentation de la motivation et du bien-être et la réalisation de plus d'accomplissements (Ledoux et al., 2013).

Selon la théorie d'Albert Bandura, le sentiment d'efficacité personnelle est influencé par quatre facteurs (sources) qui sont aussi appelés les antécédents : les expériences actives de maîtrise (plus la personne a de réussite dans son comportement plus son sentiment d'efficacité personnelle sera élevé et plus elle aura envie de poursuivre ses comportements. Dans le cas contraire, si la personne se trouve face à une défaite, celui-ci diminuera), les expériences vicariantes (si une personne doit faire une activité quelconque et qu'elle voit une tierce personne faire cette activité avec succès, ceci va lui donner de la confiance pour la reproduire), la persuasion verbale (encourager, soutenir la personne ainsi que lui donner des conseils) et les états physiologiques et émotionnels (si la personne a des

sentiments négatifs, son sentiment d'efficacité personnelle sera faible) (Bandura, 2007, p.124).

Dans plusieurs recherches, il a été constaté qu'un niveau d'auto-efficacité élevé permettrait une meilleure prise en charge de la maladie par le patient lui-même. Yehle et Plake précisent que l'auto-efficacité influence la façon dont les personnes agissent, leurs croyances, leur motivation. Ces facteurs peuvent être importants dans les auto-soins de l'insuffisance cardiaque [traduction libre] (2010, p.187). En effet, l'auto-efficacité influence les auto-soins, le self-management, le self-monitoring et la gestion des symptômes (Richard & Shea, 2011).

L'auto-efficacité et les concepts associés

L'auto-efficacité est associée et confondue avec plusieurs concepts qui sont les auto-soins, le self-management (autogestion), le self-monitoring et la gestion des symptômes. Selon une analyse de concepts écrite par Richard & Shea, l'auto-efficacité se révèle être un antécédent des quatre autres concepts cités ci-dessus.

C'est-à-dire qu'une auto-efficacité élevée induit de meilleurs auto-soins, un meilleur self-management (autogestion), self-monitoring et une meilleure gestion des symptômes [traduction libre] (2011, p.260).

L'illustration ci-contre démontre ce mécanisme.

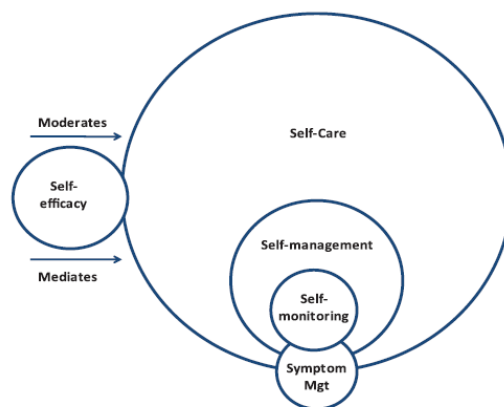


Figure 1: Schéma des concepts

Les auto-soins sont définis selon Orem comme étant « la pratique de l'activité que les individus initient et effectuent pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être. » (2001, citée dans Mailhot, Cossette, & Alderson, 2013, p.95).

En ce qui concerne le self-management, selon Wilkinson et Whitehead, il regroupe l'ensemble des habiletés effectuées individuellement, en famille, en communauté et avec les professionnels de la santé afin de gérer les symptômes, les traitements, les changements de mode de vie et psychosociaux ainsi que les conséquences culturelles et spirituelles qu'entraînent la maladie chronique [traduction libre] (2009, citée dans Richard & Shea, 2011, p.257). Dans plusieurs études, différents programmes d'intervention pour les personnes ayant une insuffisance cardiaque sont des programmes de self-management qui sont basés sur l'efficacité personnelle afin de garantir une bonne réussite des résultats-patients vu que l'efficacité personnelle est un antécédent du self-management.

La mesure des paramètres physiques et des symptômes est le self-monitoring [traduction libre] (Richard & Shea, 2011).

La gestion des symptômes est un ensemble de stratégies mises en place que ce soit par le patient lui-même ou avec l'aide d'un professionnel de la santé afin de réduire, soulager ou éviter les symptômes indésirables de la maladie [traduction libre] (Bolton, Donaldson, Rutledge, Bennett, & Brown, 2007 ; Hegyvary, 1993 ; Molassiotis et al., 2009 ; Sidani, 2011, citée dans Richard & Shea, 2011, p.258)

L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque se définit comme :

L'incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour faire face aux besoins métaboliques de l'organisme, en particulier l'apport en oxygène. On distingue l'insuffisance cardiaque gauche qui relève d'un mauvais fonctionnement du cœur gauche, et l'insuffisance cardiaque droite où le cœur droit est défaillant. La cause la plus fréquente d'insuffisance cardiaque droite est le retentissement d'une insuffisance cardiaque gauche : on parle alors d'insuffisance cardiaque globale. (N. Giller (communication personnelle [Polycopié], 2010))

Les principaux symptômes de l'insuffisance cardiaque gauche sont l'orthopnée, la toux, la cyanose, l'oligurie la journée et la nycturie la nuit, les œdèmes, la tachycardie (le patient sent des palpitations), le pouls filant, la fatigue, la faiblesse, la peau pâle et moite et de l'anxiété. (Smeltzer & Bare, 2011). Pour l'insuffisance cardiaque droite il s'agit plutôt d'œdème des membres inférieurs (signe du godet), distension de la veine jugulaire et du foie, de l'ascite, des nausées, de la nycturie et des faiblesses (Smeltzer & Bare, 2011).

Une exacerbation des signes et symptômes cités ci-dessus peut aboutir à une décompensation cardiaque qui doit être traitée en tout urgence.

Il n'y a pas qu'un seul traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque mais plusieurs combinés. Tout d'abord, il y a les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), ils bloquent la formation de l'angiotensine II qui a pour but de provoquer une vasoconstriction des vaisseaux. Grâce à ce médicament, il y aura une diminution de la tension artérielle ainsi qu'une baisse de la post-charge (Smeltzer & Bare, 2011).

Un second traitement, ce sont les bêtabloquants qui agissent sur le système nerveux central en provoquant une réduction de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque ainsi que de la consommation d'oxygène. Le patient peut aussi avoir dans son traitement un diurétique qui a pour but de diminuer le surplus de volume circulant et diminue donc le risque d'OAP et d'œdème. Pour terminer, les digitaliques, eux, sont utilisés afin de ralentir la fréquence cardiaque, renforcer la contractilité du cœur et régulariser le rythme cardiaque (Smeltzer & Bare, 2011).

Cependant, afin de faire face à la maladie, le patient doit entreprendre plusieurs auto-soins, comme déjà cités ci-dessus, car prendre uniquement les médicaments ne suffit pas. Ils doivent savoir identifier les signes précurseurs d'une

décompensation (toux, augmentation du poids, fatigue, œdème des membres inférieurs, aggravation de la dyspnée...), gérer leurs médicaments et identifier les effets secondaires de ceux-ci et suivre un régime hyposodé. Il est conseillé de ne pas prendre plus de deux à trois grammes de sel par jour ainsi que boire moins de deux litres d'eau par jour. Il est également recommandé d'arrêter de fumer, limiter la consommation d'alcool, pratiquer une activité physique régulièrement (trente minutes par jour) et de se peser quotidiennement [traduction libre] (Suter et al., 2012).

Méthode

Le devis utilisé est une revue de littérature. « Une revue de littérature est une évaluation critique de recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique » [traduction libre] (Coughlan, Ryan & Cronin, 2013, p.7).

Différentes données scientifiques, de plusieurs auteurs, ont été récoltées grâce à ce devis, ce qui a permis de répondre à la question de recherche.

La fiabilité de la revue de littérature

Les banques de données utilisées étaient Pubmed, Cihnal et Google Scholar. Les mots MeSH ci-dessous ont été employés de manière très large et sans restriction sous diverses combinaisons :

Efficacité personnelle	Self-efficacy
Insuffisance cardiaque	Heart failure
Cardiaque	Cardiac
Soins infirmiers	Nursing
Régime	Diet
Intervention	Intervention

Les critères d'inclusions pour la revue de littératures étaient :

- Personnes adultes souffrant d'insuffisance cardiaque en lien avec le régime alimentaire
- Article en anglais, français et portugais

- Etudes expérimentales ou quasi-expérimentales
- Donnant des interventions pour augmenter l'efficacité personnelle et qui la mesure
- Datant de 2000 à 2016

Les articles ne répondant pas à ces critères ont été exclus.

Grâce aux différentes combinaisons larges et variées des mots MeSH ci-dessus, cinq études au total ont été trouvées. L'ensemble de ces études a été inclus dans la revue de littérature. Un article ayant comme population cible des personnes ayant de l'hypertension artérielle a été sélectionné afin d'arriver au nombre final de six articles et d'ainsi répondre aux critères demandés pour ce travail de Bachelor. En effet, peu d'études ont été effectuées au sujet de l'auto-efficacité en lien avec l'insuffisance cardiaque et l'alimentation.

La validité de la revue de littérature

Grille d'analyse

Les grilles utilisées pour analyser les articles étaient :

- Grille de lecture critique d'un article scientifique pour les études quantitatives (Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI).
- Grille de lecture d'un article scientifique pour les études quantitatives (Fortin, M.-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd).

L'analyse des articles a été faite de la manière suivante : tout d'abord, le premier article a été lu et évalué par les deux auteures ainsi que la directrice de travail de Bachelor. Ces analyses ont été comparées et d'éventuelles différences de

compréhension ou d'évaluations ont été mises en évidence. Le reste des articles a été analysé par les deux auteures puis mis en commun. L'interprétation des résultats et la catégorisation ont été discutées avec la directrice de Bachelor afin de garantir une pertinence des résultats et afin de trouver un accord commun sur les différentes catégories d'intervention. Ces mises en commun ont permis une standardisation de la critique des lectures, des résumés ainsi que des interventions.

Tous les articles inclus se sont avérés pertinents car selon la grille de Loiselle et Profetto-McGrath (2007) « pour les études quantitatives » plus de 66% des croix se trouvaient dans la catégorie "oui". Dans les cas où des critères figuraient dans la catégorie « non », ils ont été évalués par les deux auteures afin de déterminer s'ils entravaient la qualité de l'étude.

Résultats

Présentation des études

Les six études analysées étaient des études quantitatives datant de 2012 à 2015. Sur les six articles, quatre sont des essais cliniques randomisés et deux sont des études expérimentales. La totalité des articles répondait à la question de recherche. Les résultats, les caractéristiques de l'échantillon, le but, les interventions testées ainsi que les outcomes mesurés des six articles sélectionnés sont présentés ci-dessous sous forme de tableau récapitulatif. Ceci permet, une vision d'ensemble des différentes variables mesurées et des résultats patients.

Auteurs/ Date	Design	Population/ Caractéristiques de l'échantillon	But	Interventions testées + durée	Outcomes mesurés	Résultats
Sharp et Salyer, (2012)	Etude expérimentale	<p>N = 51</p> <p>Groupe d'intervention (N=29)</p> <p>Groupe de control (N= 22)</p> <p>Hommes (N= 27)</p> <p>Femmes (N=24)</p> <p>Âge moyen (M= 66 ans)</p> <p>Diagnostic : maladie cardiaque</p>	<p>Evaluer les différences dans l'auto-efficacité et les obstacles à l'apport alimentaire sain entre les participants et non-participants à la RC à 6 et à 12 semaines après la sortie de l'hôpital.</p>	<p><u>Phase I</u> : pendant l'hospitalisation : 15 minutes d'exercice, suivi par 30 à 60 minutes d'éducation, quotidiennement</p> <p><u>Phase II</u> : 6 semaines après la sortie de l'hôpital : 3 jours/semaine durant 6 semaines. Session collective d'environ 1 heure contenant des exercices de groupe et de l'éducation au patient (+ collecte des premières données = temps 1)</p> <p><u>Phase III</u> : 12 semaines après la sortie de l'hôpital maintenance (récolte de données = temps 2</p>	<p>L'auto-efficacité dans l'apport alimentaire sain</p> <p>Obstacles à l'alimentation saine</p>	<p>L'auto-efficacité du groupe d'intervention augmente significativement ($p < 0.0001$) de 4 points au temps 2 (M= 87, 28) par rapport au temps 1 (M= 83,35). Au contraire, le groupe de contrôle a diminué significativement ($p < 0.0001$) son auto-efficacité de 4.3 points. A 12 semaines (Temps 2), le groupe d'intervention (M= 87.28) avait une auto-efficacité significativement plus élevée que le groupe de contrôle (M=78.51).</p> <p>Au temps 2, le groupe d'intervention a perçu significativement ($p < 0.0001$) moins de barrières à une bonne alimentation qu'au temps 1 (temps 1 M = 2.91 ; temps 2 M = 2.76). Au contraire, le groupe de contrôle a perçu significativement ($p < 0.0001$) plus de barrières au temps 2 (M = 2.59) qu'au temps 1 (M = 2.72). Au temps 1, le groupe de contrôle percevait significativement moins de barrières que le groupe d'intervention ($p < 0.0001$). Cette tendance s'est stabilisée au temps 2.</p>

Shao et al. (2013)	Essai contrôlé randomisé	<p>N= 108</p> <p>Groupe d'intervention (n = 54)</p> <p>Groupe de contrôle (n = 54)</p> <p>Homme (N=73) Femme (N=25)</p> <p>Âge (65 ans et plus)</p> <p>Diagnostic : insuffisance cardiaque</p>	<p>Développer et de tester un programme d'autogestion, basé sur le modèle d'auto-efficacité de Bandura, pour faciliter le changement de comportement chez les patients âgés avec IC à Taiwan.</p>	<p>Durée de 12 semaines</p> <p>3 jours après l'inscription : enseignement sur IC, élaboration d'un journal pour noter : quantité de sodium et de fluides consommés/jour + suivi du poids, encouragement, persuasion verbale, informer famille,</p> <p>Suivi téléphonique à 1, 3, 7, et 11 semaines : encouragements, identification des problèmes + résolution, formulation de nouveaux objectifs</p> <p>Récolte de données : Temps 1= avant intervention Temps 2 = à 4 semaines Temps 3 = à 12 semaines</p>	<p>L'auto-efficacité dans le contrôle de sel et de fluide</p> <p>Comportements d'autogestion chez les insuffisants cardiaques</p> <p>Symptômes de détresse</p> <p>Utilisation des services de santé</p>	<p>L'auto-efficacité a augmenté de manière significative ($p < 0.001$) entre le Temps 1 (M=41.55) et le Temps 3 (M=51.83). Dans le groupe de contrôle, elle est restée significativement ($p < 0,001$) stable tout au long de l'étude. Au temps 1, le groupe d'intervention reportait une plus faible auto-efficacité que le groupe de contrôle. Cela n'a pas été le cas au Temps 3, (groupe d'intervention M=50.83 ; groupe de contrôle M = 42.94).</p> <p>Le groupe d'intervention avait de meilleurs comportements d'autogestion que le groupe de contrôle à la fin de l'étude ($p < 0.000$).</p> <p>Le groupe d'intervention présente une diminution significative ($p < 0.001$) des symptômes de détresse entre le temps 1 (M=5.28) et le temps 3 (M=3.04) et en comparaison avec le groupe de contrôle. Au contraire, le groupe de contrôle a eu une augmentation significative des symptômes (Temps 1 : M=5.35 ; Temps 3 : M=5.87).</p> <p>Le groupe d'intervention a diminué significativement ($p =$ pas clair) l'utilisation des services de santé de 1.34 fois. Mais la différence entre les deux groupes n'est pas significative ($p = 0.35$).</p>
--------------------	--------------------------	--	---	--	---	--

Dunbar et al. (2014)	Essai clinique randomisé	<p>N = 65</p> <p>Groupe de contrôle (n=19)</p> <p>Groupe d'intervention (n=46)</p> <p>Homme (67%) Femme (33%)</p> <p>Âge moyen (M= 59 ans)</p> <p>Diagnostic : insuffisance cardiaque et diabète type II</p>	Développer et tester un programme d'auto-soins intégrés ainsi qu'un programme de conseil à court terme sur les comportements d'auto-soins, et examiner la faisabilité d'une telle intervention.	<p>Durée de 90 jours (récolte 0, 30 et 90 jours)</p> <p><u>Pendant l'hospitalisation</u> : récolte des difficultés dans les auto-soins</p> <p><u>Avant le retour à domicile</u> : deux sessions éducatives individuelles de 30-45 min (journal quotidien, astuce pour repas, physiopathologie IC...)</p> <p><u>48-72h après RAD</u> : appel téléphonique : Education + conseils</p> <p><u>2-4 semaines après RAD</u> : visite à la clinique pour évaluation des obstacles + enseignement</p>	<p>Connaissance des auto-soins</p> <p>Auto-efficacité</p> <p>Comportements d'auto-soins</p> <p>Qualité de vie</p>	<p>Les connaissances des auto-soins ont augmenté à 30 jours (M=81.7) par rapport au temps 0 (M=78). Cependant elles n'ont pas été maintenues à 90 jours (M=78.2) dans le groupe d'intervention. Pour le groupe de contrôle, les connaissances sont restées stables du début à la fin de l'étude (M=81).</p> <p>Le groupe d'intervention a augmenté son auto-efficacité entre le temps 0 (M=71.6) et à 90 jours (M=76.6). Cependant, il n'y a pas de p valeur associée. Le groupe de contrôle a aussi augmenté sa moyenne d'auto-efficacité de 67.8 au temps 0 à 71.9 à 90 jours.</p> <p>Il y a une amélioration significative (p<.001) à 90 jours (T0 : M=66.8 ; T2 : M=80.3) dans le groupe d'intervention. Pour le groupe de contrôle, il y a également eu une augmentation significative entre T0 (M=67.8) et T1 (M=83) mais elle ne s'est pas maintenue à T2 (M=76.1).</p> <p>Il y a eu une amélioration significative (p=.03) de la qualité de vie dans le groupe d'intervention.</p>
----------------------	--------------------------	--	---	--	--	---

Khosravizade et al. (2015)	Etude quasi-expérimentale	<p>N = 64</p> <p>Groupe de contrôle (N=32)</p> <p>Groupe d'intervention (N=32)</p> <p>Femme (100%)</p> <p>Âge moyen (M=50 ans)</p> <p>Diagnostic : hypertension artérielle</p>	<p>Examiner l'impact d'une éducation basée sur l'auto-efficacité sur la promotion de comportements d'auto-soins impliquant une faible teneur en sel et la régulation du poids chez les femmes hypertendues.</p>	<p>Durée 4 semaines</p> <p>1 séance d'éducation/ semaine en groupe basée sur 4 sources de Bandura contenant enseignement, encouragement, partage d'expérience</p> <p>Intégration de la famille lors de la dernière séance</p> <p>Récolte de données : Temps 0 : avant l'étude Temps 1 : immédiatement après l'étude Temps 2 : après 3 mois.</p>	<p>Comportement d'auto-soins dans la réduction de sel</p> <p>Comportements d'auto-soins dans la réduction du poids</p> <p>Auto-efficacité dans la régulation du poids et la consommation</p>	<p>Dans le groupe d'intervention, la consommation de sel a significativement ($p=0.003$) diminué en moyenne de 2.84 grammes par rapport au début de l'intervention.</p> <p>Dans le groupe de contrôle, la moyenne de la consommation de sel est restée stable toute au long de l'étude mais cette valeur n'était pas significative ($p=0.92$ au début et $p=0.984$ après 3 mois).</p> <p>Les comportements d'auto-soins concernant la surveillance du poids ont augmenté de manière significative dans le groupe d'intervention ($p=0.001$) entre temps 0 et temps 2. Le groupe de contrôle les a aussi augmentés au fil du temps mais pas de manière significative ($p=0.801$)</p> <p>Dans le groupe d'intervention, il y a eu une augmentation significative ($p=0.045$) de l'auto-efficacité (Temps 0 : $M=82.39$; Temps 2 : $M=87.5$). Le groupe de contrôle est resté stable mais cette mesure n'était pas significative ($p=0.990$).</p>
----------------------------	---------------------------	--	---	---	--	--

Welsh et al. (2013)	Essai clinique randomisé	<p>N = 52</p> <p>Groupe de contrôle (N = 25)</p> <p>Groupe d'intervention (N = 27)</p> <p>Femme (N=24) Homme (N=28)</p> <p>Âge moyen : M = 62 ans)</p> <p>Diagnostic : insuffisance cardiaque</p>	<p>Premièrement, examiner l'efficacité d'une éducation visant la réduction de sel chez les patients insuffisants cardiaques. Deuxièmement, examiner les effets de l'intervention sur les attitudes, la norme subjective, et le contrôle comportemental.</p>	<p>Durée 6 mois (Récolte de données au début, 6 semaines, 6 mois)</p> <p>Pendant 6 premières semaines : visites à domicile ou appels téléphoniques hebdomadaires contenant : enseignement individuel, identification des obstacles + stratégies, journal alimentaire de consommation de sel, encouragements, renforcements</p>	<p>Apport en sel</p> <p>Attitude</p> <p>Norme subjective</p>	<p>Lors de la récolte des données au temps 0, il n'y avait pas de différence significative ($p=0.64$) entre les deux groupes dans l'apport de sel ainsi qu'à 6 semaines. Mais, il y a eu une réduction significative ($p=0.011$) de l'apport de sel dans le groupe d'intervention à 6 mois.</p> <p>Au début de l'étude, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0.893$). Grâce à l'enseignement donné, le groupe d'intervention, après six semaines, était significativement ($p < 0.05$) plus fortement convaincu que : "Suivre un régime pauvre en sel diminue les fluides de mon corps.", "Suivre un régime pauvre en sel évitera les œdèmes aux membres inférieurs.", "Suivre un régime pauvre en sel va m'aider à mieux respirer" et "Manger de la nourriture salée n'est pas bon pour moi" par rapport au groupe de contrôle. A six mois, ces mêmes résultats ont été obtenus mais seule l'attitude "Suivre un régime pauvre en sel va m'aider à mieux respirer" était significatif ($p<0.05$).</p> <p>Lors de cette étude, plus de 50% des patients écoutent les conseils fournis par le personnel soignant. Seul 30% suivent les préconisations de leur famille.</p>
---------------------	--------------------------	---	---	--	--	---

					Contrôle comportemental perçu	Le groupe d'intervention a reporté un contrôle perçu plus élevé tout au long de l'étude par rapport au groupe de contrôle mais cette mesure n'était pas significative ($p=0.304$).
Nunciaroni (2013)	Etude randomisée contrôlée	<p>N= 60</p> <p>Groupe d'intervention (N=30)</p> <p>Groupe de contrôle (N=30)</p> <p>Femme (N=28)</p> <p>Homme (N=32)</p> <p>Âge moyen (67 ans)</p> <p>Diagnostic : Insuffisance cardiaque</p>	Évaluer l'effet potentiel d'une intervention basé sur « Implementation Intentions » en individuel ou collectif chez les insuffisants cardiaques (IC) sur leur consommation de sel. Ainsi que tester l'effet de l'intervention sur les critères secondaires tels que l'intention, les habitudes et l'auto-efficacité liées au comportement cible.	<p>Durée de 2 mois</p> <p>T0 : mesure des variables</p> <p>T1 : formulation d'un plan d'action afin de diminuer sa consommation de sel et surmonter les obstacles</p> <p>T2 : renforcement des plans proposés en T1.</p> <p>Appels téléphoniques 15 jours après T1 et T2 afin de renforcer le plan d'intervention établi + encouragements</p> <p>T3 : mesure finale de toutes les variables</p>	<p>Consommation de sel</p> <p>Apport total en sel</p> <p>Habitude d'ajouter plus d'une cuillère à café de sel par jour pendant la cuisson</p>	<p>Les deux groupes d'intervention ont reporté une diminution significative de leur consommation de sel par jour entre le T0 et le T3 ($p<0.0001$). Tandis que les groupes de contrôle ont maintenu la même consommation de sel.</p> <p>Le groupe d'intervention individuel a diminué significativement ($p<0.0001$) sa consommation totale de sel, en moyenne de 7.2g.</p> <p>Le groupe d'intervention collaboratif a lui aussi baissé sa consommation totale de sel par jour de 6.6g en moyenne ($p=0.0012$).</p> <p>Les groupes de contrôle ont maintenu leur apport en sel stable au fil de l'étude mais ces résultats ne sont pas significatifs.</p> <p>Le groupe d'intervention individuel et en collaboration ont diminué significativement ($p=0.0007$, $p=0.0017$) leurs habitudes à ajouter plus d'une cuillère à café de sel par jour.</p> <p>Le groupe de contrôle collaboratif a augmenté significativement ses</p>

					<p>habitudes ($p=0.0089$) ainsi que le groupe de contrôle individuel mais cette valeur n'est pas significative ($p=0.3077$).</p> <p>Les deux groupes d'intervention ont augmenté significativement (groupe collaboration : $p=0.0026$; groupe individuel : $p=0.0016$) leurs intentions de ne pas mettre plus d'une cuillère à café de sel dans la préparation de leurs aliments.</p> <p>Le groupe de contrôle en collaboration a diminué significativement son auto-efficacité ($p<0.0132$) entre Temps 0 ($M=375$) et Temps 3 ($M=2,7$). Alors que les deux groupes d'intervention l'ont augmenté significativement ($p<0.0013$) (groupe individuel T0 : $M=4,2$ et T3 : $M=5$; groupe collaboratif T0 : $M=4,3$ et T3 : $M=4,9$).</p> <p>Le groupe d'intervention collaboratif a diminué significativement ($p=0.0398$) sa consommation de sel sur 24h de 0,6 gramme ainsi que le groupe individuel de 0,8 gramme mais ce résultat n'est pas significatif ($p=0.1070$).</p> <p>Les deux groupes d'intervention ont consommé moins d'aliments riches en sel à la fin de l'étude (groupe individuel : $p<0.001$; groupe collaboratif : $p=0.002$).</p>
				Intention d'ajouter jusqu'à une cuillère à café de sel par jour pendant la cuisson	
				Auto-efficacité dans l'ajout d'une cuillère à café de sel par jour pendant la cuisson	
				Journal alimentaire sur 24h	
				Sodium food frequency questionnaire	

Toutes les interventions testées dans les différentes études ont augmenté significativement l'efficacité personnelle au niveau de l'alimentation sauf l'article de Welsh et al. Cette étude a perçu une augmentation de l'auto-efficacité mais cette valeur n'était pas significative. Toutes les études ont mesuré l'auto-efficacité à court et à long terme (quatre études après trois mois et une étude après six mois). Les études montrent que l'auto-efficacité reste significativement élevée même à long terme.

Catégorisation des interventions

Les six articles proposaient diverses interventions complexes ou des programmes d'éducation réalisés en plusieurs temps. Suite à l'analyse des résultats et des programmes mis en place par les études, plusieurs interventions similaires pour améliorer l'efficacité personnelle dans le domaine de l'alimentation sont ressorties. Ce qui a permis de faire émerger quatre catégories principales. Tous les programmes testés se sont révélés efficaces. Les interventions agissent sur les quatre sources de Bandura qui sont l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et les états physiologiques et émotionnels. Le fait d'utiliser ces sources pour construire les interventions permet d'avoir une meilleure adhésion au régime alimentaire recommandé (Khosravizade, Hassanzadeh, Mostafavi, 2015 ; Shao, Chang, Edwards, Shyu, & Chen, 2013). Les quatre catégories communes sont les suivantes : l'éducation et l'enseignement ; l'identification et la résolution des obstacles rencontrés ; l'encouragement et la valorisation ainsi que l'intégration de la famille.

L'éducation et l'enseignement

Toutes les études intégraient dans leur programme d'intervention de l'enseignement et de l'éducation. L'enseignement abordait la physiopathologie, les signes, les symptômes ainsi que leur gestion, les causes, les complications et la médication de l'insuffisance cardiaque (Dunbar et al., 2014 ; Nunciaroni, 2013 ; Shao et al., 2013 ; Sharp & Salyer, 2012 ; Welsh et al., 2013). Cet enseignement visait surtout à accroître les connaissances des participants. Trois études ont constaté que les patients n'avaient pas assez reçu d'informations de la part des professionnels de la santé concernant le régime alimentaire, ce qui amène à une non-application des prescriptions (Dunbar et al., 2014 ; Sharp & Salyer, 2012 ; Welsh et al., 2013). En effet, les participants ont signalé avoir reçu peu d'instructions telles que "couper votre consommation de sel". Ils ont aussi reporté n'avoir reçu aucune information écrite des recommandations préconisées (Welsh et al., 2013).

La gestion du stress et des méthodes de relaxation ont également été évoqué lors d'un programme d'éducation (Sharp & Salyer, 2012). Dunbar et al., (2014) ainsi que Welsh et al. (2013) ont eux abordé plus spécifiquement l'alimentation dans leurs programmes éducatifs. En effet, ils proposaient des conseils pour diminuer la consommation de sel et de glucide au restaurant, des collations rapides appropriées, des recettes, des échantillons de repas ayant une faible teneur en sodium et en sucre. Ils donnaient aussi des instructions sur le lien entre une consommation de sel élevée et les conséquences pour la santé.

Les moyens utilisés pour véhiculer l'enseignement se présentaient sous différentes formes comme des livrets, des tableaux, des brochures, des vidéos, des scripts et des démonstrations (Dunbar et al., 2014 ; Khosravizade, 2015 ; Shao et al., 2013 ; Sharp & Salyer, 2012 ; Welsh et al., 2013). Un journal de bord a été

fourni aux patients, dans différentes études, dans le but d'enregistrer quotidiennement leur consommation de sel, de fluide et leur poids (Dunbar et al., 2014 ; Khosravizade et al., 2015 ; Shao et al., 2013 ; Welsh et al., 2013). Des sessions de discussions individuelles avec les professionnels étaient un des autres outils utilisés pour l'enseignement (Dunbar et al., 2014 ; Shao et al., 2013 ; Sharp & Salyer, 2012 ; Welsh et al., 2013). Khosravizade et al. (2015) ont préféré les discussions de groupe afin de renforcer l'une des quatre sources de Bandura qui est l'expérience vicariante.

L'identification et la résolution des obstacles rencontrés

Différentes études soulèvent l'importance de connaître les obstacles rencontrés par les patients dans la gestion leur maladie, en particulier dans l'alimentation. Dunbar et al. (2014), lors d'une discussion de groupe, ont recueilli les principales barrières dans l'application des auto-soins et ils ont ainsi basé leur programme éducatif sur celles-ci. Quatre semaines après l'enseignement, une infirmière a évalué par un appel téléphonique les difficultés rencontrées dans les auto-soins et elle a aiguillé les patients afin qu'ils soient capables de les affronter. Welsh et al. (2013) ont aussi basé leur éducation sur les obstacles à l'adhésion d'un régime pauvre en sel cité par les divers participants afin d'augmenter les ressources, sous forme d'entretien individuel. Des stratégies afin d'y pallier ont été suggérées.

Sharp et Salyer, (2012) ont identifié trois principaux obstacles à une bonne alimentation : "abandonner la nourriture qu'ils aiment, choix limité quand ils mangent à l'extérieur, les experts ne cessent de changer leurs conseils par rapport à la bonne alimentation à adopter dans l'insuffisance cardiaque" [traduction libre] (p. 257). Ces barrières ont été récoltées à travers des entretiens individuels. Cette

étude a uniquement mis en évidence les barrières sans élaborer de pistes d'actions avec les patients.

Welsh et al. (2013) ont, quant à eux, mis en évidence les barrières suivantes à l'adhésion d'un régime pauvre en sel : "Un régime pauvre en sel s'avère difficile en raison de son coût." "Un régime pauvre en sel est difficile en raison du temps nécessaire pour le préparer." "Les restaurants ne servent pas d'aliments pauvres en sel" [traduction libre] (p. 14).

Shao et al. (2013) ont identifié les obstacles rencontrés lors d'appels téléphoniques à une, trois, sept et onze semaines de l'étude. Lors de ces conversations, les patients étaient invités à fixer des objectifs ainsi qu'à réaliser leur propre plan d'action afin de surmonter les obstacles. Les premiers objectifs établis étaient : enregistrer sa consommation de sel et de fluide, surveiller ses symptômes ainsi que se peser quotidiennement. Afin d'atteindre ces objectifs, les chercheurs ont donné un livret aux participants où ils pouvaient inscrire ces valeurs et ils ont fourni de l'enseignement ainsi que des encouragements tout au long de l'étude. Ces entretiens téléphoniques interrogeaient aussi les participants sur leurs états émotionnels face au programme d'autogestion.

Dans l'étude de Nunciaroni (2013), il a été demandé aux participants de formuler un plan d'action et des stratégies de coping réalisables afin de faire face à d'éventuels obstacles qu'ils pourraient rencontrer quotidiennement. Ces stratégies ont été renforcées par des appels téléphoniques et des visites en clinique. Cette méthode augmente significativement l'efficacité personnelle ($p < 0.0013$).

L'encouragement et la valorisation

Cinq des six études sélectionnées ont utilisé l'encouragement et la motivation durant leur programme d'intervention (Dunbar et al., 2014 ; Khosravizade et al., 2015 ; Nunciaroni, 2013 ; Shao et al., 2013 ; Welsh et al., 2013). L'ensemble de ces articles ont fournis des encouragements soit lors d'entretiens individuels (Dunbar et al., 2014 ; Khosravizade et al., 2015 ; Nunciaroni, 2013 ; Shao et al., 2013 ; Welsh et al., 2013) soit lors d'entretiens téléphoniques (Dunbar et al., 2014 ; Shao et al., 2013 ; Nunciaroni, 2013 ; Welsh et al., 2013). Le nombre d'appels a varié de deux à quatre selon les études.

Les expériences positives des participants ont été utilisées pour motiver d'autres individus intégrés dans le programme (Khosravizade et al., 2015). En effet, si le patient constate qu'une tierce personne, ayant la même maladie, arrive à réaliser le comportement demandé avec succès, cela va renforcer sa confiance à entreprendre cet acte avec réussite (expérience vicariante).

L'intégration de la famille

Les études ont impliqué la famille de diverses façons. Nunciaroni (2013) a intégré la famille seulement si elle était responsable de la préparation des aliments. Il n'y a pas eu de différences d'auto-efficacité dans la diminution de consommation de sel entre le groupe où le participant cuisinait lui-même (M=5) et le groupe où la famille gérait les repas (M=4.9) à la fin de l'étude.

Une étude a mis en avant que le soutien de la famille améliorait l'auto-efficacité dans le suivi d'un régime pauvre en sel (Welsh et al., 2013). Une autre étude a démontré la nécessité d'inclure la famille car elle peut être une ressource importante pour le patient afin de surmonter les obstacles rencontrés dans la maladie (Sharp & Salyer, 2012). Cependant, aucune de ces deux études n'a intégré la famille.

Khosravizade et al. (2015) ont fait appel à la famille lors de la dernière session éducative du programme. Le contenu de cette séance n'est pas spécifié. Shao et al. (2013) ont intégré la famille en l'informant du déroulement de l'étude dans le but d'encourager le participant et ainsi renforcer la persuasion verbale.

La mise en pratique des quatre catégories d'interventions, citées ci-dessus, permettent une augmentation de l'auto-efficacité au niveau de l'alimentation chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. En effet, les résultats des différentes études montrent une accentuation significative de l'auto-efficacité grâce à ces interventions.

Discussion

Le but de cette étude était d'identifier les interventions infirmières visant à augmenter l'auto-efficacité, chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, afin d'améliorer l'alimentation. Les interventions efficaces trouvées pour améliorer l'auto-efficacité sont des programmes complexes composés de diverses interventions : l'éducation et l'enseignement, l'identification et la résolution des obstacles rencontrés, l'encouragement ainsi que l'intégration de la famille.

Les interventions trouvées pour augmenter l'efficacité personnelle afin d'améliorer l'alimentation ne sont pas tout à fait les mêmes que celles identifiées dans la revue de littérature de Rajati et al. (2014) traitant l'auto-efficacité dans l'exercice physique. Les groupes d'interventions trouvés étaient : apprendre par la pratique, avoir un modèle, avoir des feedbacks positifs et pour terminer la reconnaissance des signes de détérioration de santé et la résolution de problème [traduction libre] (Rajati et al., 2014, p. 327-328). Les encouragements et la résolution de problème sont les seuls deux groupes d'intervention en commun.

Dans ce chapitre, tout d'abord, une critique des articles scientifiques utilisés dans ce travail est faite. Puis, les recommandations pour la pratique infirmière sont présentées et mises en lien avec les quatre sources d'information de Bandura afin de répondre à la question de recherche et d'évaluer la pertinence des interventions proposées. Ensuite, les implications pour la pratique infirmière sont citées. Les obstacles rencontrés par les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque relevés dans la problématique sont mis en parallèle avec les interventions infirmières proposées. Pour terminer, les limites de la revue de littérature sont exposées.

Critiques des articles scientifiques

Dans l'étude de Khosravizade et al. (2015), il est cité que les quatre sessions d'éducatives sont basées sur les quatre sources d'information de Bandura.

Cependant, le contenu des séances n'est pas spécifié (enseignements, exercices, supports, etc.) de ces séances. Malheureusement, l'étude ne précise pas non plus la durée de chaque session. Ceci a été un obstacle lors de la catégorisation des interventions.

Dans l'étude de Nunciaroni (2013) le groupe d'intervention et le groupe de contrôle ont reçu un programme se nommant "Brazilian Family Health Program". Cependant, il est uniquement spécifié que ce projet aborde des informations générales sur l'insuffisance cardiaque et les auto-soins associés. Plus d'informations sur ce programme auraient été nécessaires.

Shao et al. (2013) ont mesuré l'utilisation des services de santé au début de l'intervention et trois mois après. Le groupe d'intervention a reporté avoir moins utilisé les services de santé que le groupe de contrôle mais la p-valeur n'était pas significative. Ceci peut être dû à une durée trop courte de l'étude. En effet, cette mesure devrait être quantifiée sur un plus long terme. L'étude a proposé de d'évaluer cette variable sur six mois dans les futures recherches.

L'étude de Sharp et Salyer (2012) identifie les obstacles rencontrés dans le suivi du régime alimentaire recommandé mais ne suggèrent pas l'élaboration de plans d'action afin de les surmonter. Cependant, elle souligne l'importance de les intégrer dans les interventions infirmières. Une des autres faiblesses de cette étude, est que les variables ont seulement été mesurées à six semaines et à six mois. Il aurait été préférable de les mesurer aussi avant l'intervention afin de voir leur évolution.

Welsh et al. (2013) ne précisent pas la durée de leurs six séances hebdomadaires à domicile ou par appels téléphoniques. De plus, les auteurs disent avoir fourni aux patients des stratégies afin qu'ils réduisent leur consommation de sel mais ils n'ont pas précisé lesquelles.

Dunbar et al. (2014) montrent, par un tableau, que l'auto-efficacité augmente entre le début et la fin de l'étude en indiquant les moyennes. Cependant, il n'y a pas de p valeur associée. L'étude ne définit pas si cette élévation de l'efficacité personnelle est significative.

Tous les articles scientifiques ont exclu de leur échantillon les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ayant des troubles cognitifs. La moyenne d'âge des études était relativement homogène, entre 50 et 67 ans. Toutes les études, sauf l'article de Shao et al., ont intégré du personnel soignant supplémentaire ayant reçu un enseignement spécifique pour réaliser l'intervention.

Les recommandations pour la pratique infirmière

Afin d'augmenter l'auto-efficacité, il est essentiel de prendre en compte les quatre sources d'information de Bandura dans les interventions infirmières. Ici, les recommandations pour la pratique permettant d'augmenter l'efficacité personnelle afin d'améliorer l'alimentation chez les personnes ayant de l'insuffisance cardiaque sont présentées par catégories. Elles sont également mises en lien avec les quatre sources d'information.

L'éducation

Des sessions d'enseignement collectives et/ou individuelles devraient être fournies aux patients dès le diagnostic de leur maladie. Cette éducation devrait aborder la physiopathologie du cœur et de l'insuffisance cardiaque, ses signes et symptômes, ses causes, ses conséquences, le traitement, les auto-soins à adopter ainsi que les recommandations concernant l'exercice physique et le régime alimentaire. En ce qui concerne l'alimentation, il serait important de bien expliquer les motifs pour lesquels le patient devrait adhérer à un régime pauvre en sel et limité

en fluide ainsi que les impacts sur son état de santé (Dunbar et al., 2014 ; Welsh et al., 2013). Il serait nécessaire de l'informer sur la quantité de sodium et de fluide qu'il peut consommer par jour. Pour cela, un journal alimentaire peut lui être proposé afin de l'aider à quantifier ces éléments. Une partie du journal peut être consacrée à l'annotation de son poids pris quotidiennement. (Dunbar et al., 2014 ; Nunciaroni, 2013 ; Shao et al., 2013 ; Welsh et al., 2013)

Afin que le patient adhère au régime alimentaire conseillé, il pourrait être bénéfique de lui fournir des recettes appropriées, des conseils pour aller manger au restaurant tout en se faisant plaisir et l'aider à identifier les aliments à haute teneur en sel. Cette partie de l'enseignement pourrait être davantage attribuée aux diététiciennes. Si l'infirmière n'a pas ces connaissances, elle peut diriger le patient vers une diététicienne ou lui demander des informations (collaboration).

Des livrets et des brochures devraient être donnés aux patients afin qu'ils puissent avoir une trace de ces recommandations à domicile (Dunbar et al., 2014 ; Khosravizade et al., 2015 ; Welsh et al., 2013). Le temps consacré à l'éducation peut varier de quinze à soixante minutes par semaine (Dunbar et al., 2014 ; Shao et al., 2013 ; Sharp & Salyer, 2012). Le contenu de l'éducation devrait être renforcé tout au long de la prise en charge du patient par les différents professionnels (Shao et al., 2013) afin de pallier à des oublis et relever l'importance de continuer ses auto-soins.

Cet enseignement a un effet positif sur l'auto-efficacité car il agit sur la persuasion verbale. Différentes études ont montré l'importance d'un bon enseignement de la part des professionnels de la santé afin que les patients puissent adopter les recommandations adéquates liées à l'alimentation dans l'insuffisance cardiaque. Cet enseignement agit sur la volonté et la motivation

d'adhérer à un régime pauvre en sel, ce qui renforce davantage la persuasion verbale de Bandura. En effet, si le patient, par l'enseignement, prend conscience des raisons pour lesquelles il doit respecter un régime pauvre en sel et les effets bénéfiques pour sa santé, il aura la volonté et se sentira motivé d'adhérer à une alimentation adéquate.

En renforçant les connaissances acquises, cela va aussi agir sur l'expérience active de maîtrise.

L'identification et la résolution des obstacles rencontrés

Les obstacles à une bonne prise en charge des auto-soins devraient être identifiés en partenariat avec le patient, tout au long de la prise en charge. Il est préférable de repérer ces barrières lors d'entretiens individuels (Dunbar et al., 2014 ; Nunciaroni, 2013 ; Shao et al., 2013 ; Sharp & Salyer, 2012 ; Welsh et al., 2013). Un auteur suggère aussi des sessions de groupe afin d'utiliser la réussite des participants comme modèle pour les autres (Khosravizade et al., 2015), ce qui renforce l'expérience vicariante.

La conséquence de sous-estimer ou de ne pas identifier les obstacles à un comportement favorisant la santé affecte la capacité d'intégrer un mode de vie sain dans la vie quotidienne de l'individu [traduction Libre] (Sharp & Salyer, 2012, p.260).

Il est non seulement important de déterminer les difficultés mais aussi de trouver des solutions afin de les surmonter (Nunciaroni, 2013 ; Shao et al., 2013 ; Sharp & Salyer, 2012 ; Welsh et al., 2013). Ces moyens de résolution devraient être trouvés par le patient, cependant les professionnels de la santé se doivent d'être là pour les aider. Afin de surmonter les obstacles, des objectifs réalisables peuvent être établis par le patient en partenariat avec les infirmières. Nunciaroni (2013) indique même

que le patient devrait imaginer des obstacles qu'il pourrait rencontrer dans le futur et suite à cela, il devrait formuler un plan d'action afin d'y faire face.

Le fait de fixer des objectifs réalisables et atteignables, en partenariat avec le patient, va le motiver à en fixer de nouveaux et ainsi cela va renforcer son efficacité personnelle par l'expérience active de maîtrise. Il en va de même pour la résolution des obstacles. En formulant des plans d'action réalistes, le patient va réussir à surmonter les barrières rencontrées et ainsi être confiant pour faire face aux prochaines difficultés. Les programmes visant à identifier et à surmonter les obstacles doivent avoir lieu même si l'auto-efficacité du patient est élevée (Sharp & Salyer, 2012).

Les états physiologiques et émotionnels sont aussi influencés, par cette catégorie, car le patient verra qu'il peut atteindre les objectifs fixés et cela va créer un sentiment positif. Si les infirmières prennent le temps d'écouter le patient sur les difficultés qu'il rencontre quotidiennement, il va se sentir soutenu par les soignants (persuasion verbale). L'expérience vicariante peut aussi être renforcée si des sessions de groupe sont organisées.

L'encouragement et la valorisation

L'encouragement est essentiel afin d'augmenter l'auto-efficacité et par conséquent le patient sera davantage motivé à réaliser ses auto-soins au quotidien. Ce renforcement devrait être appliqué tout au long de la prise en charge afin que le patient reste motivé en permanence et qu'il se sente valorisé dans ce qu'il entreprend. Welsh et al. (2013) soulignent l'importance d'encourager et de soutenir le patient dans le suivi d'un régime pauvre en sel. Ces encouragements, de la part des professionnels de la santé ainsi que de la famille, peuvent influencer la décision d'un patient d'adhérer ou non à une alimentation faible en sodium.

L'encouragement augmente le sentiment d'efficacité personnelle car il agit sur les quatre sources d'information de Bandura. Le fait de valoriser un comportement positif va renforcer la motivation du sujet à le poursuivre (expérience active de maîtrise). Les encouragements influencent aussi positivement les états physiologiques et émotionnels des patients. Il est nécessaire de favoriser les états émotionnels et physiologiques positifs car ils sont associés à une meilleure auto-efficacité.

Les expériences positives des participants peuvent être utilisées pour encourager d'autres individus (expérience vicariante). En effet, si le patient constate qu'une tierce personne ayant la même maladie que lui arrive à réaliser le comportement demandé avec succès, cela va renforcer sa confiance à entreprendre cet acte avec réussite. La persuasion verbale, quant à elle, fait référence à l'encouragement et à la valorisation du patient. Elle est donc entièrement favorisée à travers cette catégorie.

L'intégration de la famille

Afin de prendre en charge le patient de manière globale, il faudrait intégrer la famille. Comme cité ci-dessus, la famille peut apporter du soutien au patient. Nunciaroni (2013) démontre l'importance de prendre en compte la famille si celle-ci s'occupe de la préparation des repas. Il serait nécessaire de fournir un enseignement au patient tout comme à la famille. De même, les patients soulignent que leurs proches influencent positivement la prise en charge leur maladie (Welsh et al., 2013).

Le fait d'intégrer la famille et les proches dans la prise en charge du patient renforce la persuasion verbale et les états émotionnels et physiologiques.

Implications des interventions dans la pratique infirmière

Toutes les études analysées, en guise de conclusion, ont relevé l'importance et les avantages de prendre en compte l'auto-efficacité dans la pratique infirmière, chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Cependant, dans la pratique actuelle, il est difficile d'appliquer ces recommandations. En effet, les restrictions budgétaires induisent une diminution du personnel infirmier (Tribune de Genève, 2013). Les infirmiers ont alors de plus en plus de patients à charge et par conséquent de moins en moins de temps à leur consacrer. Il devient alors difficile de mettre en pratique les interventions citées dans ce travail car elles nécessitent du temps.

Dans les différentes études, ce sont des infirmières de recherche, ayant dans la plupart des cas reçu une formation spécifique, qui intervenaient auprès du patient, en plus du personnel soignant habituel.

Les restrictions budgétaires, le manque de temps, le nombre de patients attribués à l'infirmière ainsi que la nécessité d'un enseignement spécifique sur l'auto-efficacité sont des obstacles pouvant entraver la pratique des interventions proposées dans ce travail. Il serait donc nécessaire et bénéfique, pour le patient souffrant d'insuffisance cardiaque, de mettre en place des consultations infirmières prenant en compte l'auto-efficacité ainsi que les concepts associés (les auto-soins, l'autogestion, le self-monitoring, etc.). Le projet en cours CINACARD (consultation infirmière pour des adultes avec une insuffisance cardiaque) mené par l'hôpital cantonal de Fribourg (HFR) et la Haute Ecole de Santé de Fribourg (HEdS-FR), pourrait être un moyen d'y parvenir. En effet, ce projet vise à développer une consultation infirmière afin de répondre aux besoins et d'améliorer les auto-soins des patients ayant une insuffisance cardiaque (CINACARD, 2015). Il pourrait être

intéressant de prendre en compte l'auto-efficacité du patient durant ces consultations étant donné que ce concept influence les auto-soins.

Malheureusement, le système de santé ne reconnaît encore pas ou peu cette prévention et cet accompagnement. La facturation des consultations infirmières auprès des assurances maladies ne spécifie pas en détail leurs prestations. En effet, lors de la facturation auprès de l'assurance maladie, il est uniquement mentionné « évaluation et conseil » (Confédération suisse, 2016). Il est donc difficile de savoir concrètement ce que l'infirmière réalise avec le patient et les effets pour sa santé. Ceci entraîne un manque de visualisation du travail de l'infirmière effectué avec le patient et donc un manque de reconnaissance de la part du système de santé.

Lien entre les obstacles et les interventions augmentant l'auto-efficacité

Les obstacles cités dans la problématique sont mis en lien avec les catégories d'intervention proposées dans les recommandations pour la pratique. Les obstacles étaient : les déficits cognitifs et les troubles de la mémoire, les comorbidités, un membre de la famille s'occupant des repas, les facteurs culturels, les facteurs psychologiques négatifs et l'isolement social ainsi que les professionnels de la santé.

Les déficits cognitifs et les troubles de la mémoire

Ces déficits sont pris en compte dans les catégories d'intervention de la famille, de l'éducation et du soutien. En effet, si les proches reçoivent l'enseignement qui est normalement donné au patient, ils pourront par la suite lui rappeler et/ou le mettre en pratique. Le fait d'encourager le patient, dans tous ses actes, renforce l'auto-

efficacité et le patient prend confiance en lui malgré ses troubles de mémoire. Un des autres moyens de faire face à ce déficit est de renforcer régulièrement l'enseignement donné.

Dans les études sélectionnées, toutes ont exclu les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ayant des troubles cognitifs. Il est donc difficile de savoir si les éléments proposés ci-dessus fonctionnent réellement.

Les comorbidités

Les comorbidités spécifiques au patient peuvent être traitées par l'enseignement individuel. Elles ont peu été abordées au travers de cette revue de littérature car elle était essentiellement centrée sur l'insuffisance cardiaque. Cependant, cela reste un point important car l'insuffisance cardiaque est liée à diverses comorbidités (hypertension, anémie, insuffisance rénale, BPCO, fibrillation auriculaire, etc.) (Peperstraete, 2013).

Un membre de la famille s'occupant des repas

Une des barrières à une bonne alimentation était que le patient n'était pas responsable de la préparation de ses repas mais qu'un membre de la famille s'en chargeait. En effet, il est difficile pour le patient de respecter un régime pauvre en sel si la personne cuisinant ses repas n'est pas au courant des recommandations préconisées et des effets négatifs d'une alimentation non-adaptée pour la santé du patient atteint d'insuffisance cardiaque. C'est pourquoi une des catégories d'interventions proposée consiste à prendre en compte la famille pour combler leur manque de connaissances et ainsi l'inclure dans le programme de soins.

Les facteurs culturels (habitudes alimentaires, croyances)

Les habitudes alimentaires des personnes ainsi que les croyances concernant la maladie peuvent être des facteurs défavorables à une bonne efficacité personnelle et un régime sain. Plusieurs personnes pensent que leur maladie est associée à leur grand âge et qu'ils ne peuvent rien faire pour y faire face (Dickson et al. 2012). Grâce à l'enseignement (physiopathologies, causes, symptômes, traitement...) un autre regard peut être porté sur la maladie. Les habitudes alimentaires doivent être identifiées au moyen d'entretiens individuels et modifiées grâce, par exemple, à des groupes d'échanges collectifs afin de repérer les ressources des autres (expérience vicariante et persuasion verbale).

Malgré l'application de ces interventions, il peut être tout de même difficile de changer les croyances et les habitudes du patient car celles-ci sont ancrées dans son mode de vie.

Les facteurs psychologiques négatifs et isolement social

Les facteurs psychologiques négatifs sont associés à une faible auto-efficacité (Kaholokula et al., 2008). Afin de contrer ceux-ci, il est essentiel d'encourager et de soutenir la personne au quotidien. Il faut mettre en place en partenariat avec le patient, des objectifs atteignables afin qu'il réalise qu'il est capable de les atteindre, ainsi cela va créer un sentiment positif. Ceci va aussi renforcer son expérience active de maîtrise. Il est également du rôle du personnel soignant de valoriser le patient dans sa maladie (persuasion verbale). La famille joue aussi un rôle important dans le soutien du patient. C'est une raison pour laquelle il est nécessaire de l'intégrer.

Les professionnels de la santé (langage non-adapté, manque de temps)

Le manque de temps, le langage professionnel non-adapté, le peu d'informations fournies et les indications contradictoires données par le personnel soignant ont été relevés comme des obstacles au bon déroulement des auto-soins (Dickson et al., 2012 ; Sharp & Salyer, 2012 ; Welsh et al., 2013). Il faudrait accorder du temps au patient en lui fournissant un bon enseignement et en s'assurant qu'il comprenne les recommandations prescrites liées à l'insuffisance cardiaque. Il serait également préférable de prendre un moment pour identifier les obstacles à la réalisation des auto-soins et de trouver des moyens permettant de les surmonter. A travers ces interventions, le patient va se sentir soutenu et il sera motivé à prendre en charge sa maladie.

Les limites de la revue de littérature

Les études scientifiques disponibles dans les bases de données traitant du sujet de cette revue de littérature n'étaient pas nombreuses. En effet, sur les six articles choisis, seuls quatre correspondaient parfaitement à la question de recherche. C'est-à-dire, qu'ils incluaient la bonne population (les insuffisants cardiaques), le bon cadre de référence (l'auto-efficacité) et étaient centrés sur l'alimentation (Dunbar et al., 2014 ; Nunciaroni, 2013 ; Shao et al., 2013 ; Sharp & Salyer, 2012). En ce qui concerne les deux autres articles, l'un ((Khosravizade et al., 2015) n'avait que la population qui ne correspondait pas aux critères. En effet, cette étude a testé l'intervention sur des patientes hypertendues. Cet article a, tout de même, été retenu car l'hypertension est la deuxième cause de l'insuffisance cardiaque (fmcoeur, 2015). En effet, il serait judicieux d'intervenir à ce stade, avant qu'une maladie cardiaque ne s'installe. Le deuxième article (Welsh et al., 2013), quant à lui, contenait la bonne population et testait aussi une intervention sur l'alimentation.

Cependant, le cadre de référence n'est pas l'auto-efficacité mais la théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen et Fishbein. Cette théorie prend en compte l'auto-efficacité, c'est pourquoi cette étude a été incluse dans la revue de littérature. De plus, l'efficacité personnelle influence les attitudes et les intentions qui sont des variables de la TCP (Meyer & Verliac, 2004).

Conclusion

Cette revue de littérature a permis d'explorer un problème de santé actuel. En effet, le nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque a augmenté ces dernières années. Cette maladie est la première cause d'hospitalisation et engendre des coûts élevés pour la société. Un des principaux motifs de ces admissions est la non-observance du régime alimentaire recommandé. De plus, il a été mis en avant que les auto-soins diminuent considérablement l'entrée des patients dans un milieu de soins et améliorent leur qualité de vie. Cependant, pour réaliser de bons auto-soins, une variable psychologique indispensable doit être prise en compte. C'est l'auto-efficacité.

A travers cette revue, des interventions infirmières qui ont pour but d'augmenter l'efficacité personnelle dans l'alimentation en tenant compte des quatre sources principales de Bandura, ont été mises en évidence. Les catégories ressorties sont l'éducation et l'enseignement, l'identification et la résolution des obstacles rencontrés, l'encouragement et l'intégration de la famille. Ces interventions font partie intégrante du rôle infirmier. En effet, les infirmières ont la capacité d'agir sur l'efficacité personnelle du patient afin d'améliorer sa qualité de vie et les coûts pour la société.

Il est indispensable que chaque infirmière dans son domaine de soins spécifiques (hôpital, réadaptation, soins à domicile, etc.,) prenne en compte l'auto-efficacité dans ses interventions afin de garantir un suivi tout au long des prises en charge. Cependant, il faut être conscient que ce suivi est complexe et qu'il nécessite du temps.

Au terme de ce travail, une interrogation survient. L'efficacité personnelle ne devrait-elle pas être davantage abordée lors de la formation HEdS ?

Références

- Anderson, E., Winett, R., & Wojcik, J. (2007). Self-Regulation, Self-Efficacy, Outcome Expectations, and Social Support: Social Cognitive Theory and Nutrition Behavior. *The Society of Behavioral Medicine*, 34, 304-312.
- Bandura, A., (2007). *Auto-efficacité : sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles, Belgique : édition De Boeck Université.
- Chen, A., Yehle, K., Albert, N., Ferraro, K., Mason, H., Murawski, M., & Plake, K. (2014). Relationship between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10, 378-386.
- Colin-Ramirez, E., McAlister, F., Woo, E., Wong, N., & Ezekowitz, J. (2015). Association Between Self-reported Adherence to a Low-Sodium Diet and Dietary Habits Related to Sodium Intake in Heart Failure Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30, 58-65.
- Confédération suisse. (2016). *Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie*. Repéré à <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html#a7>
- Coughlan, M., Ryan, F. & Ronin, P. (2013). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. London: Sage.
- Dickson, V., Howe, A., Schipper, J., & Katz, S.-M. (2012). Sociocultural influences on heart failure self-care among an ethnic minority black population. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28, 111–118. doi: 10.1097/JCN.0b013e31823db328
- Dunbar, S.-B., Butts, B., Reilly, C.-M., Gary, R.-A., Higgins, M.-K., Ferranti, E.-P., Culler, S.-D., & Butler, J. (2014). A pilot test of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and concomitant diabetes. *Nursing Outlook*, 62(2), 97-111.
- Evangelista, L., Rasmusson, K., Laramée, A., Barr, J., Ammon, S., Dunbar, S., Ziesche, S., Patterson, H., & Yancy, C. (2010). Health Literacy and the Patient with Heart Failure—Implications for Patient Care and Research: A Consensus Statement of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail*, 16(1), 9-16.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2015). *Insuffisance cardiaque*. Repéré à http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562229/k.60D0/Insuffisance_cardiaque.htm
- Fondation Suisse de Cardiologie. (2004). *Données, chiffres et faits sur l'insuffisance cardiaque*. Repéré à http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:NX6Qjv21p1gJ:www.swissheart.ch/uploads/media/04_06_01_Herzinsuffizienz_ZahlenFakten_F.pdf+&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=ch
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

- Granger, B., Sandelowski, M., Tahshjain, H., Swedberg, K., & Ekman, I. (2009). A qualitative descriptive study of the work of adherence to a chronic heart failure regimen: patient and physician perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(4), 308–315. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181a4be30
- Gutiérrez-Doña, B., Lippke, S., Renner, B., Kwon, S., & Schwarzer, R. (2009). Self-efficacy and planning predict dietary behaviors in Costa Rican and South Korean woman: Two moderated mediation analyses. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(1), 91-104. doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01004.x
- Haute Ecole de Santé Fribourg. (2015). *Développement et Evaluation d'une Consultation INFirmière pour des Adultes avec une Insuffisance CARDiaque*. Repéré à www.heds-fr.ch/FR/recherche-developpement/projet-RaD/Documents/Fiche%20projet%20PSK_Nurse-delivered%20service%20in%20HF_English_psk_20150727_site%20internet.pdf
- Heo, S., Doering, L., Widener, J., & Moser, D., (2008). Predictors and effects of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 2, 124-132.
- Heo, S., Lennie, T., Moser, D., & Okoli, C. (2009). Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 8(5), 323–328.
- Holloway, A., & Watson, H. (2002). Role of self-efficacy and behaviour change. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 106-115.
- Initiative Insuffisance Cardiaque. (2015). *Épidémie d'insuffisance cardiaque*. Repéré à <http://www.insuffisancecardiaque-initiative.ch/ch-fr/index/warum-bnp-bestimmen/herzinsuffizienz-epidemie.html>
- Jeon, Y., Kraus, S., Jowsey, T., & Glasgow, N. (2010). The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 10, 2-9.
- Kaholokula, J., Saitoa, E., Maua, M., Latimera, R., & Seto, T. (2008). Pacific Islanders' Perspectives on Heart Failure Management. *National Institut of Health*, 70(2): 281–291.
- Khosravizade, A., Hassanzadeh, A., & Mostafavi, F. (2015). The impact of self-efficacy education on self-care behaviours of low salt and weight setting diets in hypertensive women covered by health-care centers of Dehaghan in 2013. *The Journal of the Pakistan Medical*, 65(5), 506-11.
- Ledoux, I., Talbot, L., Jetté, S., & Grenon, V. (2013). Définition opérationnelle de l'auto-efficacité selon la méthode de Walker et Avant dans le cadre de la formation en soins infirmiers. *L'infirmière clinicienne*, 10 (1), 70-83.
- Lennie, T., Chung, M., & Moser, K. (2013). What Should We Tell Patients with Heart Failure about Sodium Restriction and How Should We Counsel Them. *Curr Heart Fail Rep*, 10(3), 219–226.

- Loiselle, C.-G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Mailhot, T., Cossette, S. & Alderson, M. (2013). Une analyse évolutionniste du concept d'auto-soins. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 94-106.
- Mead, E., Gittelsohn, J., De Roose, E., & Sharma, S. (2010). Important psychosocial factors to target in nutrition interventions to improve diet in Inuvialuit communities in the Canadian Arctic. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23, 92-99.
- Meyer, T., & Verhiac, J.-F. (2004). *Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé*. Repéré à https://www.cairn.info/revue-savoirs-2004-5-page-117.htm#anchor_citation
- Nunciaroni, A. (2013). *Usa de estratégias de ativação da intenção para a redução do consumo de sódio em pacientes com insuficiência cardíaca*. Master de mémoire inédit, Universidade Estadual de Campinas. Repéré à <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000919041>
- Peperstraete, B. (2013). Prise en charge des comorbidités de l'insuffisance cardiaque. *Rev Med Brux*, 34, 154-162.
- Rajati, F., Sadeghi, M., Feizi, A., Sharifirad, G., Hasandokht, T., & Mostafavi, F. (2014). Self-efficacy strategies to improve exercise in patients with heart failure: A systematic review. *ARYA Atheroscler*, 10, 319-333.
- Richard, A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concept. *Journal of Nursing Scholarship*, 43:3, 255-264.
- Rodriguez, K., Appelt, C., Switzer, G., Sonel, A., & Robert, A. (2008). "They diagnosed bad heart": A qualitative exploration of patients' knowledge about and experiences with heart failure. *Heart and lung*, 37, 257-264.
- Rogers, A., Addington-Hall, J., Abery, A., McCoy, A., Bulpitt, C., Coats, A., & Gibbs, J. (2000). Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. *BMJ*, 321, 605-607.
- Sansonens, L. (2012). *La perception de la qualité de vie chez les personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque à domicile : Une revue de littérature étoffée* (Travail de Bachelor inédit). Haute Ecole de Santé Fribourg, Suisse.
- Shao, J.-H., Chang, A., Edwards, H., Shy, Y.-I., & Chen, S.-H. (2013). A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *Journal of Advanced Nursing* 69(11), 2458–2469.

- Sharon, S., & Fields, B. (2008). Sodium dietary restriction, knowledge, beliefs, and decision-making behavior of older females. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 217–224.
- Sharp, P., & Salyer, J. (2012). Self-efficacy and Barriers to Healthy Diet in Cardiac Rehabilitation Participants and Nonparticipants. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(3), 253-262.
- Siabani, S., Leeder, S., & Davidson, P. (2013). Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *SpringerPlus*, 2, 1-14.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2011). Fonction cardiovasculaire et hématologique. Dans Smeltzer, S., & Bare, B. *Soins Infirmiers Médecine et Chirurgie* (pp. 1073-1090). Québec, Canada : Groupe de Boeck.
- Sol, B., Graff, Y., Petersen, R., & Visseren, F. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 180-186.
- Strecher, V., DeVellis, B., Becker, M., & Rosenstock, I. (1986). The Role of Self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Educ Q*, 13(1), 73-92.
- Suter, P.-M., Gorski, L., Hennessey, B., & Newton Suter, W. (2012). Best Practices for Hearth Failure. *Home Healthcare Nurse*, 30, 395-405.
- Tribune de Genève. (2013). *Infirmier, un métier plus attractif en Suisse romande*. Repéré à <http://www.tdg.ch/suisse/personnel-infirmier-penurie-marquee-suisse-romande/story/19061790>
- Warren-Findlow, J., Seymour, R., & Huber, L. (2013). The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults. *J Community Health*, 37(1), 15–24.
- Welsh, D., Heiser, R., Schooler, M., Brockopp, D., Parshall, M., Cassidy, K., & Saleh, U. (2002). Characteristics and treatment of patients with heart failure in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 28(2), 126–131.
- Welsh, D., Lennie, T., Marcinek, R., Biddle, M., Abshire, D., Bentley, B., & Moser, D. (2013). Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. *The European Society of Cardiology*, 12(1), 1-14.
- Wessler, J., Hummel, S., & Maurer, M. (2014). Dietary Interventions for Heart Failure in Older Adults: Re-emergence of the Hedonic Shift. *Prog Cardiovasc Dis*, 57(2), 160–167.
- Yehle, K.-S., & Plake, K.-S. (2010). Self-efficacy and Educational Interventions in Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25 (3), 175-188.

Appendices

Appendice A : déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Combremont Emilie et Diana Duarte

**Appendice B : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative,
article de Sharp et Salyer, 2012**

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas de définition de l'auto-efficacité
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Elles ne sont pas définies clairement mais on arrive à les déduire.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			
Population Et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants	X			

	(éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loisele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Sharp, P., Slayer. J. (2012). Self-efficacy and Barriers to Healthy Diet in Cardiac Rehabilitation Participants and Nonparticipants. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 27(3), 253-262.
Résumé	<p>Contexte et objectif de recherche : participer à la réadaptation cardiaque (RC) peut aboutir à des résultats positifs pour les patients, mais seulement 20% de la population cardiaque fréquente la RC. Ainsi, il est nécessaire d'examiner les comportements de style de vie chez les patients cardiaques qui ne fréquentent pas les programmes de RC. Des études ont porté essentiellement sur la santé physique et à l'adhérence à l'exercice, avec moins d'attention sur les habitudes alimentaires et les déterminants psychologiques du changement de comportement. Le but de cette étude descriptive comparative était d'examiner les différences dans l'auto-efficacité et les obstacles à l'apport alimentaire sain entre les participants et les non-participants à la RC à 6 et à 12 semaines après la sortie de l'hôpital.</p> <p>Méthodes : une étude longitudinale prospective a été utilisée. L'échantillon était composé de 51 adultes qui (1) ont été diagnostiqués avec ou en récupération d'un événement aiguë cardiaque, en traitement ou en intervention ; (2) ont reçu la phase I de la RC ; et (3) sont physiquement aptes à participer à la phase II de la RC. Les participants étaient principalement des hommes, âgés, mariés et blancs ; avaient plus d'un diplôme d'études secondaires ; et avaient des revenus de plus de \$ 30 000. Une analyse de covariance a été utilisée pour déterminer les différences dans le temps pour l'auto-efficacité et les obstacles à l'apport alimentaire sain entre les groupes.</p> <p>Résultats et Conclusions : bien qu'au temps 1 les conclusions entre les groupes ne sont pas significatives, les participants RC ont rapporté plus d'auto-efficacité pour l'apport alimentaire sain que les non-participants. Au moment 2, les participants RC ont aussi rapporté une plus grande auto-efficacité ($F_{3, 40} = 13,69, P < 0001$), ce qui indique une plus grande confiance à engager un régime équilibré. Une différence significative a été trouvée dans les obstacles à l'apport alimentaire sain ($t = 2.13, P = .04$) au temps 1, les participants RC ont déclaré moins d'obstacles. Au temps 2, les participants RC ont rapporté moins d'obstacles à une alimentation saine ($F_{3,39} = 18.19, P < 0001$), ce qui indique une perception plus positive. Les résultats améliorent la compréhension des facteurs qui influent l'adoption de comportements alimentaires sains et sont utiles pour concevoir des interventions pour aider les individus dans la poursuite des efforts de prévention secondaire au fil du temps.</p>
Introduction Enoncé du problème	Peu d'études ont examiné l'auto-efficacité dans l'apport alimentaire sain bien que l'auto-efficacité a été signalée comme un bon indicateur de bons comportements de santé. De plus, les obstacles à l'adhérence à un régime alimentaire sain chez les participants RC n'ont pas été largement explorés. Peu d'études ont mis l'accent sur les non-participants à la RC. Étant donné que la population comprend seulement jusqu'à 20 % de RC de la population totale cardiaque, il faut examiner le mode de vie des patients cardiaques qui ne fréquentent pas un programme officiel de RC ainsi que chez les participants au programme.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Les études qui ont mesuré l'apport alimentaire dans le contexte de réadaptation cardiaque (RC) ont rapporté des changements positifs dans le comportement alimentaire chez les participants au programme. - Cependant, peu d'études ont examiné l'auto-efficacité dans l'apport alimentaire sain bien que l'auto-efficacité a été signalée comme un bon indicateur de bons comportements de santé. - De plus, les obstacles à l'adhérence à un régime alimentaire sain chez les participants RC n'ont pas été largement explorés, bien que des études relatives à l'alimentation chez les patients cardiaques et d'autres maladies chroniques aient soutenu l'importance de la perception individuelle des barrières sur le comportement de promotion de la santé.

	- La population comprend seulement jusqu'à 20 % de RC de la population totale cardiaque, il faut examiner le mode de vie des patients cardiaques qui ne fréquentent pas un programme officiel de RC ainsi que chez les participants au programme.
Cadre théorique ou conceptuel	Efficacité personnel, régime, maladie cardiaque
Hypothèses	Les personnes participant à un programme de RC auraient une plus grande auto-efficacité dans l'adoption d'une alimentation saine que les personnes ne participant pas à un programme de RC.
Méthodes Devis de recherche	Une étude expérimentale - longitudinale prospective
Population et contexte	L'échantillon de cette étude longitudinale descriptive est composé de 51 adultes consentants (1) qui ont été diagnostiqués avec et étaient en récupération d'un événement cardiaque, ayant un traitement aigu ou subi une intervention pour maladies coronariennes, (2) qui ont reçu la phase I de la RC , (3) dont les médicaments étaient des cardioprotecteurs dont l'efficacité est basée sur des preuves, (4) qui étaient physiquement en mesure de participer à la phase II de la RC , et (5) qui étaient en mesure de lire et de comprendre suffisamment l'anglais pour remplir des questionnaires. Les critères d'exclusions étaient les personnes qui n'entraient pas dans les critères pour intégrer un programme de RC (par exemple, l'hypotension, l'hypertension incontrôlée, les arythmies graves et les blocs auriculo-ventriculaires sévères). La figure 2 illustre les critères d'inclusion et d'exclusion, le nombre de participants inscrits, les participants sélectionnés pour l'étude, et le nombre final de participants à l'étude (n = 51). L'étude a été menée dans le programme de RC dans un hôpital mixte situé dans Newport News, en Virginie.
Collecte des données et mesures	<p>Collectes de données</p> <p>Lors de son admission à l'hôpital, les patients ont été examinés pour l'éligibilité à l'étude par les infirmières du programme de RC. Durant la consultation initiale du patient, l'infirmière de la RC s'est assurée que le patient avait reçu un formulaire d'information. Les patients étaient demandés par consentement s'ils pouvaient donner leur nom à l'enquêteur afin qu'ils puissent être contactés pendant l'hospitalisation afin de discuter de l'étude. Les patients qui ont consenti à être contacté par l'enquêteur ont dû confirmer leur consentement par une signature au fond du formulaire. Après une explication approfondie par l'enquêteur, les patients qui ont accepté de participer ont signé un formulaire de consentement, complété un questionnaire démographique et un questionnaire sur l'histoire de leur santé (8 items), et ils ont fourni les contacts ainsi que les dates et l'heure de collecte de données pour le temps 1 (environ 6 semaines après la sortie de l'hôpital). La pression artérielle a été obtenue ainsi que la taille et le poids. Ils ont été mesurés (pour calculer le BMI) pour chaque participant. Les patients qui ont été référés par un cardiologue pour une RC ont été assignés au participant du groupe de la RC. Les patients qui répondaient aux critères d'inclusion, mais qui ont choisi de ne pas participer à la RC ont été affectés au groupe non-RC (figure 2). Tous les participants ont reçu une décharge de l'hôpital qui consentait qu'ils participent à l'étude.</p> <p>Le temps de collecte de données 1 a été effectué par un questionnaire d'enquête envoyé par la poste (93 items ; 6 semaines après la sortie de l'hôpital). La méthode de Dillman, pour améliorer des taux de réponses dans des enquêtes, expédiées par la poste a été utilisée pour la production de paquet et le minutage de suivi d'enquêtes expédiées par la poste. Dans le paquet des questionnaires se trouvait une lettre incorporant des instructions pour compléter et le retour des questionnaires. Il a été demandé aux participants de remplir et de retourner le questionnaire à l'enquêteur dans les 7 jours suivant la réception par l'enveloppe préaffranchie. Une carte postale pour les remercier de leur participation (ou pour leur rappeler de remplir et de poster le questionnaire) a été envoyé par la poste dans les 14 jours. La même procédure a</p>

	<p>été utilisée pour récolter les données suivantes (93 items). La collecte de données au temps 2 pour les participants RC a coïncidé avec leur achèvement du programme de RC. Ainsi il a été envoyé aux participants qui ont terminé les 6 semaines de RC un questionnaire à 12 semaines après leur sortie de l'hôpital. Les participants non-RC ont reçu des questionnaires aux 6 et 12 semaines après la sortie de l'hôpital.</p> <p>Mesures</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un « investigator-developed demographic data » et un questionnaire de santé ont été utilisés pour recueillir des données pour décrire l'échantillon. Le « investigator-developed demographic data » comprenaient l'âge, race / ethnicité, le sexe, l'état matrimonial, l'éducation et le revenu. Le questionnaire de santé comprenait des informations concernant les antécédents de maladie cardiaque ou des événements cardiaques des traitements ou des interventions chirurgicales et des données ont aussi été obtenus à partir du dossier médical du participant. - Les pressions artérielles systoliques et diastoliques étaient mesurées manuellement. Le participant était assis, la taille du brassard était ajustée à la taille de son bras, la mesure a été prise avec un manomètre à mercure et un stéthoscope. Les paramètres ont été enregistrés en millimètres de mercure (mm d'Hg), l'indice de masse corporelle (BMI) a été utilisé pour évaluer si les participants étaient en surpoids ou obèses. Après l'obtention de la taille et du poids, le BMI a été déterminé en utilisant un calculateur en ligne disponible. <p>« The Self-efficacy for Eating Habits Scale » a été utilisée pour mesurer l'auto-efficacité pour l'apport alimentaire sain. Elle contenait 20 items, 5 points de mesures sur une l'échelle de Likert qui calcule le degré de confiance des individus à manger de manière spécifique constante pendant au moins 6 mois dans une variété de situations.</p> <p>« The Healthy Eating Benefits and Barriers Scale » a été utilisée pour mesurer les obstacles à l'apport alimentaire sain. Elle contenait 18 items (9 – items avantages, 9 - items barrières), 4 réponses possibles qui ont été mesurées sur une échelle Likert. Cette échelle investigate les perceptions des individus concernant les avantages et les obstacles à une alimentation saine. Des scores élevés sur cette échelle sommée reflètent une perception plus positive de l'apport alimentaire sain.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Pendant le temps où les participants du groupe RC recevaient le programme de RC, les non-RC ont reçu des soins à travers des médecins ou des cardiologues. Sur la base des lignes directrices de la RC pour la prévention secondaire, les programmes de RC sont composés de la phase I (patients hospitalisés), II (ambulatoire supervisé) et III (maintenance). Phase I (tous les participants l'ont connu au cours hospitalisation) inclus l'exercice et l'éducation des patients hospitalisés. Cette phase a été lancée le jour de l'admission à l'hôpital. Dès la notification de l'admission du patient, le personnel de la RC (infirmière ou physiologiste de l'exercice) examine le dossier médical, visite le patient, et examine les composants de la phase I de la RC. Après la visite initiale, le personnel de la RC travaille quotidiennement avec les patients jusqu'à leur sortie. Environ 15 minutes d'exercice, suivie par 30 à 60 minutes d'éducation, sont fournies pour chaque patient par jour. L'éducation fournie contient les facteurs de risque cardiaque, la physiopathologie, l'angine de poitrine par rapport à l'infarctus du myocarde (IM) ses signes et symptômes, les activités de la vie quotidienne, l'exercice, l'alimentation, limite de l'activité physique quotidienne, l'activation du système médical d'urgence et la phase II de la RC. Des brochures, des livrets, et la discussion verbale ont été utilisés pour guider l'éducation.</p> <p>La phase II de la RC a été lancée six semaines après la sortie et a été offerte 3 jours par semaine pendant 6 semaines. Chaque session a duré environ 1 heure qui contenait des exercices de groupe et de l'éducation au patient. Les sessions contenaient des séances d'information dirigées par une infirmière de la RC ou par un physiologiste comprenait : de l'anatomie et la physiologie du cœur, l'angine de poitrine et l'infarctus, la</p>

	réexplication des médicaments, l'alimentation, l'exercice, le stress et la relaxation, le sevrage tabagique, et les risques / signes et symptômes de l'AVC. L'éducation était fournie en utilisant des bandes vidéo, des tableaux de conférence, des conférences, des documents, et des démonstrations. Un pharmacien et une nutritionniste ont assisté à chacune des séances une fois par mois.
Résultats Traitement des données	<p>Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les 2 groupes, ainsi que leurs caractéristiques démographiques et leur histoire de santé. Elles ont été comparées en utilisant des méthodes paramétriques ou non paramétriques. Les caractéristiques individuelles suivantes ont été comparées au temps 1 : la race / l'ethnie, le sexe, l'état matrimonial, l'éducation, le niveau de revenu, l'âge, le BMI et la pression systolique et diastolique. Les mesures en continu ont été comparées en utilisant un t tests et des mesures nominales ont été comparées en utilisant x2 (ou test exact de Fisher). Si les 2 groupes différaient sur l'un des temps 1, ils ont été inclus en tant que facteurs de confusion possibles dans toutes analyses. Aucune différence significative dans le temps 1 a été trouvés.</p> <p>Pour comparer les participants RC et les non-RC après 12 semaines après la sortie de l'hôpital, l'analyse de covariance a été utilisée. Les résultats du temps 1 (6 semaines après la sortie de l'hôpital) ont été utilisés comme covariable. En outre, les groupes ont été comparés en utilisant un t test visant à évaluer les différences dans les résultats au sein des 2 groupes. Le logiciel JMP (version 7) a été utilisé pour toutes les analyses. Les résultats ont été comptabilisés en utilisant le « Transparent Reporting of Evaluations With Nonrandomized Designs guidelines ».</p>
Présentation des résultats	<p>Temps 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe RC a rapporté un score un peu plus élevé d'auto-efficacité pour l'apport alimentaire sain (moyenne, 83,35 ; SE, 1,86) que le groupe non-RC (moyenne, 82,82 ; SE, 2,14) ; cependant, les résultats indiquent que les groupes ne différaient pas de façon significative (t = 0,19, p = 0,85) - Le groupe RC a perçu un peu moins d'obstacles à l'apport alimentaire sain (moyenne, 2,91 ; SE, 0,10) que le groupe de non-RC (moyenne, 2,59 ; SE, 0,12). - Les obstacles les plus fréquemment expérimentés pour l'apport alimentaire sain rapporté par les deux groupes au moment 1 étaient qu'une alimentation saine signifie (1) abandonner la nourriture qu'ils aiment (RC signifie , 2,48 ; non -RC signifie , 2,20) , (2) choix limités quand ils mangent à l'extérieur (RC signifie , 2,52 ; non-RC signifie , 2,24) , et (3) ils éprouvaient des difficultés parce que les experts ne cessaient de changer leurs conseils (RC signifie , 2,93 ; non -RC signifie ,2,71). <p>Temps 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe RC a rapporté une meilleure auto-efficacité dans l'alimentation saine (moyenne, 87,28 ; SE, 1,68) que les non-RC (moyenne, 78,51 ; SE, 1,84). Plus précisément, le groupe RC a rapporté une augmentation de l'auto-efficacité pour l'apport alimentaire sain, tandis que le groupe de non-RC a rapporté une diminution de l'auto-efficacité pour l'alimentation saine au temps 2 comparé au temps 1. - L'auto-efficacité pour les deux groupes a révélé que les participants étaient convaincus qu'ils pouvaient toujours engager une alimentation saine et réduire les calories, le sel et les matières grasses pour au moins une période de 6 mois. - Le groupe RC a perçu un peu moins d'obstacles à l'apport alimentaire sain (moyenne, 2,76 ; SE, 0,07) que le groupe de non-RC (moyenne, 2,72 ; SE, 0,08). Dans l'ensemble, les résultats indiquent que le groupe RC a perçu moins d'obstacles à une alimentation saine. - Les obstacles, les plus fréquemment rencontrés à une alimentation saine, rapportés par les deux groupes au temps 2 étaient qu'une

	<p>alimentation saine signifie (1) abandonner la nourriture qu'ils aiment (RC moyenne : 2,38 ; non -RC moyenne : 2.11), (2) choix limités lorsqu'ils mangent à l'extérieur (RC moyenne : 2,67 ; non -RC moyenne : 2,21), et (3) ils éprouvaient des difficultés parce que les experts ne cessaient de changer leurs conseils (RC moyenne : 2,71 ; non -RC : moyenne 2,26)</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les résultats confirment que la participation à un programme de réadaptation cardiaque (RC) améliore l'auto-efficacité pour réduire les obstacles à l'apport alimentaire sain. Ces résultats améliorent notre compréhension sur les facteurs psychosociaux qui influent sur l'adoption de comportements alimentaires sains pour le cœur et sera utile pour aider les individus à soutenir les efforts de prévention au fil du temps. - Les programmes qui traitent les obstacles à la promotion de la santé sont nécessaires pour surmonter les obstacles à l'apport alimentaire, même si l'auto-efficacité est élevée. - Un suivi par les médecins et cardiologues peut aider les non-participants à la RC à surmonter les obstacles et d'améliorer l'adoption des habitudes de vie saines. Identifier les obstacles spécifiques à la participation peut aider le personnel de la RC à développer de nouvelles approches pour répondre aux besoins des patients cardiaques.
<p>Perspectives futures</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bien que la taille de l'échantillon était petite (n = 51), des différences significatives entre les 2 groupes ont été trouvées dans l'auto-efficacité et les obstacles à l'apport alimentaire sain au fil du temps dans cette analyse. De futures études sont nécessaires pour confirmer ces résultats - Les études futures peuvent envisager d'incorporer une mesure de soutien social pour évaluer non seulement celui des pairs (RC) mais aussi le soutien de la famille et de la communauté. - Les facteurs psychosociaux tels que l'auto-efficacité et les obstacles à la promotion de la santé peuvent influencer l'adoption de modes de vie sain et de ce fait à stabiliser, ralentir ou même inverser la progression des maladies cardiovasculaires et, à son tour, de réduire le risque d'un autre événement ou la mort. Par conséquent, ces facteurs psychosociaux ne doivent pas être sous-estimés. Le défi reste pour les chercheurs de mener des études randomisées et contrôlées sur ces déterminants psychologiques du comportement de mode de vie. - Bien qu'il soit bien documenté que les interventions peuvent moduler ou renforcer l'auto-efficacité et entraîner des changements positifs dans les comportements de santé et l'amélioration des résultats pour la santé, peu d'études ont examiné l'impact de l'enseignement de la nutrition à travers des programmes de RC pour accroître ou maintenir l'auto-efficacité dans le régime alimentaire. Plus de recherches sont nécessaires dans ce domaine alimentaire, en particulier les études longitudinales. - La Communauté et des programmes basés sur le Web peuvent avoir un impact positif sur les comportements de santé. Par conséquent, une communauté ou un programme basé sur le web de 6 semaines (en accord avec 6 semaines de RC programme) qui cible l'apport alimentaire sain pour le cœur tout en augmentant l'auto-efficacité et les obstacles peuvent aider ceux qui refusent de participer à la RC. - En outre, l'extension des heures du programme de RC pour accueillir les personnes qui travaillent et pour les patients avec des difficultés vis-à-vis des transports peut améliorer la participation à la RC. - Les programmes éducatifs qui abordent les obstacles sont nécessaires à la promotion de la santé pour surmonter les obstacles à l'alimentation, même lorsque l'auto-efficacité est élevée.
<p>Questions générales Présentation</p>	<p>Bien structuré : contient l'introduction, la méthode, les résultats, les limites de l'étude ainsi que l'implication pour la pratique.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>Bon article, présentation des résultats peut-être un peu trop complexe</p>

Interventions	<p>Sur la base des lignes directrices de la RC pour la prévention secondaire, les programmes de RC sont composés de la phase I (patients hospitalisés), II (ambulatoire supervisé) et III (maintenance).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phase I (où tous les participants ont connu au cours hospitalisation) inclus l'exercice et l'éducation des patients hospitalisés. Cette phase a été lancée le jour de l'admission à l'hôpital. Le personnel de la RC travaille quotidiennement avec les patients jusqu'à sa sortie. Environ 15 minutes d'exercice, suivie par 30 à 60 minutes d'éducation, sont fournies pour chaque patient par jour. L'éducation fournie contient les facteurs de risque cardiaque, la physiopathologie, l'angine de poitrine par rapport l'infarctus du myocarde (IM) ses signes et symptômes, les activités de la vie quotidienne, l'exercice, l'alimentation, la limite de l'activité physique quotidienne, l'activation du système médical d'urgence et la phase II de la RC. Des brochures, des livrets, et la discussion verbale ont été utilisés pour guider l'éducation. - La phase II de la RC a été lancée six semaines après la sortie et a été offerte 3 jours par semaine pendant 6 semaines. Chaque session a duré environ 1 heure qui contenait des exercices de groupe et de l'éducation au patient. Les sessions contenaient des séances d'information dirigées par une infirmière de la RC ou par un physiologiste comprenant : de l'anatomie et la physiologie du cœur, l'angine de poitrine et l'infarctus, la réexplication des médicaments, l'alimentation, l'exercice, le stress et la relaxation, le sevrage tabagique, et les risques / signes et symptômes de l'AVC. L'éducation était fournie en utilisant des bandes vidéo, des tableaux de conférence, des conférences, des documents, et des démonstrations. Un pharmacien et une nutritionniste ont assisté à chacune des séances une fois par mois. <p>Identifier les obstacles spécifiques à la participation peut aider le personnel de la RC à développer de nouvelles approches pour répondre aux besoins des patients cardiaques. Ceci peut être accompli à travers des entretiens individuels avec les patients en ce qui concerne les barrières à l'adoption de d'une alimentation saine. Les connaissances acquises à partir de ces discussions peuvent améliorer les résultats du programme de la RC</p>
---------------	---

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Appendice C : grille d'évaluation et de lecture, approche
quantitative, article de Shao et al., 2013**

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			

Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			L'échantillon de l'étude a été sélectionné à partir de deux centres médicaux du nord de Taiwan, ce qui limite la généralisation des résultats.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loiseau, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Shao, J.-H., Chang, A., Edwards, H., Shyu, Y.-I., & Chen, S.-H. (2013). A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 69(11), 2458–2469. doi : 10.1111/jan.12121
Résumé	<p>Objectifs : Le présent document est un rapport sur l'efficacité d'un programme de self-management qui est basé sur l'auto-efficacité chez les personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Contexte : L'insuffisance cardiaque est un problème majeur de santé dans le monde, avec une grande mortalité et morbidité, ce qui en fait une des principales causes d'hospitalisation. L'insuffisance cardiaque est associée à un ensemble complexe de symptômes qui découlent de problèmes de rétention d'eau et de sodium. Par conséquent, la gestion de la consommation de sel et de liquide est importante et peut être renforcée par l'amélioration de l'auto-efficacité des patients à changer leur comportement.</p> <p>Design : Essai contrôlé randomisé.</p> <p>Méthodes : les patients atteints d'insuffisance cardiaque fréquentant les cliniques cardiaques dans le nord de Taiwan d'Octobre 2006 à mai 2007 étaient assignés au hasard à deux groupes : de contrôle (n = 46) et d'intervention (n = 47). Le groupe d'intervention a reçu sur 12 semaines un programme d'autogestion qui a souligné l'auto-surveillance de sel / apport liquidien ainsi que des symptômes liés à l'insuffisance cardiaque. Les données ont été recueillies 4 et 12 semaines plus tard. Les hypothèses ont été testées grâce aux mesures répétées, le modèle d'ANOVA.</p> <p>Résultats : Les participants qui ont reçu le programme d'intervention avaient significativement une meilleure auto-efficacité pour la gestion du sel et le contrôle des fluides, les symptômes liés à l'insuffisance cardiaque étaient significativement plus faibles que les participants du groupe de contrôle. Cependant, les deux groupes ne différaient pas de façon significative dans l'utilisation des services de santé.</p> <p>Conclusion : Le programme de self-management améliore l'auto-efficacité pour le contrôle de sel et des fluides, les comportements de self-management diminuent les symptômes chez les patients âgés taiwanais atteints d'insuffisance cardiaque. Les interventions infirmières visant à améliorer les résultats en matière de santé pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque devraient insister sur l'auto-efficacité dans l'auto- gestion de leur maladie.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>L'insuffisance cardiaque (IC), un problème majeur de santé publique dans le monde entier et elle a été liée à un risque accru de mort (Rich, 2005). De plus, l'IC est associée à l'âge et, compte tenu de la spectaculaire augmentation de la population des personnes âgées dans le monde entier, la prévalence d'IC est en augmentation chez les personnes âgées aux États-Unis (American Heart Association 2008) et à Taiwan (Département des statistiques de 2006). En Europe, une enquête dans 24 pays a révélé que 24 % des patients admis à l'hôpital avec une IC confirmée ou suspectée ont été réadmis à l'hôpital (Clelanda et al. 2003). En effet, l'IC est l'une des principales causes d'hospitalisation et de réadmission aux États-Unis (d'Amérique Heart Association 2008). A Taiwan, l'IC est l'une des principales causes de morbidité et est un grand fardeau économique pour la société, d'autant plus que le taux de réadmission pour les patients souffrants d'IC est en constante augmentation (ministère de la Statistiques de 2006).</p> <p>Beaucoup de ses premières réadmissions pour l'IC peuvent être évitable avec des améliorations dans la gestion de l'IC (Stromberg et al .2003, Sisk et al. 2006). Ainsi, de plus grands efforts sont nécessaires pour gérer et diminuer ces symptômes et la quantité de sodium et de rétention d'eau chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</p>

	<p>Des données probantes appuient l'autogestion comme une approche de soins pour les personnes atteintes d'une maladie chronique car elle augmente l'auto-efficacité, diminue le nombre d'hospitalisations des patients atteints d'IC, les coûts de la santé et améliore la qualité de vie des patients (Lorig & Holman, 2003). Un concept central dans l'autogestion est l'auto-efficacité, qui offre un modèle efficace pour la promotion et le changement de comportement (Burckhardt 2005, Weng et al., 2010).</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance cardiaque (IC), un problème majeur de santé publique dans le monde entier et elle est liée à un risque accru de mort (Rich, 2005). - De plus, l'IC est associée à l'âge et, compte tenu de la spectaculaire augmentation de la population des personnes âgées dans le monde entier, la prévalence d'IC est en augmentation chez les personnes âgées dans le États-Unis (American Heart Association 2008) et à Taiwan (Département des statistiques de 2006). - En Europe, une enquête dans 24 pays a révélé que 24 % des patients admis à l'hôpital avec une IC confirmée ou suspectée ont été réadmis à l'hôpital (Clelanda et al. 2003). - En fait, l'IC est l'une des principales causes d'hospitalisation et de réadmission dans les États-Unis (d'Amérique Heart Association 2008). - A Taiwan, l'IC est l'une des principales causes de morbidité et est un grand fardeau économique pour la société, d'autant plus que le taux de réadmission pour les patients souffrants d'IC est en constante augmentation (ministère de la Statistiques de 2006). - Comme l'IC est une maladie progressive, les patients éprouvent souvent un niveau élevé de symptômes (Zambroski et al., 2005) et des diminutions significatives de l'état fonctionnel (de l'American Heart Association 2008). - La plupart des symptômes liés à l'IC sont grandement influencés par la surcharge de fluide provoquée par la rétention de sodium, qui provoque un taux élevé de réadmission (Welsh et al., 2002). - Beaucoup de ces premières réadmissions pour IC peut être évitable avec des améliorations dans la gestion de l'IC (Stromberg et al .2003, Sisk et al. 2006). - Des données probantes appuient l'autogestion comme une approche de soins pour les personnes atteintes d'une maladie chronique car elle augmente l'auto-efficacité, diminue le nombre d'hospitalisations des patients atteints d'IC, les coûts de la santé et améliore la qualité de vie des patients (Lorig & Holman, 2003). - Un concept central dans l'autogestion est l'auto-efficacité, qui offre un modèle efficace pour la promotion et le changement de comportement (Burckhardt 2005, Weng et al., 2010). - L'auto-efficacité a longtemps été montrée pour être un puissant facteur prédictif des comportements liés à la santé (Bandura, 1977b) et est un complément important pour aider les gens à changer leurs comportements et d'atteindre une meilleure santé (Bandura, 1977a). - L'autogestion est démontrée comme aidant à maintenir et à améliorer les comportements liés à la santé et à l'état de santé des patients IC aux États-Unis (Naylor et al .2004),
Cadre théorique ou conceptuel	Self-efficacy de Bandura

Hypothèses	Un programme basé sur l'auto-efficacité de Bandura augmenterait le self-management des patients atteint d'insuffisance cardiaque à Taiwan
Méthodes Devis de recherche	Essai contrôlé randomisé – étude quantitative
Population et contexte	<p>Tous les patients IC qui fréquentant les cliniques cardiaques d'octobre 2006 à janvier 2007 dans deux centres médicaux dans le nord de Taiwan ont été invités à participer à cette étude s'ils satisfaisaient ces critères d'inclusion : (i) 65 ans et plus; (ii) un diagnostic de IC primaire ou secondaire; (iii) stade I à III du New York Heart Association (NYHA); (iv) n'avait pas fréquentés les salles de cardiologie de l'hôpital; et (v) capable de parler et comprendre le chinois ou le taïwanais. Les patients ont été exclus de cette étude s'ils ont rencontré ces critères : (i) diagnostiqués avec une maladie en phase terminale telle que le cancer avancé ou une insuffisance rénale, ce qui aurait affecté la rétention d'eau et d'influencer probablement les résultats de l'étude ; et (ii) un diagnostic de psychiatrie débiliteuse, des troubles ou vivant dans un établissement de soins à long terme, ce qui aurait affecté leur capacité d'auto- gestion.</p> <p>Des 488 patients atteints d'IC fréquentant ces cliniques cardiaques entre octobre 2006 à janvier 2007, 352 entraient dans les critères d'éligibilité. De ces patients, 188 répondaient aux critères d'exclusion et 56 ont refusé de participer. Ainsi, 108 participants étaient admissibles au hasard attribué au groupe d'intervention (n = 54) et au groupe de contrôle (n = 54). Au long des 12 semaines, sept participants du groupe d'intervention, et huit participants du groupe de contrôle se sont retirés ou ont abandonné. Donc, seulement 47 participants dans le groupe d'intervention et 46 participants dans le groupe de contrôle ont terminé cette étude, pour un taux de retrait de 14%.</p>
Collecte des données et mesures	<p>La collecte des données a débuté suite à l'approbation. Lorsque les patients répondaient aux critères d'inclusion de cette étude, ils ont été invités à participer à l'étude. Une explication de l'étude, les avantages des droits des participants, la participation, et la politique sur la confidentialité des informations ont été fournies. En outre, un accord signé a été obtenu à partir de patients qui ont accepté de participer à l'étude. Une fois que les données avaient été recueillies, les participants étaient au hasard attribué au groupe expérimental ou au groupe témoin. L'assistant de recherche (RA = research assistant) a recueilli les données à 4 et 12 semaines par téléphone en utilisant un guide de questionnaire pour les deux groupes. Ce RA qui a recueilli les données est indépendante des auteurs qui ont rendu visite à domicile et qui ont effectué l'intervention, qui était d'une durée de 2 heures avec le contenu, y compris la mise à disposition d'information, la motivation des comportements, et de la performance du changement de comportement tels que l'auto-surveillance, la gestion des symptômes de l'IC, et la sélection des comportements de santé appropriés pour les patients dans le groupe expérimental. La collecte de données post-test par le RA qui a été faite son savoir dans quel groupe les participants étaient attribués, ont contribué à réduire les biais entre la recueilles de données de l'auteur et du RA.</p> <p>Différentes échelles ont été utilisées pour collecter les données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échelle SeSFC : L'échelle comportait 15 items, l'échelle SeSFC à deux sous-échelles qui évaluent auto-efficacité des patients IC pour résister à la consommation de sel (neuf points) et de fluides (six points). Elle a été adaptée à l'étude. La modification de la sous-échelle consistait à adapter trois éléments, par exemple réussir à maintenir la restriction hydrique quand j'ai des invités à la maison et par exemple réussir à enregistrer mon apport en liquide chaque jour. Une des sous-échelles (resulting) qui se nomment «

	<p>la résistance de la rechute à la consommation de sel et de fluide » a mesuré l'auto-efficacité de la consommation de fluide dans différents contextes. Les réponses de chaque item des deux sous-échelles ont été notées sur une échelle de 5 points de 1 (Je ne suis pas sûr que je puisse le faire), 5 (Je suis très sûr que je peux le faire), des scores plus élevés reflètent une plus grande auto-efficacité sur la réduction la consommation de sel et de contrôle des fluides.</p> <ul style="list-style-type: none"> - The Heart failure self-management behaviour scale (HFSmB) mesure les comportements d'autogestion chez les IC. Elle dispose de 10 items de l'échelle d'origine, avec un total de scores possibles allant 10-50. Les réponses à chaque élément sont notées sur une échelle de Likert à 5 points de 1 (je suis complètement d'accord), 5 (je suis complètement en désaccord), avec des scores plus faibles reflétant des comportements de faible autogestion. - Les Symptôme de détresse des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ont été mesurés en utilisant l'échelle de HFSD (Bondmass 2002), qui comprend 17 problèmes physiques / symptômes souvent attribués aux IC. Les réponses aux éléments sur une échelle de 5 point de type Likert indiquaient la mesure dans laquelle les symptômes apparaissent à partir de 0 (pas du tout), 4 (tout le temps). Le score total de HFSD peut varier de 0 à 68, les scores plus élevés indiquant plus de détresse des symptômes physiques. - Mesure de l'utilisation des services de santé : Ces données ont été recueillies auprès de tous patients après 12 semaines et avant de commencer l'étude. Les données de pré-étude ont été recueillies auprès des patients et auprès du personnel médical. Le nombre de chaque type d'utilisation des services de santé était calculé et totalisé pour chaque participant pendant la période d'étude. <p>La validité de contenu de l'échelle SeSFC et HFSmB ont été testés par un panel de cinq experts dans le domaine cardiaque et le contenu a été de validé dans l'échelle SeSFC et échelles de HFSmB (0,9 et 0,9 respectivement).</p>
Déroulement de l'étude	L'intervention a été conçu pour améliorer l'autogestion par la promotion de l'auto-efficacité à travers quatre principales sources d'information : la maîtrise de l'expérience, la modélisation sociale, la persuasion sociale et la sensibilisation des états physiques et émotionnels (Bandura 1997). L'intervention a intégré ces sources d'information dans chacune des cinq sessions : visite à domicile 3 jours après l'inscription, un suivi par téléphone aux 1, 3, 7, et 11 semaines, ainsi qu'élaboration d'un journal de la quantité de sodium consommé par jour et de fluide et un auto-enregistrement quotidien du poids. Les activités du programme d'autogestion ont été fournies par une visite à domicile et quatre suivis téléphoniques. Un aperçu de toutes les activités dans le programme d'autogestion est résumé dans le tableau 1.
Résultats Traitement des données	Les données ont été analysées par SPSS, la version 15-0 (Chicago, IL, USA), avec le niveau de signification (α) fixé à 0.05. Intention-to-treat a été utilisé afin que tous les patients soient attribués au hasard à des groupes au début de l'étude. Les différences dans les variables de résultats (SeSFC, HFSmB et HFSD scores) dans le temps et entre les deux groupes ont été analysées en utilisant des mesures répétées par ANOVA. L'utilisation des services de santé, n'est pas considérée comme une variable il a été donc utilisé le Test de Mann-Whitney U.
Présentation des résultats	<p>Dans l'étude actuelle, les patients du groupe d'intervention étaient significativement plus susceptibles d'effectuer des comportements d'autogestion tels que les plans d'action, les objectifs fixés, enregistrer leur sodium et l'apport liquidien par jour, se peser eux-mêmes chaque jour et surveiller les symptômes.</p> <p>L'auto-efficacité pour le sel et le contrôle de fluides :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scores SeSFC : Les résultats des mesures répétées ANOVA ont indiqué d'important effets pour les scores SeSFC (tableau 3). La

	<p>comparaison post-hoc des résultats pour le groupe expérimental et le groupe de contrôle utilisent un rajustement de Scheffe indiquant une différence significative des scores moyens entre Temps 1 et Temps 2 ($P < 0,001$), et entre temps 1 et 3 ($P < 0,001$), mais aucune différence significative entre les temps 2 et Temps 3 (Tableau 4). Le groupe expérimental avait un score supérieur de SeSFC que le groupe de contrôle au temps 2 et au temps 3 (Tableau 4).</p> <p>Comportements d'autogestion</p> <p>- Scores HFSmB : Les mesures répétées ANOVA ont montré des effets significatifs pour HFSmB au fil du temps et des groupes, ce qui indique une amélioration du groupe d'intervention (tableau 3). Le Tests post-hoc utilisant un rajustement de Scheffe pour les comparaisons multiples a trouvé une différence significative dans les scores moyens de HFSmB entre le temps 1 et le temps 2 ($P < 0,001$), et entre temps 1 et 3 ($P < 0,001$), mais pas entre les temps 2 et 3 Temps (tableau 4). Le groupe expérimental avait des scores inférieurs de HFSmB que le groupe de contrôle au moment du temps 2 et 3 (tableau 4).</p> <p>Les symptômes de détresse de l'insuffisance cardiaque</p> <p>- Score HFSD : Les mesures répétées ANOVA ont indiqué des effets significatifs pour l'échelle HFSD au fil du temps et selon le groupe (tableau 3). Le Tests post-hoc utilisant un rajustement Scheffe pour les comparaisons multiples a trouvé des différences significatives dans les scores moyens entre HFSD temps 1 et 2 ($P < 0,001$), et entre temps 1 et 3 ($P < 0,001$), mais pas entre le temps 2 et 3 (Tableau 4). Le groupe expérimental a un score inférieur d'HFSD que le groupe de contrôle au temps 2 et 3 (tableau 4), ce qui indique une amélioration du symptôme de détresse pour l'IC.</p> <p>Utilisation des services de santé : Le taux moyen d'utilisation des services de santé dans le groupe expérimental a diminué significativement de 1,36 fois au pré-test à 1,34 fois au post-test en utilisant le test de Wilcoxon ($z = 0,30$, $P = 0,76$). Les taux moyens d'utilisation des services de santé dans le groupe de contrôle ont augmenté de 1,35 fois au pré-test et de 1,48 fois au post-test, mais cette différence n'a pas été significative en utilisant le test de Wilcoxon ($z = 1,50$, $P = 0,13$). Des résultats similaires ont été obtenus en utilisant le Mann-Whitney U ($z = 0,97$, $p = 0,33$) et le t-test ($t = 0,93$, $P = 0,35$), ne montrant aucune différence significative de l'utilisation des services de santé entre les groupes expérimentaux et de contrôle.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Globalement, l'intervention d'autogestion a été efficace dans l'amélioration de l'auto-efficacité des patients IC taiwanais pour le contrôle de sel et l'apport hydrique, les comportements d'autogestion et dans la diminution des symptômes de détresse d'IC, mais non dans la réduction de l'utilisation des services de santé.</p> <p>Ces conclusions sont alignées avec la proposition qu'une haute auto-efficacité est associée à des comportements plus sains (Schweitzer et al. 2007), de sorte que les interventions doivent viser non seulement à améliorer le fonctionnement de la santé, mais aussi à améliorer l'auto-efficacité des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Ainsi, notre intervention, qui a incorporé les quatre sources d'information du modèle de Bandura pour l'amélioration de l'auto-efficacité (1991, 1997), a permis le succès dans leurs comportements d'autogestion liés à l'IC et par conséquent renforcer leur auto-efficacité.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Perspectives pour pratique infirmière : Les interventions infirmières visant à améliorer les résultats en matière de santé pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque</p>

	<p>devraient insister sur l'auto-efficacité dans l'autogestion de leur maladie.</p> <p>En outre, cette étude montre que les infirmières pourraient sensibiliser les patients à gérer leur maladie, à la prévention des symptômes et à la détection précoce de problèmes de santé grâce à un programme d'autogestion. Le programme d'autogestion pourrait être intégré comme une partie importante de la planification.</p> <p>Études futures :</p> <p>Dans l'avenir, l'évaluation de l'utilisation des services de santé ambulatoires devrait être évaluée sur 6 mois ou plus pour être plus approprié pour déterminer l'efficacité des interventions d'autogestion sur la diminution de l'usage hospitalier.</p> <p>Des études futures doivent être faite pour déterminer qu'elle source de l'efficacité personnelle est la plus efficiente dans les programmes d'autogestion. Ceci dans le but de développer des programmes plus efficaces.</p>
Questions générales	Bonne présentation. Les parties de la recherche sont bien démontrées.
Présentation	
Evaluation globale	Bon article de qualité
Interventions proposées	<p>L'intervention est axée sur l'amélioration des connaissances générales des patients IC y compris la cause, les symptômes, les complications, les médicaments, de l'activité et des recommandations diététiques.</p> <p>L'intervention a été conçu pour améliorer l'autogestion par la promotion de l'auto-efficacité à travers quatre principales sources d'information : la maîtrise de l'expérience, la modélisation sociale, la persuasion sociale et la sensibilisation des états physiques et émotionnels (Bandura 1997). L'intervention a intégré ces sources d'information dans chacune des cinq sessions : visite à domicile 3 jours après l'inscription, un suivi par téléphone aux 1, 3, 7, et 11 semaines, construction d'un journal de la quantité de sodium consommé par jour et de fluide et un auto- enregistrement quotidien de poids. Les activités du programme d'autogestion ont été fournies par une visite à domicile et quatre suivis téléphoniques.</p> <p>Pendant les 3 jours de visite à domicile :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction du programme (expériences actives de maîtrise) 2. Brève évaluation des comportements (expériences actives de maîtrise) 3. Discussion sur les symptômes de l'IC (expériences actives de maîtrise) 4. Discussion des liens entre les symptômes et la prendre son poids quotidiennement, la restriction des fluides et du sel (expériences actives de maîtrise) 5. Donner un livret au patient : (expériences vicariantes) <ul style="list-style-type: none"> - Persuader le patient sur les bénéfiques du self-management - Encourager à fixer des objectifs réalisables 6. Faire un plan d'action (expériences vicariantes et expériences actives de maîtrise) <ul style="list-style-type: none"> - Établissement d'objectifs pour surveiller un régime pauvre en sel, en fluides et en poids - Enregistrer tous les jours : la consommation totale de fluide et de sel (en utilisant la norme tasse) et le poids corporel (mesurer tous les jours). 7. Discussion et encouragement (persuasion verbale)

- Informer la famille sur le programme
 - Encourager le patient à discuter avec les chercheurs
- Semaines 1, 3,7 et 11 : appels téléphoniques
- a. Questionner le patient sur son ressenti et vécu de l'autogestion (états physiologiques et émotionnels)
 - b. Identifier les problèmes et les résoudre (persuasion verbale)
 - c. Discuter sur le self-mangeant (états physiologiques et émotionnels)
 - Fournir des encouragements et des compliments sur les changements de comportement fait (expériences vicariantes)
 - Fixer des nouveaux objectifs pour la semaine à venir (expériences actives de maîtrise)
 - d. Rappelez patients des modèles dans le livret de modélisation (Renforcement)
 - e. Rappelez patients sur l'utilisation de leurs comportements de surveillance (Renforcement)

Ainsi, cette recherche fournit des preuves à l'appui de l'influence positive des programmes d'autogestion sur les attentes d'auto-efficacité dans la population d'IC en créant un environnement favorable pour effectuer les comportements liés à la santé (expérience active de maîtrise), en fournissant des encouragements et du soutien (persuasion verbale), fournissant un livret avec des conseils et de partage comment d'autres patients atteint IC ont effectué avec succès (expérience vicariante) et de fournir une évaluation réaliste de chaque capacités du patient (états physiologiques et émotionnels).

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
 Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Appendice D : grille d'évaluation et de lecture, approche
quantitative, article de Dunbar et al., 2014**

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas de définition de l'auto-soin, efficacité personnelle, insuffisance cardiaque, diabète, qualité de vie, chronic care model, conception des systèmes
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loiseau, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Dunbar, S.-B., Butts, B., Reilly, C.-M., Gary, R.-A., Higgins, M.-K., Ferranti, E.-P., Culler, S.-D., & Butler, J. (2014). A pilot test of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and concomitant diabetes. <i>Nursing Outlook</i> , 62(2), 97-111.
Résumé	Des études montrent que 30 à 47% des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (IC) ont du diabète sucré (DS). Les auto-soins pour les personnes qui ont ces deux pathologies chroniques sont contradictoires, complexes et souvent inadéquats. Cette étude pilote a testé un programme d'auto-soins testant les connaissances, l'efficacité des auto-soins, les comportements d'auto-soins et la qualité de vie (QOL) de l'IC et du DS. Cette étude a été faite sur des patients IC et DS, les participants (n = 71) ont été randomisés pour les soins habituels en utilisant une allocation 1 : 2 et ont été suivi à 30 et 90 jours après l'intervention. L'intervention était une éducation intégrée et programmée de counseling axé sur les auto-soins de l'IC et DS. Les variables comprenaient les données démographiques et cliniques, les connaissances sur IC et DS, l'auto-efficacité de l'IC et DS spécifique, la qualité de vie et les comportements d'auto-soins chez les IC et DS. L'analyse comprenait des statistiques descriptives de multiniveaux, des modèles longitudinaux pour le groupe et les effets de temps, des tests post-hoc et des calculs de la taille. Sidak ajustements ont été utilisés pour contrôler les erreurs d'inflation de type 1. L'auto-soin IC-DS intégré a eu des effets sur l'amélioration des connaissances de IC (30 jours, p = .05), la maintenance des auto-soins IC (30 et 90 jours, p <.001), la gestion d'auto-soins (90 jours, p = .05), l'auto-efficacité DS (30 jours, p = .03 ; 90 jours, p = 0,004), l'alimentation générale (30 jours, p = .05), la qualité de vie IC (p = .04) et les scores émotionnels (p = .05) à 90 jours dans le groupe. Le programme a également signalé une augmentation totale et la qualité de vie physique. Des pourcentages plus élevés de participants dans le groupe d'intervention entre 0-30 jours (p = .005 et la taille d'effet modéré ES = .47), et des soins des pieds entre 0-90 jours (p = .03, petites ES = 0,36). Aucune différence de groupe ou d'améliorations chez les DS n'a été observée. Le programme d'intervention d'auto-soins intégrés était efficace dans l'amélioration des composantes essentielles de l'auto-soin et avait soutenu (90 jours) des effets sur les auto-soins sélectionnés. Les futures études abordant les interventions d'auto-soins chez les IC-DS devraient avoir un plus grand échantillon avec un suivi plus long, et sur d'autres résultats tels que l'hospitalisation et les marqueurs cliniques.
Introduction Enoncé du problème	Peu de preuves existent pour guider l'intégration de l'enseignement ou de soutien chez les patients IC et DS ainsi que la compréhension de leurs auto-soins, comme par exemple la façon de suivre régime avec une faible teneur en sodium, une alimentation diabétique, la gestion des médicaments et des interactions, l'auto-surveillance des symptômes IC-DS, ou qui contacter lors de problèmes. La présence d'IC peut effectivement conduire à moins priorisation des auto-soins du DS (Kerr et al, 2007 ; & Piette Kerr, 2006). Ainsi, il n'existe pas des processus et des outils pour tester l'autogestion des comorbidités et ils sont importants pour améliorer la qualité des soins et des résultats. Le but de cette étude pilote (AMÉLIORER IC-DS) était de développer et de tester un programme d'auto-soins intégrés ainsi qu'un programme de conseil à court terme sur les antécédents et les comportements d'auto-soins, et examiner la faisabilité d'une telle intervention intégrée.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance cardiaque (IC) est une épidémie grave, affectant plus de 5,7 millions de personnes aux États-Unis (Roger et al., 2012). - Le fardeau social est énorme, en partie à cause du taux élevé de réhospitalisation, rapporté à 30% en 90 jours (Butler & Kalogeropoulos, 2012) et 45% dans les 6 mois (Ross et al., 2010). - Une suppression de 40-60% des réhospitalisation sont censées être évités par une plus grande attention aux fournisseurs de normes soins et de meilleurs auto-soins aux patients (insuffisance cardiaque Society of America, 2010).

	<ul style="list-style-type: none"> - On estime que 25,6 millions d'adultes souffrent de diabète, et les revendications nationales de Medicare reflètent que son incidence aux États-Unis a augmenté de 23% entre les années 1995 et 2004 avec une prévalence d'augmentation de 62% (Centers for Disease Control and Prevention, 2011 ; Sloan, Bethel, Ruiz, Shea, et Feinglos, 2008). - Près d'un tiers à la moitié des personnes atteintes de IC ont du DS (Adams et al., 2005 ; Greenberg et al, 2007 ; Masoudi & Inzucchi 2007 ; Sarma et al., 2013). - Il y a un risque accru de mortalité de 40% à 80% chez les patients atteints de diabète sucré et de IC et un rapport 1,6 fois plus élevé dans le risque relatif de réhospitalisation sur ceux sans DS (Bobbio et al., 2003 ; De Groote et al., 2004 ; Domanski et al, 2003 ; Dries, Sweitzer, Drazner, Stevenson, & Gersh, 2001 ; De et al., 2006 ; Gorelik et al., 2005). - Les auto-soins pour les patients IC comprennent le suivi d'un régime alimentaire faible en sodium, la prise de médicaments IC, prendre et interpréter le poids au quotidien, l'activité physique, et le suivi des symptômes de dyspnée, de fatigue et de œdèmes (insuffisance cardiaque Society of America, 2010). - Les patients DS doivent gérer un régime diabétique, prendre des médicaments DS, surveiller la glycémie, effectuer de l'activité physique quotidienne, reconnaître les symptômes de l'hypoglycémie et surveiller leurs pieds (Kerr et Al., 2007).
Cadre théorique ou conceptuel	Auto-soin, efficacité personnelle, insuffisance cardiaque, diabète sucré, qualité de vie, chronic care mode, conception des systèmes
Hypothèses	L'hypothèse testée est que les patients IC-DS randomisés dans le groupe d'intervention éprouveraient des améliorations dans leur IC, plus de connaissances spécifiques sur le DS, des auto-soins efficaces, plus de connaissances sur les comportements d'auto-soins et une meilleure qualité de vie.
Méthodes Devis de recherche	Essai clinique randomisé - étude quantitative
Population et contexte	<p>Les participants ont été recrutés à l'hôpital au cours d'une exacerbation d'IC dans l'un des trois hôpitaux. Tous étaient de grands établissements de soins tertiaires avec des cliniques ambulatoires pour IC.</p> <p>Les critères d'inclusion : diagnostic d'insuffisance cardiaque, diagnostic diabète de type II traité avec des antidiabétiques oraux, âgé entre 21-80 ans, retour à domicile suite à l'hospitalisation, parler couramment anglais, pas de déficits cognitifs</p> <p>Les critères d'exclusion : insuffisance rénale, insuffisance cardiaque secondaire, chirurgie cardiaque planifiée, trouble cognitif dû à une comorbidité neurologique, diagnostic psychiatrique, déficience visuelle ou auditive, traitement d'insuline, symptômes dépressifs, évaluation pour une greffe ou un dispositif d'assistance ventriculaire, angine de poitrine importante</p> <p>Les patients IC- DS qui étaient à leur première hospitalisation pour leur maladie ont aussi été exclus.</p> <p>Au total 71 participants ont intégré l'étude.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les infirmières de recherche ont sélectionné les patients par le biais d'examen des dossiers, des interviews aux patients, et l'évaluation des symptômes dépressifs (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)</p> <p>Connaissances - le test de connaissances Atlanta IC (AICKT) a été utilisé pour mesurer les connaissances sur les auto-soins chez l'IC (Reilly et al., 2009). Trente items à choix multiples étaient développés pour mesurer les connaissances sur l'insuffisance cardiaque, les médicaments, le sodium alimentaire, la restriction hydrique et la reconnaissance des symptômes.</p> <p>Les connaissances sur le diabète ont été testées par « Michigan Diabetes Knowledge Test » (MDKT), qui contenait 14 items. Le test</p>

	<p>était adéquat avec un alpha de Cronbach de 0,71 (Fitzgerald et al., 1998).</p> <p>Auto-efficacité - L'échelle de confiance auto-soins « Self-Care in Heart Failure Index Version 6.2 » (SCHFI) (Riegel, Carlson, Moser, et al, 2004 ; Riegel, Lee, Dickson, Carlson, 2009) a été utilisée pour évaluer l'auto-efficacité dans l'insuffisance cardiaque et est composée de six items reflétant la confiance dans la reconnaissance des symptômes et de prendre des mesures. La gamme des réponses de 1 = "Pas confiant" à 4 = "extrêmement confiant", et des scores plus élevés indiquent plus de confiance dans la gestion de l'IC. The Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS) est un instrument de huit items conçus pour tester l'auto-efficacité chez les diabétiques. Les réponses pour les éléments PDSMS vont de 1 = "Fortement en désaccord" à 5 = "Fortement d'accord".</p> <p>Comportements d'auto-soins – Deux échelles de la SCICI V6.2 (entretien auto-soins, Cronbach alpha = .60 et la gestion d'auto-soins, l'alpha de Cronbach = 0,70) ont été utilisées pour évaluer les auto-soins dans l'insuffisance cardiaque. L'échelle de l'entretien d'auto-soins est composée de 10 articles qui examinent la fréquence de la performance des comportements d'adhérence et de contrôle des symptômes et de comprendre des activités telles que la pesée quotidienne, le suivi d'un régime alimentaire faible en sodium, l'exécution de l'activité physique, et la prise de médicaments. Les réponses vont de 1 = "Jamais ou rarement" à 4 = "Toujours ou Tous les jours". L'échelle de gestion d'auto-soins évalue la capacité du patient IC à reconnaître et à répondre adéquatement aux symptômes, y compris les symptômes d'interprétation et contacter un professionnel. Les 6 items sont marqués seulement si les symptômes sont rapportés. Un haut score de l'échelle de SCICI reflète de meilleurs auto-soins dans le domaine de l'échelle. (Riegel et al., 2004, 2009). The Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) contient un ensemble de 11 items utilisés pour évaluer les comportements d'auto-soins du diabète : de l'alimentation, l'exercice, le tabagisme, le contrôle de pied et des tests de glycémie. Les patients signalent combien de jours dans la semaine précédente, ils ont pratiqué dans l'activité en question.</p> <p>Qualité de vie - The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) a 21 items qui sont évalués sur la mesure dans laquelle divers symptômes physiques et émotionnels de IC les ont empêchés de vivre comme ils le voulaient dans le dernier mois (Recteur et al., 1995). Des scores élevés indiquent une moins bonne qualité de vie.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les participants ont été randomisés dans les groupes de soins habituels (UC) ou les soins habituels plus l'étude d'intervention (I). La procédure de randomisation a été générée à l'aide d'un tri aléatoire d'algorithme avec un écart maximal admissible de 10%.</p> <p>Les données ont été recueillies au début, à 30 et à 90 jours après l'intervention. Toutes les variables ont été mesurées à partir des données de base et la qualité de vie a été mesurée à nouveau à 90 jours comme un résultat global ; le point de mesure intermédiaire fixé à 30 jours a été utilisé pour détecter les changements à court terme plus proche de l'intervention. Ces mesures ont ciblé : la connaissance, l'auto-efficacité, l'auto-soin.</p> <p>Après avoir consenti à participer, un paquet de questionnaires a été complété par l'infirmière de recherche. Les participants ont reçu des soins habituels ou les soins habituels plus l'intervention impliquant l'éducation IC-DS et le soutien à l'autogestion. Les soins habituels étaient fournis par les professionnels de la santé et deux brochures, l'une sur IC global (Heart Failure Society of America) et l'autre sur le DS (American Diabetic Association) ont été remis aux participants afin d'assurer un accès équivalant à l'information. Le groupe I a reçu les soins habituels des professionnels et les mêmes brochures, plus une intervention éducative et un enseignement d'autogestion</p>

	<p>délivré initialement par les infirmières de recherche formées et reformées périodiquement afin de répondre à des critères reflétant leur capacité à fournir l'enseignement. Deux sessions de 30-45 minutes d'éducation individuelle / de conseil avant la sortie de l'hôpital ont été fournies au chevet du patient. L'intervention a été développée pour répondre aux thèmes des dilemmes d'auto-soins identifiés par le biais de groupes de discussion précédemment avec les patients IC-DS. L'infirmière d'intervention utilise un tableau et un script pour la session d'enseignement dans le but d'accroître les connaissances et les compétences liées à l'alimentation, la prise de médicaments, la surveillance des symptômes, l'activité physique, et la reconnaissance des symptômes et les stratégies d'autogestion pour IC et DS. Les participants ont reçu un bloc-notes contenant des interventions (Vivre avec l'insuffisance cardiaque et le diabète) développé pour ce projet avec toutes les informations présentées sous forme écrite et des matériaux supplémentaires dont ils pourraient se référer dans le cadre de la maison.</p> <p>Un sevrage a été fait pour ceux qui ont déclaré fumer. Tous les matériaux ont été imprimés en gros caractères et de grandes images contiennent aussi des informations culturelles et régionales pertinentes, en particulier dans l'alimentation.</p> <p>De l'éducation et des conseils supplémentaire ont été fourni pour les auto-soins, avec un appel téléphonique de 15 minutes à environ 48-72 heures après la sortie au cours de laquelle la vérification du traitement médicamenteux et un suivi quotidien été renforcé. Lors d'une visite à la clinique 2-4 semaines après la sortie, l'infirmière de recherche a évalué la difficulté à réaliser des comportements d'auto-soins de l'alimentation, l'activité physique, la gestion des symptômes et le self-monitoring. Elle a fourni aussi de l'information, de l'orientation ceci guidé par un protocole et un script. Pour la surveillance de la fidélité de l'intervention, les infirmières de recherche enregistraient leurs activités ainsi que les appels téléphoniques, les visites de suivi, la réception des cahiers, le temps requis pour l'intervention, et elles documentaient les questions spécifiques soulevées par le participant sur une base de données. Les participants ont rempli un bref formulaire d'évaluation à la fin de leur participation à l'étude. Autour de 30 et 90 jours après la date d'inscription, il a été envoyé aux participants le même questionnaire comme celui de départ avec enveloppe timbrée pour le retour. L'exception a été que la QV a été mesurée uniquement au départ et à 90 jours.</p>
<p>Résultats Traitement des données</p>	<p>Toutes les données ont été examinées afin d'éviter les erreurs de saisie de données, les valeurs aberrantes potentielles, les données manquantes, ainsi que toutes les différences entre les groupes sur les variables démographiques et cliniques, à l'aide du t test et le chicarré tests.</p> <p>Moins de participants dans le groupe UC étaient afro-américaine (AA) (41,2%) par rapport au groupe I (68,2%, $p = 0,05$) (Tableau 2). Ainsi, l'ethnie a été incluse comme covariable dans les modèles. Les distributions ont également été évaluées pour éviter les écarts par rapport à la normalité. Aucune différence n'a été notée entre les groupes au fil du temps.</p> <p>Des multiniveaux mixtes (MLM) modèles longitudinaux (SPSS Statistics, la version 20, Copyright IBM Corporation, 2011 [SPSS v.20] MIXTES) ont été utilisés pour tester les groupes, le temps et le « group-by-time » après des ajustements pour les covariables pour les résultats mesurés à tous les 3 temps (AHFKT, MDKT, trois échelles de SCHFI, PDSMS, SDSCA général et régime alimentaire spécifique). En plus de l'âge, la classe NYHA, le sexe, l'éducation, la fraction d'éjection, et le BMI ont également été considéré comme covariables potentielles. Seuls ceux qui ont $p < .05$ ont été inclus comme covariables dans les modèles.</p> <p>Des analyses de mesures répétées de covariance (RM-ANCOVA) (SPSS v.20 GLM) ont été utilisées pour mesurer la qualité de la vie à seulement 2 points de temps (base et 90 jours pour MLWHF totale, physique et émotionnel et scores ADDQOL) après ajustement de l'âge. Tous les tests prévus post hoc de paires ont été effectuées en utilisant Sidak alpha ajustement, ce qui est légèrement plus puissant</p>

	<p>que Bonferroni (Demuth, 2006). Tous les effets de tailles (ES) pour les comparaisons post hoc significative sont notés tout au long et ont été calculés. Pour tester la cohérence interne de la fiabilité des instruments de cet échantillon, l'alpha de Cronbach a été déterminé et est indiqué dans le tableau décrivant les résultats pertinents pour l'instrument approprié. L'alpha de Cronbach avant et après substitutions pour MLWHF étaient les mêmes sur cet Instrument (indiqué dans le tableau 9).</p>
Présentation des résultats	<p>Connaissances : En moyenne, les connaissances des IC étaient de 78 % ou plus pour les deux groupes de base. Les AA ont significativement des connaissances plus faibles que les participants blancs, et les participants ayant suivi un enseignement supérieur formel avaient des connaissances plus élevées.</p> <p>Pour le groupe I, les scores AHFKT ont été améliorés en moyenne de 4,3 points de pourcentage par rapport à la ligne de base à 30 jours (tableau 4, $p = .05$, petites ES = 0,38), bien que cette amélioration ait été la plupart du temps perdue à 90 jours.</p> <p>Les scores de connaissances sur le diabète étaient en moyenne 58 % ou plus et ont tendance à être plus faible que la connaissance sur l'IC (tableau 3).</p> <p>Auto-soins : la maintenance était significative ($p < 0,001$, Tableau 8) avec des améliorations significatives dans le groupe I à 30 jours ($p < .001$, très grandes ES = 1,08) et à 90 jours ($p < .001$, grandes ES = 0,93). Le groupe de soins habituels a également montré une augmentation à 30 jours mais cela n'a pas été maintenu à 90 jours. L'amélioration des comportements d'auto-soins, même à un niveau modeste a le potentiel d'améliorer d'importants résultats dans IC et DS. Une amélioration de l'interprétation des symptômes et des auto-soins à 90 jours a été constatée.</p> <p>Auto-efficacité : L'auto-efficacité chez l'IC n'a pas été améliorée grâce à l'intervention ce qui était surprenant et peut refléter l'importance d'affronter le manque de connaissances en auto-soins. Les participants afro-américains rapportent un niveau inférieur d'auto-efficacité comparée participants blancs ce qui a des implications pour la conception des interventions d'auto-soins culturellement pertinentes. Par contre, l'auto-efficacité du DS a significativement augmenté à 30 et 90 jours.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Ces résultats indiquent l'importance des antécédents d'auto-soins, des comportements, de la connaissance et de l'auto-efficacité ainsi que les auto-soins sont modifiables dans cette population avec une intervention.</p> <p>L'éducation et le conseil après la sortie de l'hôpital et au début du suivi étaient importants pour soutenir le changement. Il est important de cité qu'au départ, les deux groupes ont montré une activité faible à modérer d'auto-soins. C'est donc l'occasion de faire une différence dans cette population à travers la poursuite du développement et le renforcement de l'intervention d'auto-soins.</p> <p>Avec les changements actuels des taux de remboursement de l'assurance-maladie et sachant que les patients IC ont un taux élevé d'admission à l'hôpital, ces petites interventions infirmière dirigées, pourraient être un grand avantage pour les patients.</p>
Perspectives futures	<p>Les futures recherches devraient intégrer des interventions d'auto-soins d'IC-DS dans des échantillons plus importants, avec plus de suivi, et sur d'autres résultats comme l'hospitalisation et l'état clinique.</p>
Questions générales	<p>Domage que les tableaux statistiques ne soient pas intégrés le texte mais tous à la fin du document, plus difficile de s'y retrouver.</p>
Présentation	<p>Bonne présentation, présence de toutes les données se trouvant dans un article scientifique</p>
Evaluation globale	<p>Bon article, résultats un peu difficiles à comprendre</p>
Interventions	<p>Le groupe I a reçu les soins habituels des professionnels et les mêmes brochures, plus une intervention éducative et un enseignement</p>

d'autogestion délivré initialement par les infirmières de recherche formées et reformées périodiquement afin de répondre à des critères reflétant leur capacité à fournir l'enseignement. Deux sessions de 30-45 minutes d'éducation individuelle / de conseil avant la sortie de l'hôpital ont été fournies au chevet du patient. L'intervention a été développée pour répondre aux thèmes des dilemmes d'auto-soins identifiés par le biais de groupes de discussion précédemment avec les patients IC-DS. L'approche d'intervention ainsi que les matériaux ont été examinés par les experts et les patients IC-DS, et redéfini. L'infirmière d'intervention utilise un tableau et un script pour la session d'enseignement dans le but d'accroître les connaissances et les compétences liées à l'alimentation, la prise de médicaments, la surveillance des symptômes, l'activité physique, et la reconnaissance des symptômes et les stratégies d'autogestion pour IC et DS. Les participants ont reçu un bloc-notes contenant des interventions (Vivre avec l'insuffisance cardiaque et le diabète) développé pour ce projet avec toutes les informations présentées sous forme écrite et des matériaux supplémentaires dont ils pourraient se référer dans le cadre de la maison.

Un sevrage a été fait pour ceux qui ont déclaré fumer. Tous les matériaux ont été imprimés en gros caractères et de grandes images contiennent aussi des informations culturelles et régionales pertinentes, en particulier dans l'alimentation.

De l'éducation et des conseils supplémentaire ont été fourni pour les auto-soins, avec un appel téléphonique de 15 minutes à environ 48-72 heures après la sortie au cours de laquelle la vérification du traitement médicamenteux et un suivi quotidien été renforcé. Lors d'une visite à la clinique 2-4 semaines après la sortie, l'infirmière de recherche a évalué la difficulté à réaliser des comportements d'auto-soins de l'alimentation, l'activité physique, la gestion des symptômes et le self-monitoring. Elle a fourni aussi de l'information, de l'orientation ceci guidé par un protocole et un script.

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Appendice E : grille d'évaluation et de lecture, approche
quantitative, article de Khosravizade et al., 2015**

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Non, mais on arrive à la déduire
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		Taille limite
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants	X			

	(éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Malheureusement l'article ne spécifie pas clairement le contenu de ces quatre sessions éducatives, ni leur durée.

Références bibliographique : Loisele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Khosravizade, A., Hassanzadeh, A., Mostafavi, F. (2015). The impact of self-efficacy education on self-care behaviours of low salt and weight setting diets in hypertensive women covered by health-care centers of Dehaghan in 2013. <i>The Journal of the Pakistan Medical</i> , 65(5), 506-11
Résumé	<p>Objectif : examiner l'impact d'une éducation basée sur l'auto-efficacité sur la promotion de comportements d'auto-soins impliquant une faible teneur en sel et la régulation du poids chez les femmes hypertendues.</p> <p>Méthode : L'étude quasi-expérimentale a été menée en 2013 et comprend des femmes hypertendues enregistrées dans des centres de soins de santé de Dehaghan, Iran. Les sujets ont été divisés en deux groupes égaux ; groupe d'intervention et groupe de comparaison. Pour le groupe d'intervention, quatre sessions éducatives ont été menées sur l'auto-efficacité conduisant à des comportements d'auto-soins, tandis que le groupe de comparaison n'a reçu aucune éducation. Des questionnaires sur l'auto-efficacité et l'auto-soin ont été utilisés (avant l'intervention, immédiatement après l'intervention et 3 mois après intervention) et ont été analysés à l'aide de SPSS 20.</p> <p>Résultats : Il y avait 64 sujets répartis en deux groupes de 32 (50% chacun). L'âge moyen dans le groupe d'intervention était de $51,2 \pm 6,86$ années et $49,1 \pm 7,99$ années dans le groupe de comparaison. Les comportements d'auto-soins concernant le régime pauvre en sel ($p = 0,002$) et la régulation du poids ($p = 0,004$) ont été significativement plus vus dans le groupe d'intervention. La pression systolique ($p = 0,004$) et la pression artérielle diastolique ($p < 0,001$) ont été réduites de manière significative dans le groupe d'intervention. La valeur moyenne pour l'indice de masse corporelle n'a pas été le même dans le groupe d'intervention ($p < 0,001$).</p> <p>Conclusion : l'éducation basée sur l'auto-efficacité a eu un impact sur les comportements d'auto-soins chez les patientes hypertendues.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>L'hypertension est l'une des maladies qui conduit à de graves complications.</p> <p>Le Comité national de la prévention, de contrôle, d'évaluation et de traitement de l'hypertension (JNC7) recommande aux patients hypertendus d'avoir des comportements d'auto-soins, comme : le suivi des prescriptions médicales, garder ou réduire leur poids, suivre un régime alimentaire pauvre en sel, faire de l'activité physique et cesser de fumer.</p> <p>Le taux d'engagement des patients adultes dans l'adoption de comportements d'auto-soins sont relativement faibles.</p> <p>Des études ont montré que l'adoption de comportements d'auto-soins chez les patients hypertendus a une forte relation avec leur auto-efficacité</p> <p>Notre étude offre des guidelines pour l'éducation des patients afin de changer les habitudes de vie et de promouvoir les comportements d'auto-soins.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - Selon la définition, la pression artérielle systolique (PAS) supérieure à 140mmHg et la pression diastolique (PAD) supérieure à 90mmHg sont considérés comme de l'hypertension - Si l'hypertension n'est pas traitée, elle peut causer la mort dans la plupart des cas - L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que l'hypertension est la cause de 1/8 des décès et la troisième plus grande cause de mortalité dans le monde. - Il y a 5 milliards de patients hypertendus dans le monde ; Aux Etats-Unis, 50 millions des gens ont cette maladie et parmi eux, 40 % ne sont pas traités et seulement un tiers des patients traités ont une TA contrôlée. - Dans la région de la Méditerranée orientale, son incidence a été signalée à 26% et environ 125 millions des gens sont atteints par cette maladie.

	<ul style="list-style-type: none"> - Selon des rapports relatifs sur les maladies non-contagieuses et leurs facteurs de risque dans les 30 provinces de l'Iran en 2007, 17,6 % des hommes et 17,1 % des femmes avaient une TA de > 140 / 90mmHg. Dans la province d'Ispahan, 24,4 % d'hommes et 17,5 % de femmes étaient hypertendus. - Les sondages indiquent que le sexe joue un rôle important dans l'apparition de maladies cardio-vasculaires et confirment qu'il a plus d'hyperlipidémie relative, de diabète et d'hypertension chez les femmes par rapport aux hommes. - Une étude au Japon a indiqué que l'hypertension est le facteur de risque le plus répandu chez les patients japonais atteints du syndrome coronarien aigu (la prévalence pour les hommes étant de 70 % et pour les femmes de 79 %). Aussi, 60 % des décès qui sont directement liés à l'hypertension, sont plus répandus chez les femmes. - Le Comité national de la prévention, de contrôle, d'évaluation et de traitement de l'hypertension (JNC7) recommande aux patients hypertendus d'avoir des comportements d'auto-soins, comme : le suivi des prescriptions médicales, garder ou réduire leur poids, suivre un régime alimentaire pauvre en sel, faire de l'activité physique et cesser de fumer. - Selon la définition d'Orem, les comportements d'auto-soins sont les comportements appris qu'une personne a tendance à adopter pour le maintien de la vie, ou la promotion de la vie, la santé, le bien-être, la prévention et le traitement des maladies. - Les effets positifs des comportements d'auto-soins dans le traitement et la gestion de l'hypertension ont été montrés dans les recherches, mais le taux d'engagement des patients adultes dans l'adoption de comportements d'auto-soins est relativement faible. - Chez les femmes, seule PAD (pression artérielle diastolique) est affectée par l'obésité, alors que chez les hommes, l'obésité influence à la fois la PAD et la PAS (pression artérielle systolique). - Le régime recommandé inclut des hydrates de carbone contenant des grains entiers, des fruits et des légumes, les produits laitiers à faible teneur en matières grasses, et les aliments faibles en cholestérol. - Consommer plus de 5gr de sel par jour a été cité comme un important facteur de risque de TA. Cela comprend le sel existant dans les aliments et le sel supplémentaire utilisés par personne. - Une étude a montré que les femmes de la zone de Gand Belgique et 15% de la région de Liège ajoutent un peu de sel à leurs aliments. - Aider les patients à se rendre compte de ce point de leur maladie peut être contrôlable et peut conduire à une meilleure confiance en soi sur la vie avec une maladie chronique. - Des études ont montré que l'adoption de comportements d'auto-soins chez les patients hypertendus à une forte relation avec leur auto-efficacité. - L'auto-efficacité a été définie comme la confiance de l'individu à adopter un comportement. Le comportement qui est nécessaire pour atteindre les objectifs visés ; selon la théorie d'auto-efficacité de Bandura, il comprend l'assurance de la personne et la confiance d'avoir les capacités de réaliser l'auto-soin correctement d'une façon telle que la personne peut obtenir de meilleurs résultats.
Cadre théorique ou conceptuel	Auto-soins, auto-efficacité, hypertension
Hypothèses	Une éducation basée sur l'auto-efficacité augmenterait les comportements d'auto-soins d'une faible consommation de sel et la régulation du poids chez les patientes hypertendues.
Méthodes	Etude quasi-expérimentale quantitative

Devis de recherche	
Population et contexte	<p>Sur les 409 femmes hypertendues disponibles, 100 (24,4%) rentraient dans les critères d'inclusion. Après l'exclusion de 20 (20 %) femmes qui faisaient partie de l'étude pilote, et de 16 (16 %) qui avaient des questionnaires incomplets, la taille de l'échantillon final était de 64 (64%) femmes qui ont été divisées en deux groupes égaux 32 (50 % chacun).</p> <p>L'échantillon comprenait de femmes hypertendues enregistrées dans les centres de soins de santé dans Dehaghan, Iran. Ces patientes avaient plus de 30 ans, prenaient des médicaments antihypertenseurs, sachant lire et écrire, non diabétiques, et n'ayant pas eu des complications cardiaques ou rénales.</p>
Collecte des données et mesures	<p>L'approbation éthique a été obtenue à partir de l'Université d'Ispahan des sciences médicales et un consentement éclairé a été obtenu auprès des participants.</p> <p>Les informations sur la démographie, les auto-soins et l'auto-efficacité ont été recueillies par le biais d'entrevus face-à-face à l'aide d'un questionnaire standard. Des mesures corporelles ont été effectuées. La taille et le poids ont été mesurés (le moins de vêtements possibles et sans chaussures) en utilisant une échelle portail. L'IMC est calculé selon la formule poids en kilogrammes au carré divisé par la taille en mètre.</p> <p>La TA a été mesurée après au moins 10 minutes de repos en position assise.</p> <p>L'échelle standardisée « H-scale » a été utilisée pour la mesure des comportements d'auto-soins (faible teneur en sel et la réduction de poids) et un questionnaire auto-généré sur l'auto-efficacité a été utilisé pour mesurer l'alimentation et la régulation du poids. Le questionnaire « H-scale » inclus 9 questions sur une faible consommation de sel contentant la consommation de sel, des aliments emballés, frit et la consommation de fruits au cours des 7 jours précédents. Il a également eu 14 questions relatives à la régulation du poids par l'examen de la consommation de viande blanche, les céréales, les fast-foods, méthode de cuisson et le choix des individus pour une alimentation saine par « oui » ou « non ».</p> <p>Un questionnaire sur l'auto-efficacité dans régulation du poids et de l'alimentation a été développé à l'aide de questionnaires existant sur l'auto-efficacité standard et le régime alimentaire qui a rapporté l'alpha de Cronbach de 0.87. Le questionnaire comportait 15 questions qui ont évalué l'engagement des individus à utiliser des aliments à faible teneur en matières grasses, à faible teneur en sel, des céréales, de la viande blanche, l'utilisation de fast-foods et l'utilisation de salière à table avec les choix de « très sûr », « Sûr », « pas sûr », « pas sûr ».</p>
Déroulement de l'étude	<p>Des séances de formation ont eu lieu sur l'auto-efficacité. L'auto-efficacité provient de quatre sources principales - la réalisation pratique et l'amélioration, l'encouragement verbal ou être encouragé par les autres, la modélisation sociale - des séances de formation ont été conduites selon les quatre principales sources mentionnées. Les sujets du groupe d'intervention ont été divisés en deux sous-groupes, et ils ont reçu les quatre séances de formation. Les sessions comprenaient des questions directes et des discussions de groupe.</p> <p>Une séance de formation a eu lieu chaque semaine pour chaque groupe, au début de chaque session, le poids et la TA de chaque individu ont été mesurés et une carte d'auto-soins (alimentation, le poids et la réduction de la consommation de sel) leur a été donnée. La performance de chaque individu a également été suivie ; les comportements appropriés ont été encouragés ; les expériences personnelles ont été utilisées pour encourager les autres afin de les utiliser comme leur propre et la réussite des individus ont été notées. À la fin de la séance de formation, le groupe d'intervention a participé à la session éducative avec l'un des membres de leur famille. Un livret pédagogique, y compris les comportements d'auto-soins sur l'hypertension, a été donné aux sujets. Un mois après la fin des</p>

	<p>séances, les questionnaires ont été remplis pour le groupe d'intervention tout en mesurant leur taille, le poids et l'IMC. Le groupe de comparaison n'a pas participé aux sessions d'éducation mais ils ont complété le questionnaire un mois plus tard. Leur taille, le poids et l'IMC ont également été mesurés. Trois mois plus tard, les éléments mentionnés étaient réévalués pour les deux groupes.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Les données recueillies ont été analysées en utilisant le SPSS 20. Pour comparer la répartition de l'état civil et le niveau d'éducation, le chi square et le Mann-Whitney test ont été utilisés respectivement. Les changements dans l'auto-soin et l'auto-efficacité au sein des groupes ont été analysés par le t-test et la comparaison de dire des changements au fil du temps a été analysée par des mesures répétées de variance (RM- ANOVA).</p>
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes en matière d'auto-efficacité, dans la moyenne du régime alimentaire et la régulation du poids avant l'intervention ($p = 0,662$), mais après l'intervention, elle est devenue significativement différente ($p = 0,01$) et ce fut le même résultat après 3 mois d'intervention ($p = 0,035$) (tableau 1). - La moyenne concernant les auto-soins pour la consommation de sel avant l'intervention ne sont pas significativement différente entre les groupes ($p = 0,92$), mais immédiatement après l'intervention la différence devient significative ($p = 0,022$) et la tendance continue trois mois après l'intervention ($p = 0,016$). - Dans le groupe de comparaison, la moyenne des auto-soins pour une faible consommation en sel n'est pas significativement différente ($0,984$), mais dans le groupe d'intervention elle a été significativement réduite ($p = 0,003$) par le temps (voir le tableau 2). - La moyenne de l'auto-soin concernant la régulation du poids avant l'intervention n'était pas significativement différente ($p = 0,822$), mais immédiatement après l'intervention, elle est devenue significativement différente ($p = 0,004$) et c'était le même cas après trois mois d'intervention ($p = 0,004$). - La moyenne de l'auto-soin concernant la régulation du poids dans le groupe de comparaison n'était pas significativement différente ($P = 0,801$), mais dans le groupe d'intervention, la moyenne des auto-soins a été augmenté de façon significative ($P < 0,001$) dans le temps (voir le tableau 2). - La PAS avant l'intervention ($p = 0,84$) et immédiatement après l'intervention ($p = 0,19$) n'avaient pas de différence significative entre les deux groupes, mais 3 mois après l'intervention, la PAS dans le groupe d'intervention était significativement inférieure ($p = 0,004$). - Dans le groupe de comparaison, la PAS moyenne n'était pas significativement différente sur trois lectures ($p = 0,967$), mais dans le groupe d'intervention, elle a significativement diminué au fil du temps ($p < 0,001$) (Tableau 3). - Le PAD avant l'intervention ($p = 0,949$) et immédiatement après l'intervention ($p = 0,241$) ne sont pas significativement différente, mais 3 mois après l'intervention oui, la PAD dans le groupe d'intervention était significativement inférieure au groupe témoin ($p < 0,001$). Dans le groupe de comparaison, la PAD moyenne n'a pas été significativement différente sur trois lectures ($p = 0,757$), mais dans le groupe d'intervention, la PAD a significativement diminué au fil du temps ($p < 0,001$). - L'IMC avant l'intervention ($p = 0,797$) et immédiatement après l'intervention ($p = 0,49$) n'était pas significativement différent et même trois mois après l'intervention, la tendance est la même entre les groupes ($P = 0,431$). - Dans le groupe de comparaison, l'IMC moyen n'était pas significativement différent au fil des trois lectures ($p = 0,501$), mais dans le groupe d'intervention, l'IMC moyen n'était pas le même ($P < 0,001$).
Discussion	<p>Nos résultats indiquent que l'éducation basée sur l'auto-efficacité peut entraîner une augmentation des comportements d'auto-soins telle</p>

Intégration de la théorie et des concepts	<p>que la réduction de la consommation de sel et la régulation du poids.</p> <p>Différentes études ont montré l'efficacité de l'éducation basée sur l'auto-efficacité afin d'augmenter les comportements d'auto-soins. Dans cette étude, la moyenne des comportements d'auto-soins pour la régulation du poids et la faible consommation de sel dans le groupe d'intervention ont été augmentées de façon significative après l'intervention, mais il n'a pas été démontré d'importante différence dans le groupe de comparaison après la mesure aux trois différents temps et la moyenne.</p> <p>L'éducation fondée sur les auto-soins influe positivement sur les comportements d'auto-soins des patients hypertendus. Etant donné que l'hypertension n'est pas traitable et doit être contrôlée, les patients devraient prendre soin d'eux tout au long de leur vie. Ils peuvent être fatigués au fil du temps et ignorer les comportements d'auto-soins. En augmentant leur auto-efficacité en faisant face aux défis va les aider.</p>
Perspectives futures	Nous vous suggérons d'utiliser une méthode qualitative et une plus grande taille de l'échantillon dans les études futures.
Questions générales	Bonne présentation, contient tous les éléments qu'une étude comporte.
Présentation	
Evaluation globale	Il n'est pas spécifié le contenu des éducations ni la durée de celles-ci
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> - Des séances de formation ont eu lieu sur l'auto-efficacité. L'auto-efficacité provient de quatre sources principales - la réalisation pratique et l'amélioration, l'encouragement verbal ou être encouragé par les autres, la modélisation sociale - des séances de formation ont été conduites selon les quatre principales sources mentionnées. - Les sujets ont reçu quatre séances de formation. Les sessions comprenaient des questions directes et des discussions de groupe. - Une séance de formation a eu lieu chaque semaine pour chaque groupe, au début de chaque session, le poids et la TA de chaque individu ont été mesurés et une carte d'auto-soins (alimentation, le poids et la réduction de la consommation de sel) leur a été donnée. - La performance de chaque individu a également été suivie ; les comportements appropriés ont été encouragés ; les expériences personnelles ont été utilisées pour encourager les autres afin de les utiliser comme leur propre et la réussite des individus ont été notés. - À la fin de la séance de formation, le groupe d'intervention a participé à une session éducative avec l'un des membres de leur famille. - Un livret pédagogique, contenant les comportements d'auto-soins sur l'hypertension, a été donné aux sujets.

Références bibliographique : Loïselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Appendice F : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative,
article de Welsh et al., 2013**

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants	X			

	(éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Welsh, D., Lennie, T., Marcinek, R., Biddle, M., Abshire, D., Bentley, B. and Moser, D. (2013). Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. <i>The European Society of Cardiology</i> , 12(1), 1-14. doi :10.1177/1474515111435604.
Résumé	<p>Contexte : la gestion d'un régime pauvre en sodium est un élément essentiel dans le traitement d'insuffisance cardiaque globale (IC).</p> <p>Objectifs : Le but principal de cette étude était d'examiner l'efficacité d'une éducation sur la réduction de l'apport en sodium des patients avec IC. Deuxièmement, le but était d'examiner les effets de l'intervention sur les attitudes, la norme subjective, et le contrôle comportemental suite au suivi du régime pauvre en sodium.</p> <p>Méthodes : C'était un essai clinique randomisé d'une intervention éducative basée sur la théorie du comportement planifié. Il y avait des patients randomisés qui recevaient le traitement habituel (n = 25) ou le groupe d'intervention (n = 27). La collecte des données s'est faite au moment de l'intervention, à 6 semaines et à 6 mois. Le groupe d'intervention a reçu des instructions sur un régime à faible teneur en sodium et le groupe de soins habituels n'a reçu aucune instruction diététique. Nutrition Data Systems-Research software a été utilisée pour identifier le sodium contenu dans les aliments. Les attitudes, les normes subjectives, et le contrôle comportemental ont été mesurés à l'aide du questionnaire de restriction alimentaire de sodium.</p> <p>Résultats : une analyse de covariance (effets inter-sujets) a révélé que la consommation de sodium ne différait pas entre les groupes de soins habituels et d'intervention à 6 semaines ; cependant, l'apport en sodium était plus faible dans le groupe d'intervention (F = 7,3, df = 1,29, p = 0,01) à 6 mois. Le score des attitudes était plus élevé dans le groupe d'intervention à 6 semaines (F = 7,6, df = 1, 38, p <0,01).</p> <p>Conclusion : les programmes éducatifs conçus avec soin ont le potentiel de produire les effets désirés chez les patients, tels que l'adhésion d'un régime pauvre en sel chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>Dans les guidelines de l'insuffisance cardiaque (IC), il y est cité l'importance de restreindre la consommation de sodium pour éviter la rétention d'eau et les symptômes associés. L'intention de changer de comportement est considérée comme le facteur le plus important de comportements sains. Elle favorise l'adhésion d'une alimentation à faible teneur en sodium. Selon la TCP, les déterminants de l'intention de changer de comportements sont l'attitude, la norme subjective, et le contrôle perçu.</p> <p>Le but de cette étude était d'examiner à court terme (6 semaines) et à long terme (6 mois) l'impact d'une intervention éducative basée sur la théorie de la consommation de sodium alimentaire chez les patients atteints IC. Nous avons également examiné à court terme et à long terme les effets de l'intervention sur l'attitude du patient, la norme subjective, et le contrôle comportemental perçu vers la poursuite du régime pauvre en sel.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les guidelines de l'insuffisance cardiaque (IC), il y est cité l'importance de restreindre la consommation de sodium pour éviter la rétention d'eau et les symptômes associés ; encore peu d'informations concrètes ou spécifiques pour la promotion de l'adhésion sont fournis. - Les recommandations pour la consommation de sodium alimentaire quotidienne pour les patients IC sont de $\leq 2-4$g. - Les conseils généraux donnés aux patients sur le régime pauvre en sel sont : 1 éviter le sel de table ou de cuisiner salé, et fournir des conseils pour manger au restaurant tout en limitant la consommation de sodium. - Les programmes de gestion de maladie cardiaque sont des programmes complets dans lesquels il y a des interventions spécifiques visant à accroître l'adhésion à un régime alimentaire faible en sodium. Ces programmes nécessitent souvent des investissements

	<p>importants dans le temps du personnel multidisciplinaire qui peut ne pas être réalisable ou durable dans les cliniques avec des ressources limitées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'intention de changer de comportement est considérée comme le facteur le plus important de comportements sains tels que l'adhésion d'une alimentation à faible teneur en sodium. - Selon la TCP, les déterminants de l'intention de changer de comportements sont l'attitude, la norme subjective, et le contrôle perçu. L'attitude est définie comme les croyances de l'individu à pouvoir réaliser un comportement tel que suivre un régime pauvre en sodium (croyances comportementales). La norme subjective est définie comme étant les croyances individuelles concernant l'approbation ou la désapprobation d'un comportement. Les croyances normatives sont pondérées par la motivation de l'individu de se conformer aux croyances des autres. Par exemple, les personnes qui croient que d'autres personnes importantes pensent qu'un comportement doit être effectué, et qui sont motivés pour répondre aux attentes de la personne importante, auront une norme subjective positive envers le comportement. Le contrôle comportemental perçu, le troisième élément de la TCP, est défini comme étant les croyances concernant la disponibilité des ressources et la présence d'obstacles. Le contrôle des croyances est pondéré par l'impact de chaque ressource et obstacle qui facilite ou inhibe le comportement.
Cadre théorique ou conceptuel	Théorie du comportement planifié, insuffisance cardiaque
Hypothèses	Une intervention basée sur la TCP serait efficace dans la réduction de l'apport en sel chez l'insuffisant cardiaque
Méthodes Devis de recherche	Étude quantitative, essai clinique randomisé
Population et contexte	Après l'obtention des approbations du Conseil d'examen institutionnel, les patients ont été recrutés à partir d'une clinique de cardiologie (63,5%), d'un hôpital communautaire (23%), et d'un hôpital universitaire (13,5%). Les patients qui répondaient aux critères d'inclusion suivant ont été inscrits : (1) un diagnostic confirmé d'IC à cause d'un dysfonctionnement ventriculaire gauche systolique ou à cause d'une fonction systolique diminuée; (2) New York Heart Association Class II–IV; (3) pas de déficiences cognitives limitant la capacité de compléter une entrevue ou de participer à l'intervention éducative ; (4) ne pas vivre dans un établissement de soins prolongés ; (5) de 21 ans ou plus; (6) hospitalisation ou traitement d'urgence 1 an avant l'entrée d'étude ; 7) la résidence ≤ 90 miles de l'hôpital ou de la clinique ; et (8) parlant anglais . Les critères d'exclusion étaient les suivants : (1) une transplantation cardiaque prévue dans les 6 mois ; (2) troubles cognitifs ; (3) l'infarctus du myocarde dans les 3 derniers mois ; (4) une maladie terminale coexistant ; et (5) la présence d'un important trouble psychiatrique autre que la dépression. Les participants (n = 52) ont été randomisés dans l'un des deux groupes, les soins habituels ou intervention, en utilisant la procédure de PLAN SAS 9.2, un logiciel analytique. La randomisation a eu lieu après le consentement éclairé signé.
Collecte des données et mesures	Les patients ont fourni un journal spécifiant leur consommation de sel détaillé sur 3 jours au départ de l'étude, à 6 semaines et à 6 mois. Des instructions spécifiques pour remplir les journaux alimentaires de 3 jours ont été données à tous les patients. Les agendas alimentaires ont incité les patients à détailler la préparation et les types d'aliments consommés (par exemple le nom de la marque, l'alimentation, faible en gras, condiments ajoutés). L'infirmière d'intervention a passé en revue les journaux alimentaires avec les patients pour clarifier des détails spécifiques et assurer l'exactitude.

	<p>L'attitude, la norme Subjective, et le contrôle comportemental perçu ont été mesurées en utilisant le DSRQ.20. Le DSRQ se compose de déclarations relatives aux ressources, les obstacles, les références et les attitudes / croyances envers la suite d'un régime pauvre en sodium. Les items étaient basés sur l'expertise clinique, un examen approfondi de la littérature et une étude qualitative.20, 21. L'instrument se composait d'une section qualitative et 23 items qui comprenait trois sous-échelles pour mesurer les composantes de la TCP : l'attitude, la norme subjective et le contrôle comportemental perçu. Les scores ont été calculés pour chacune des sous-échelles. L'instrument a démontré une fiabilité et validité adéquate.</p> <p>La section qualitative du questionnaire demandait aux patients de décrire des instructions spécifiques qu'ils ont reçues des professionnels de la santé pour suivre un régime pauvre en sodium. Il a également été demandé aux patients comment et pourquoi ils suivent un régime pauvre en sodium.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'intervention se composait de six séances hebdomadaires par une visite à domicile ou un appel téléphonique au cours des 6 premières semaines de l'étude pour fournir des instructions sur les comportements à promouvoir pour un régime alimentaire faible en sodium. Les patients ont reçu des instructions sur la relation entre l'apport d'un taux de sodium alimentaire élevé et les symptômes de l'excès de volume liquidien, d'identifier les aliments à haute et faible teneur en sodium, des stratégies pour réduire la consommation de sodium alimentaire et des conseils pour choisir des aliments à faible teneur en sodium tout en dînant loin de la maison. Une description détaillée de l'intervention est disponible sur elsewhere.22. Le calendrier, les activités d'enseignement et les résultats théoriques de l'intervention sont décrits dans le tableau 1.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Statistics 17.0. Les distributions de fréquences, les moyennes et les écarts-types, T- indépendants et les tests Chi-carré ont été utilisés pour décrire les caractéristiques des participants en fonction du niveau de mesure. Les relations entre les variables clés et l'apport en sodium alimentaire à 6 mois ont été explorés avec la corrélation de Pearson. Les groupes pré et post-intervention des soins habituels et d'intervention ont été comparés par une analyse unidirectionnelle de la covariance (ANCOVA) pour comparer la moyenne de la consommation de sodium alimentaire au quotidien et les scores des sous-échelles sur les attitudes, la norme subjective, et le contrôle comportemental perçu à 6 semaines et à 6 mois en utilisant les scores de base en tant que covariable. Les échantillons indépendants t-tests ont été utilisés pour examiner les différences de groupe dans les moyennes sur les attitudes, la norme subjective et le contrôle perçus de base, à 6 semaines et à 6 mois.</p>
Présentation des résultats	<p>Section qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La partie qualitative de l'DSRQ où il a été demandé aux participants de décrire des instructions spécifiques qu'ils ont reçus par les professionnels de la santé afin de suivre un régime pauvre en sodium a montré que plus de 80% des patients ont été invités à suivre un régime pauvre en sel avec 31% indiquant qu'ils « ont toujours » suivi le régime alimentaire prescrit. L'instruction la plus courante a été « réduire ou couper le sel dans l'alimentation » (n = 36). Seuls six participants ont déclaré avoir reçu des informations écrites sur comment limiter la consommation de sodium et seulement cinq participants ont déclaré avoir reçu un jour un enseignement sur les recommandations spécifiques d'apport de sodium. <p>L'apport de sodium alimentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - La consommation de sodium quotidienne n'a pas été significativement différente entre les groupes au temps 0 (t (47) = 0,46, p = 0,64 ; Tableau 2). L'apport en sodium alimentaire n'a pas été significativement différent entre les groupes à 6 semaines ; toutefois, l'apport

	<p>en sodium alimentaire était significativement plus faible ($F = 7,3$, $df = 1,29$, $p = 0,01$) dans le groupe d'intervention à la fin de l'étude à 6 mois, tout en comparant avec le taux de sodium de référence à l'admission (tableau 4).</p> <p>Attitudes</p> <p>- Les scores totaux des sous-échelles de l'attitude étaient significativement plus élevés dans le groupe d'intervention à 6 semaines ($F = 7,6$, $df = 1,38$, $p < 0,01$). Il n'y avait pas de différence significative dans les attitudes entre les groupes de soins habituels et d'intervention au départ (Tableau 2) ou à 6 mois (tableau 4). Le score des attitudes à 6 semaines était en corrélation négative avec la consommation de sodium à 6 mois (tableau 3). L'item « manger une alimentation en faible teneur en sel gardera le fluide en équilibre dans mon corps » et « un régime alimentaire pauvre en sel provoquera des œdèmes aux membres inférieurs », et « la nourriture salée n'est pas bonne pour moi » étaient significativement plus élevés dans le groupe d'intervention à 6 semaines (tableau 5). L'item « un régime alimentaire pauvre en sel m'aidera à mieux respirer » était plus élevé dans le groupe d'intervention à 6 semaines et 6 mois.</p> <p>Norme subjective</p> <p>- Il n'y avait aucune différence dans les scores totaux des normes subjectives entre le groupe de soins habituels et les groupes d'intervention au niveau de référence (Tableau 2), à 6 semaines et à 6 mois (tableau 4). La majorité des participants étaient fortement d'accord qu'il fallait suivre ce qui était préconisé par les professionnels de la santé en ce qui concerne le régime pauvre en sodium (53,8%). Moins de participants (32,7 %) sont convaincus qu'ils devraient suivre les conseils d'un membre de la famille ou d'un conjoint sur la question lorsqu'ils sont entrés dans l'étude. La norme subjective au départ, à 6 semaines et à 6 mois a été négativement corrélée avec la consommation de sodium alimentaire à 6 mois (tableau 3).</p> <p>Contrôle comportemental perçu</p> <p>- Il n'y avait aucune différence dans le total des scores perçus des sous-échelles de contrôle du comportement dans le groupe de soins habituels et le groupe d'intervention au temps de référence (Tableau 2) ou à 6 semaines et à 6 mois (tableau 4). Le contrôle comportemental perçu de tous les participants à 6 semaines était en corrélation positive avec l'apport en sodium alimentaire à 6 mois (tableau 3). L'item suivant « un régime pauvre en sel est difficile parce que les autres autour de moi ne mangent pas les aliments à faible teneur en sel » et « un régime alimentaire pauvre en sel est difficile à suivre, car je suis sans volonté » étaient plus élevés dans le groupe d'intervention au départ ; ces différences ne sont pas notées entre les groupes à 6 semaines et 6 mois (Tableau 5). Les items avec un score élevé étaient « un régime pauvre en sel est difficile en raison du coût » et « un régime alimentaire pauvre en sel est difficile en raison du temps nécessaire pour préparer » ont été notées dans le groupe d'intervention à 6 semaines. Le suivi d'un régime pauvre en sodium a été plus difficile à 6 semaines pour le groupe de soins habituels en raison de l'incapacité à choisir des aliments à faible teneur en sodium dans les restaurants et les restaurants ne servent pas les aliments préférés à faible teneur en sodium (tableau 5).</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des</p>	<p>L'apport en sodium alimentaire quotidien a diminué dans le groupe d'intervention par rapport au départ à 6 mois. En revanche, la consommation de sodium du groupe de soins habituels a augmenté à 6 mois.</p> <p>Les participants à cette étude ont rapporté des instructions minimales de la part des professionnels de la santé. Trente-six participants</p>

concepts	<p>ont résumé les instructions des professionnels de la santé avec dans des énoncés simples tels que « couper sur le sel » ou « regarder votre consommation de sel ». Une minorité du nombre de participants ont indiqué avoir reçu des instructions écrites pour la surveillance ou l'apport en sodium ou des objectifs quantitatifs spécifiques pour l'apport quotidien en sodium de leur professionnel de la santé. Il est clair que l'amélioration du processus d'éducation pour assurer l'alimentation à faible teneur en sodium est justifiée. Des recommandations spécifiques sur la restriction du sodium alimentaire devraient être fournies par les professionnels de la santé conformément aux directives établies.</p> <p>Attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients du groupe d'intervention ont rapporté des attitudes plus positives par rapport au suivi d'un régime pauvre en sodium par rapport au groupe de soins habituels à 6 semaines ainsi qu'à 6 mois. Les membres du groupe d'intervention étaient plus conscients des avantages potentiels pour la santé du suivi d'un régime pauvre en sodium que les membres du groupe de soins habituels. A 6 semaines, les membres du groupe d'intervention étaient plus fortement convaincus que la nourriture salée n'était pas bonne pour eux, que manger un régime pauvre en sodium permettrait de maintenir un bon équilibre des fluides dans le corps, de diminuer l'enflure et que l'adhésion à alimentation les aiderait à mieux respirer. <p>La connaissance des effets physiques positifs concernant le suivi d'un régime alimentaire faible en sodium peut influencer la consommation de sodium pendant une période prolongée après l'instruction. Souligner les avantages physiques potentiels du suivi d'un régime pauvre en sodium est recommandée lors de la fourniture d'instruction alimentaire.</p> <p>Normes subjectives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus de la moitié des patients dans l'étude était fortement d'accord qu'ils devraient suivre les conseils donnés par les professionnels de la santé pour adhérer à un régime pauvre en sodium. Les participants du groupe d'intervention étaient plus fortement d'accord que la croyance de leur médecin qu'ils devraient suivre un régime pauvre en sodium au départ, mais il n'y avait pas de différence entre les groupes sur ce point à 6 semaines ou 6 mois. <p>Le soutien et l'encouragement à la suite d'un régime pauvre en sodium de la part des professionnels de la santé ainsi que d'autres personnes importantes peuvent influencer positivement la décision d'un patient de suivre le régime alimentaire faible en sodium.</p> <p>Contrôle perçu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contrôle comportemental était plus élevé dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de soins habituels à 6 semaines et à 6 mois ; cependant, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes. Les membres du groupe d'intervention ont signalé plus de difficultés à suivre un régime pauvre en sodium que le groupe de soins habituels à 6 semaines en raison du coût élevé de la nourriture et du temps de préparation nécessaire pour un menu faible en sodium. Une plausible explication de cette différence est que les patients du groupe de soins habituels peuvent ne pas avoir achetés ou préparés des aliments pauvres en sodium dans la même mesure que les patients du groupe d'intervention. Par conséquent, les coûts et le temps de préparation ont été moins problématiques pour ce groupe. Les membres du groupe de soins habituels ont signalé plus de difficultés à choisir des aliments à faible teneur en sodium dans les restaurants et de trouver des restaurants qui servent des aliments à faible teneur en sodium à 6 semaines que le
----------	--

	<p>groupe d'intervention.</p> <p>Les insuffisants cardiaques doivent comprendre comment opérationnaliser les instructions fournies les professionnels de la santé. Fournir des informations sur les moyens pour réduire les coûts et le temps de la préparation de la nourriture peut réduire les obstacles à l'adhérence d'un régime faible en sodium. Y compris des conseils pratiques sur la façon de sélectionner les restaurants et les aliments à faible teneur en sodium à partir d'une menue diététique peuvent rendre l'adhésion alimentaire plus facile à gérer pour les patients avec IC.</p>
Perspectives futures	<p>Le coût de l'intervention n'a pas été déterminé. Il serait instructif de comparer le coût d'une intervention éducative à la maison visant à promouvoir le régime alimentaire faible en sodium au coût d'hospitalisations évitables qui sont attribuées à la consommation de sodium élevée et la rétention d'eau.</p> <p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer la consommation de sodium idéal pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</p>
Questions générales	
Présentation	<p>- Bonne présentation de l'article, contient tous les éléments souhaités dans un article scientifique. Dommage que les tableaux soient à la fin de l'article, cela rend la lecture plus compliquée.</p>
Evaluation globale	<p>Les auteurs ne spécifient pas la durée de leurs séances hebdomadaires, les stratégies données aux participants afin de surmonter les obstacles ne sont pas décrites.</p>
Interventions	<p>- Les patients randomisés dans le groupe d'intervention de 6 semaines ont reçu des instructions et des conseils sur le régime alimentaire faible en sodium venant d'une infirmière de l'étude au cours des visites à domicile et des appels téléphoniques. Les participants du groupe de contrôle ont reçu des soins habituels. Ils ont été visités aux trois périodes de collecte de données.</p> <p>- Les patients ont fourni un journal spécifiant leur consommation de sel détaillé sur 3 jours au départ de l'étude, à 6 semaines et à 6 mois. Des instructions spécifiques pour remplir les journaux alimentaires de 3 jours ont été données à tous les patients. Les instructions étaient une démonstration sur la pesée aliments sur une balance numérique, la mesure des portions avec des ustensiles de cuisine standardisés et l'estimation de la taille des portions en utilisant des diagrammes et des modèles après une démonstration par l'infirmière d'intervention.</p> <p>L'infirmière d'intervention a passé en revue les journaux alimentaires avec les patients pour clarifier des détails spécifiques et assurer l'exactitude.</p> <p>- L'intervention se composait de six séances hebdomadaires par une visite à domicile ou un appel téléphonique au cours des 6 premières semaines de l'étude pour fournir des instructions sur les comportements pour promouvoir pour un régime alimentaire faible en sodium. Les patients ont reçu des instructions sur la relation entre l'apport d'un taux de sodium alimentaire élevé et les symptômes de l'excès de volume liquidien, ils ont reçu un enseignement afin d'identifier les aliments à haute et faible teneur en sodium, des stratégies pour réduire la consommation de sodium alimentaire et des conseils pour choisir des aliments à faible teneur en sodium tout en dînant loin de la maison. Le calendrier, les activités d'enseignement et les résultats théoriques de l'intervention sont décrits dans le tableau 1.</p>

Références bibliographique : Loisele, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.

**Appendice G : grille d'évaluation et de lecture, approche quantitative,
article de Nunciaroni, 2013**

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants	X			

	(éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Nunciaroni, A. (2013). <i>Uso de estratégias de ativação da intenção para a redução do consumo de sódio em pacientes com insuficiência cardíaca</i> . Master de mémoire inédit, Universidade Estadual de Campinas. Repéré à http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000919041
Résumé	L'objectif principal de cet article est de décrire les résultats d'une étude pilote qui a évalué l'effet potentiel d'une intervention basé sur « Implementation Intentions » individuelle ou collective chez les insuffisants cardiaques (IC) sur leur consommation de sel alimentaire. L'effet de l'intervention sur les critères secondaires (l'intention, les habitudes et l'auto-efficacité liées au comportement cible) ont également été analysés. Cette étude pilote a utilisé une étude randomisée contrôlée. La consommation de sel a été évaluée au moyen de mesures d'auto-évaluation : sel consommé, sodium-Food Frequency Questionnaire, le journal alimentaire sur 24h. La consommation de sel total a été estimée à partir de la somme des trois mesures. Toutes les mesures ont été obtenues au début et à la fin des 2 mois de suivi. Les comparaisons des groupes et des sous-groupes en ce qui concerne les mesures de sel et les variables psychosociales ont été effectuées en utilisant des modèles de régression linéaire. Pour de simples comparaisons entre les groupes, les sous-groupes et le temps, les tests non paramétriques de Mann-Whitney et la somme de Wilcoxon ont été appliqués. Les comparaisons des groupes et sous-groupes concernant le comportement auto-perçu au fil du temps ont été effectuées en utilisant le modèle GEE - équations d'estimation généralisées. Les patients dans le groupe d'intervention ont montré une réduction significative de la consommation de sel. Il y a eu aussi des scores plus élevés des variables concernant l'intention et l'auto-efficacité ainsi qu'une diminution du score de l'habitude. Les résultats de cette étude pilote, montrent le succès des interventions visant à réduire la consommation de sel chez les patients IC.
Introduction Enoncé du problème	L'insuffisance cardiaque (IC) est la dernière étape de l'évolution de plusieurs maladies cardiovasculaires. Son incidence et sa prévalence sont en augmentation. Plusieurs éléments sont proposés dans les lignes directrices pour le traitement l'IC. Parmi les recommandations pour l'approche non pharmacologique il y a la restriction de l'apport en sel. À la lumière de ces conclusions, il est clair qu'il existe un besoin de programmes d'intervention éducatifs afin de promouvoir les comportements alimentaires dans la population générale et surtout chez les individus IC (Agondi et al, 2011 ; Agondi, 2011 ; Lennie et al., 2011 ; Ferreira-Sae et al, 2009 ; Cornélio et al., 2009 ; Bocchi et al., 2009 ; Reinivuo et al., 2006 ; Dunbar-Jacob et al., 2003). La littérature souligne que de telles interventions éducatives ont une plus grande chance de succès, une fois qu'ils sont basés sur des modèles théoriques. En outre, l'utilisation de modèles théoriques permet comprendre les résultats obtenus avec l'intervention (Bartholomew et al, 2011 ; Agondi, 2011 ; Lennie et al., 2008 ; Dunbar-Jacob et al., 2003). Un modèle d'intervention a été proposé. Il vise à aider à mettre en œuvre une intention positive dans le comportement réel et il est nommé « Implementation Intentions » (Gollwitzer, 1999). Cette intervention vise à rendre l'individu conscient de l'appariement ou établir la relation entre les situations futures où le comportement peut être effectué et les réponses possibles à des situations spécifiques qui peuvent empêcher la réalisation du comportement.
Recension des écrits	- L'insuffisance cardiaque (IC) est la dernière étape de l'évolution de plusieurs maladies cardiovasculaires. Son incidence et sa prévalence sont en augmentation. Cependant, grâce à de nouveaux traitements pour les maladies cardiovasculaires l'espérance de vie augmente mais n'empêche pas encore le développement de l'IC (Nessler & Skrzypek, 2008 ; Albanesi Filho, 2005 ; Hunt et al., 2005). - On estime une prévalence de l'IC à 2% de la population des Etats-Unis et 1,8% de la population européenne (Nessler & Skrzypek,

2008).

- Au Brésil, en 2010, plus d'un million des hospitalisations étaient dues aux maladies cardiovasculaires. Parmi elles, près de 300.000 étaient dues à l'IC. Ces données classent l'IC comme la première cause d'hospitalisation dans le pays, avec une durée moyenne d'hospitalisation équivalant à six jours (Brésil, 2012).
- À l'heure actuelle, il est connu que la consommation de sel est nettement supérieure aux recommandations pour la population générale dans le monde entier (Reinivuo, 2006 ; ministère de la Santé des Etats-Unis et Humains Services, 2005 ; Marivannam, 2004).
- Des études antérieures menées au Brésil ont montré que les patients atteints de maladies chroniques ont un apport quotidien de sel allant de 8 à 12g (Agondi et al, 2011 ; Agondi, 2011 ; Piovesana, 2011 ; Bocchi et al, 2009 ; Ferreira-Sae et al., 2009 ; Cornélio et al., 2009).
- Dans la plupart des pays, il est recommandé de réduire la consommation de sel d'environ 9-12 grammes à une consommation à 5-6 grammes par jour (OMS, 2010 ; OMS, 2003 ; SACN, 2003).
- Une méta-analyse récente montre qu'une consommation d'environ 4g/jour de consommation de sel s'avère être un avantage évident pour la santé cardiovasculaire (environ 3g de sel / jour) (He, Macgregor 2103).
- À la lumière de ces conclusions, il est clair qu'il existe un besoin de programmes d'intervention éducatifs afin de promouvoir les comportements alimentaires dans la population générale et surtout chez les individus IC (Agondi et al, 2011 ; Agondi, 2011 ; Lennie et al., 2011 ; Ferreira-Sae et al, 2009 ; Cornélio et al., 2009 ; Bocchi et al., 2009 ; Reinivuo et al., 2006 ; Dunbar-Jacob et al., 2003).
- La littérature souligne que de telles interventions éducatives ont une plus grande chance de succès, une fois qu'elles sont basées sur des modèles théoriques. En outre, l'utilisation de modèles théoriques permet comprendre les résultats obtenus avec l'intervention (Bartholomew et al, 2011 ; Agondi, 2011 ; Lennie et al., 2008 ; Dunbar-Jacob et al., 2003).
- Compte tenu des facteurs individuels, il est mis en évidence que les facteurs cognitifs liés à la motivation/l'intention d'agir, sont reconnus comme le principal déterminant du comportement (Conner et Norman, 2005 ; Armitage & Conner, 2000 ; Ajzen, 1991 ; Fishbein et al., 1991 ; Fishbein et Ajzen, 1980).
- Malgré une large reconnaissance de l'intention comme un déterminant immédiat d'action/comportement, les études méta-analyse ont démontré que l'intention explique à elle seule environ 20% de la variabilité du comportement (Cornélio et al, 2009 ; Godin & Kok, 1996).
- Une telle intention de changement de comportement est principalement attribuable à des sujets qui ont l'intention positive d'agir, mais parfois ne peuvent pas mettre en œuvre efficacement le comportement cible (Sniehotta et al., 2005 ; Orbeil et al, 1997).
- Face à cette preuve, un modèle d'intervention a été proposé. Il vise à aider à mettre en œuvre une intention positive dans le comportement réel et il est nommé « Implementation Intentions » (Gollwitzer, 1999).
- Cette intervention vise à rendre l'individu conscient de l'appariement ou établir la relation entre les situations futures où le comportement peut être effectué et les réponses possibles à des situations spécifiques qui peuvent empêcher la réalisation du comportement (Achtziger et al, 2008 ; Sheeran et al, 2005 ; Gollwitzer, 1999).
- Les auteurs ont proposé un développement de la stratégie « Implementation Intentions » en deux étapes
- En ce qui concerne les comportements alimentaires, il y a des rapports positifs dans la littérature sur l'utilisation de « Implementation Intentions » pour aider les individus à augmenter la consommation de légumes et de fruits (Chapman et al, 2009 ; Luszczynska & Haynes, 2009 ; De Vries et al, 2008 ; Armitage, 2007), diminuer la consommation de graisses saturées et des collations (Adriaanse et al,

	<p>2009 ; Achziger et al, 2008 ; Armitage, 2004) et augmenter la consommation de substituts de repas pour aider la perte de poids (Zandstra et Al., 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Récemment, cette stratégie a été utilisée pour réduire la consommation de sel chez les femmes hypertendues (Agondi et al 2012. Agondi, 2011), réussissant à réduire la consommation de sel, mesurée à partir d'objectifs et de mesures d'auto-évaluation (intention, l'habitude et l'auto- efficacité). - Les auteurs ont fait l'hypothèse que la stratégie de « Implementations Intentions » n'a pas eu d'impact sur la mesure de l'intention (Cornélio et al, 2009 ; Ajzen, 1991). Cependant, il y a eu un effet sur la perception de l'auto-efficacité (Cornélio et al, 2009 ; Bandura, 1982) et sur l'habitude (Cornélio et al. 2009 ; Verplanken et al., 2005).
Cadre théorique ou conceptuel	Insuffisance cardiaque, auto-efficacité, théorie du comportement planifié, régime alimentaire
Hypothèses	Les hypothèses sont les suivantes: a) les personnes dans le groupe d'intervention (comme individu ou en collaboration) ont montré une plus grande réduction de la consommation de sel que le groupe de contrôle , b) les réponses aux interventions étaient similaires entre le groupe d'intervention individuelle et le groupe en collaboration c) la participation conduit à une réduction significative de l'habitude d'ajouter plus d'une cuillère à café de sel / jour dans la préparation des aliments , ainsi qu'une augmentation de l'auto-efficacité. Aucun effet n'a été prévu sur l'intention.
Méthodes Devis de recherche	Étude randomisée contrôlée, étude quantitative
Population et contexte	<p>L'étude a inclus des patients IC fréquentant des cliniques de soins primaires de la « Brazilian Family Health Program » et leurs référents sociaux, dans les sous-groupes de collaboration. Ces cliniques étaient situées dans un grand centre urbain avec environ un million d'habitants dans la partie sud-est du Brésil et ils incluent seulement les patients inscrits au « Unified Health System of Brazilian » vivant dans la région environnante. Les patients inclus étaient ceux dont le suivi clinique était de au moins six mois, âgés entre 18 et 90 ans et en classe fonctionnelle NYHA I à III. Les patients exclus étaient ceux ayant été hospitalisés au cours du dernier mois de recrutement, ceux présentant une déficience cognitive ou psychologique et les participants sans téléphone pour le suivi.</p> <p>Un échantillon de 60 patients a été inscrit, en assurant un nombre de 30 patients dans le groupe d'intervention (IG) et 30 dans le groupe de contrôle (CG). L'IG et le CG ont été divisés en deux sous-groupes de 15 patients chacun : groupe d'intervention individuelle (IIG) ; groupe d'intervention en collaboration (CIG), groupe individuel de contrôle (GIC) et le groupe de contrôle de collaboration (GCC). La taille de l'échantillon a été jugée suffisante pour évaluer la variabilité des mesures (Conn et al, 2010 ; Hertzog, 2008 ; Lancaster et al., 2004).</p>
Collecte des données et mesures	<p>La collecte des données a été réalisée à partir de juin 2012 à mars 2013, en deux étapes : au départ et à 2 mois de suivi. L'intervention a été menée sur une période de 1,5 mois, entre la pré et la collecte de données post-test.</p> <p>Les données sociodémographiques et cliniques ont été initialement recueillies par un questionnaire soumis à la validation du contenu par des experts dans une étude précédente (Agondi , 2011) (l'âge, la scolarité , revenu individuelle et familial mensuel , le sexe , la couleur de la peau , l'état matrimonial, le statut professionnel ,étiologie de l'IC , date du diagnostic de L'IC, la pression artérielle, indice de masse corporelle, le tour de taille, les médicaments en cours d'utilisation, les symptômes de l'IC, classe fonctionnelle NYHA et le type de dysfonctionnement).</p> <p>La consommation de sel : on demande au participant combien de fois le comportement cible a été exécuté au cours d'une période</p>

	<p>prédéterminée : "Au cours des 2 derniers mois, quelle alternative décrit le mieux votre comportement : utilisez-vous <4 g de sel par jour (correspondant à 1 cuillère à café de sel) pendant la cuisson tous les repas quotidiens (c.-à-petit-déjeuner, déjeuner, dîner et snacks) "La réponse a été donnée dans une échelle de type Likert de 5 points.</p> <p>Sel discrétionnaire : On a demandé aux participants d'estimer la quantité de sel consommée par mois à la maison en utilisant, comme référence, le paquet de 1 kg de sel.</p> <p>Questionnaire Fréquence Sodium-Food (Na-FFQ) : Il évalue la fréquence de consommation d'aliments à forte teneur en sodium. On a demandé aux participants à quelle fréquence chaque aliment a été consommé au cours de l'année dernière, avec des réponses allant de "jamais" jusqu'à "deux fois ou plus par jour".</p> <p>Consommation sur 24 heures : il consiste à évaluer la consommation alimentaire du patient dans les 24 heures précédentes. On a demandé aux participants de décrire, avec autant de détails que possibles, tous les aliments et boissons consommés au cours de la période de 24 heures passées, y compris la taille de la portion habituelle.</p> <p>Les variables psychosociales</p> <p>Habitude d'ajouter plus d'une cuillère à café de sel par jour pendant la cuisson : L'habitude d'ajouter plus d'une cuillère à café de sel par personne et par jour dans la préparation des repas a été évaluée par un questionnaire contenant dix éléments, mesurés par une échelle de 5 points de type Likert allant de [1] certainement pas à [5] définitivement oui.</p> <p>Intention d'ajouter jusqu'à une cuillère à café de sel par jour pendant la cuisson : Intention d'ajouter jusqu'à une cuillère à café de sel par jour au moment de la préparation des aliments a été évaluée par six points, mesurée par une échelle de type Likert de 5 points allant de [1] certainement pas à [5] définitivement oui.</p> <p>L'auto-efficacité pour ajouter une cuillère à café de sel par jour pendant la cuisson : L'auto-efficacité perçue d'ajouter jusqu'à une cuillère à café de sel par jour dans la préparation des repas a été évaluée à trois points, mesurée par une échelle de type Likert allant de [1] certainement pas à [5] définitivement oui. Les réponses étaient : 1) Je fais confiance dans ma capacité, 2) Je suis capable, 3) Je suis sûr que je peux.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Dans la première approche, menée par téléphone ou par une personne à la clinique, une brève explication de l'étude a été faite aux participants potentiels. Si les patients avaient accepté de participer, une date a été fixée pour une réunion à la clinique où une description détaillée de l'étude a été donnée et un accord formel de participation a été assuré par la signature du formulaire de consentement. Lorsque le participant n'a pas été le responsable de la préparation de son propre repas, le référent social tenant cette fonction à la maison a également été invité à assister le même jour.</p> <p>Ainsi, à l'étape 1 (T0), à la suite de l'explication de l'étude et l'obtention du consentement éclairé dûment signé, cinq instruments pour la caractérisation des participants et pour l'évaluation de la consommation de sel (auto-évaluation, sel consommé, Sodium-Frequency Food Questionnaire, le journal alimentaire sur 24h) ont été récoltés. A T0, les variables psychosociales (intention, auto-efficacité et l'habitude) ont également été mesurés.</p> <p>Une semaine après T0 (T1), les sujets du groupe d'intervention sont retournés à la clinique pour l'intervention individuelle ou en collaboration - la formulation de plan d'action et de plan de coping. Les participants étaient accompagnés de leurs référents sociaux dans la CIG.</p> <p>Environ 40 jours après T0 (T2) les sujets et les référents sociaux du groupe d'intervention sont retournés à la clinique pour le renforcement</p>

	<p>des plans proposés en T1. Environ 15 jours après T1 et T2, des appels téléphoniques ont été faits pour renforcer le plan d'intervention établi.</p> <p>Entre 60 et 70 jours après T0 (T3), les patients et les référents sociaux du groupe individuel ou en collaboration dans les groupes d'intervention et celui de contrôle sont retournés à la clinique pour la mesure finale de toutes les variables. La collecte de données en T3 a été réalisée par un organisme indépendant de chercheur formé dans l'application des instruments de collecte de données, et qui a été aveuglé à la randomisation et n'a pas participé à la conception de l'étude.</p> <p>Les plans établis par les individus et les référents sociaux sont décrits ailleurs (Nunciaroni, 2013).</p> <p>Les deux groupes, celui d'intervention et de témoin, ont reçu les soins habituels de la « Family Health Program » composé de médecins et d'infirmières, avec des évaluations cliniques périodiques et des informations générales sur l'IC et ses auto-soins respectifs.</p>
<p>Résultats Traitement des données</p>	<p>Les données recueillies ont été initialement inscrites sur une feuille de calcul (Excel Software pour Windows) puis transféré au programme SAS pour les analyses statistiques. Les comparaisons des groupes, et des sous-groupes en ce qui concerne les mesures de la consommation de sel et les variables psychosociales étaient réalisées en utilisant des modèles de régression linéaire, (Montgomery et Peck, 1982). Dans ces modèles, les mesures de la consommation de sel et les variables psychosociales à la fin du suivi étaient considérés comme variables dépendantes ; le groupe, les sous-groupes et le lien d'interaction entre eux, comme variables indépendantes.</p> <p>Pour de simples comparaisons entre groupes, sous-groupes et de temps pour les mesures de consommation de sel, les tests non paramétriques de Mann-Whitney et la somme de Wilcoxon Messages ont été appliqués (Pagano et Gauvreau, 2004). Les comparaisons des groupes et des sous-groupes concernant le comportement auto-évalué dans le temps ont été effectuées en utilisant le modèle GEE – Généralisée Estimating Équations (Ghisletta & Spini, 2004). Ce modèle représente une extension de modèles linéaires généralisés (GLM) et peut être utilisés pour les cas où la variable dépendante ordinale et dichotomique, entre autres.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Cinquante-six patients IC ont terminé l'étude. Cet échantillon était composé de sujets âgés avec 67,6 (\pm 9,9) ans en moyenne, avec un faible niveau d'éducation ($3,5 \pm 2,5$ années de scolarité) et un faible statut socio-économique (466,5 dollars américains mensuels). La plupart des patients étaient en classe fonctionnelle NYHA I (78,6%), présentant une étiologie hypertensive d'IC (71,4 %) et avec de l'IC essentiellement diastolique (85,7 %). La longueur du diagnostic IC était de 4,8 (\pm 6,6) ans, et la majorité des patients prenait des diurétiques (80,4 %) et des bêtabloquants (62,6 %).</p> <p>Parmi les patients dans les groupes en collaboration (contrôle et d'intervention), le référent social, le responsable de la préparation des repas était l'épouse de 85,2%. D'autres référents sociaux étaient la fille (7,4%) et la belle-fille (7,4%).</p> <p>Les données sociodémographiques et cliniques sont détaillées dans le tableau 1.</p> <p>En ce qui concerne la consommation de sel, les données obtenues par le biais de mesures d'auto-évaluation, la consommation de sel total était de 12,0 g de sel / jour, le sel étant ajouté pendant et après la préparation des repas. Il y avait une addition moyenne quotidienne de 6,8 g de sel / jour. La consommation d'aliments à forte teneur en sodium représentait en moyenne, de 2,6 g de sel / jour de la dose totale. Sodium in natura, quantifiée par le journal alimentaire sur 24h, a représenté 2,6 g de sel / jour.</p> <p>Les variables psychosociales mesurées au départ ont montré des scores élevés pour l'auto-efficacité perçue et l'intention d'utiliser jusqu'à une cuillère à café de sel par jour dans la préparation des repas, mais il y avait également des scores élevés pour la variable de l'habitude</p>

	<p>qui était d'utiliser plus d'une cuillère à café de sel par personne et par jour dans la préparation des repas. Les scores du groupe IG ont montré un léger et significatif score d'auto-efficacité ainsi qu'un score d'intention plus élevé, que le groupe CG.</p> <p>Le tableau 2 décrit les variables de la consommation de sel et les variables psychosociales dans le groupe d'intervention et de contrôle.</p> <p>Résultats d'intervention</p> <p>Une réduction significative de la consommation de sel mesurée par les instruments de comportement auto-perçu a été observée chez les patients du groupe d'intervention au suivi final (T3) par rapport à la ligne de base, alors que les sujets du groupe de contrôle ont maintenu leur consommation de sel à des niveaux proches de ceux observés à T0.</p> <p>Dans le groupe d'intervention individuel la réduction de la consommation de sel totale est due principalement à la réduction de l'addition du sel pendant ou après la préparation des repas (sel facultatif) et la réduction de la consommation d'aliments à forte teneur en sodium. Dans le groupe d'intervention en collaboration, une diminution de sodium intrinsèque a également été observée, mesuré par le journal alimentaire sur 24h.</p> <p>En ce qui concerne les critères d'évaluation du but secondaire, les variables psychosociales potentiellement impliquées dans la modification du comportement, ont été évalués. Pour la variable de l'habitude, il a été observé que pour les deux groupes d'intervention individuels et collectifs - il y avait une réduction significative de la moyenne lorsque l'on compare T0 et T3, montrant une diminution de l'acte inconscient d'ajouter plus d'une cuillère à café de sel dans la nourriture par jour. Pour la variable de l'intention, il y a une augmentation significative des scores moyens entre T0 et T3 dans le groupe d'intervention. Il est important de souligner, cependant que les individus à la fois, du groupe d'intervention et du groupe de contrôle, ont présenté des scores déjà élevés d'intention au départ. Pour la variable d'auto-efficacité, qui se réfère à la capacité perçue exécuter le comportement de cible, et dans ce cas, limiter l'addition de sel dans la préparation de repas à pas plus d'une cuillère à café de sel par jour, il y avait une augmentation significative pour les deux groupes d'intervention (IIG et CIG). Outre l'augmentation significative, le score final d'auto-efficacité pour la GCC était significativement plus faible que le score de la CIG au T3.</p> <p>Le tableau 4 présente la description des variables psychosociales et des mesures de comportement à la ligne de base et après deux mois de suivi pour les quatre groupes.</p> <p>Nous avons évalué s'il y avait une différence dans la consommation de sel entre les groupes selon le type d'intervention, individuelles et collectives, et aucune différence significative n'a été trouvée.</p> <p>Les résultats des modèles de régression linéaire sont décrits dans le Tableau 5.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats obtenus suggèrent que cette stratégie, quelle que soit la forme d'application, est efficace pour aider les patients atteints d'IC dans la réduction de leur consommation de sel alimentaire. Les différences observées entre le début et la fin du suivi étaient importantes.</p> <p>La compréhension de la façon dont fonctionne une intervention nécessite l'identification du processus psychologique qui a généré un changement de comportement. Ainsi, nous avons mesuré l'intention, l'auto-efficacité et l'habitude, en tant que variables possibles impliquées dans le processus d'adoption du comportement.</p> <p>En ce qui concerne l'intention, malgré les scores élevés observés à la ligne de base, il a été constaté une augmentation significative de la variable dans les deux groupes d'intervention à la fin du suivi. Aucune différence n'a été observée pour les groupes témoins. De plus, nous avons détecté une augmentation de l'auto-efficacité dans les deux groupes d'intervention. Dans les groupes témoins, l'auto-efficacité n'a</p>

	<p>pas été modifiée ou a même été réduite à la fin du suivi. Les changements dans l'intention ne sont pas ceux attendus dans la phase de post-interventions. Cependant, nos résultats ont pu être influencés par l'effet d'appels téléphoniques. L'objectif de ces appels était non seulement de renforcer les plans élaborés et de les ajuster au besoin pour préserver leurs caractéristiques et être réaliste ainsi que réalisable. Mais ils auraient pu fonctionner comme stratégies de motivation, ce qui contribue à l'augmentation des mesures d'intention à la fin du suivi.</p> <p>L'augmentation des scores d'auto-efficacité était attendue. En fait, les interventions sont reconnues pour renforcer le potentiel de la perception de l'auto-efficacité en facilitant la perception de contrôle perçu par l'individu et la reconnaissance de ses capacités à effectuer le comportement.</p> <p>La réduction significative des scores d'habitude dans les groupes d'intervention semble indiquer que l'intervention a induit une discontinuité de l'automatisme en rapport avec le comportement. Il y a eu une augmentation de cette variable pour le groupe de contrôle en collaboration et aucun changement dans le groupe de contrôle individuel.</p>
Perspectives futures	Des défis supplémentaires pour les infirmières dans la pratique clinique sont donnés dans cette étude. Tout d'abord, dans le contexte brésilien, il est important d'améliorer l'accès aux soins des patients IC. Il est également important, d'améliorer le système des dossiers pour une identification plus rapide des patients IC. Il serait utile d'optimiser le suivi et la répartition des ressources matérielles et humaines pour le suivi adéquat de cette délicate population. Nos résultats soulignent la pertinence de l'utilisation des interventions fondées sur la théorie planifiée pour mieux cibler et résoudre les problèmes cliniques.
Questions générales	Bonne présentation, lecture agréable.
Présentation	
Evaluation globale	Article de bonne qualité, contient toutes les parties attendues dans un article scientifique. Cependant, l'article devrait spécifier en quoi consiste le « Brazilian Family Health Program ».
Interventions	<p>Etapa 1 (T0 ou baseline): Em T0, no momento em que o sujeito foi convidado a participar da pesquisa (via telefônica ou presencial com base em arquivos próprios da unidade de saúde) e assinou o TCLE juntamente com seu referente social, se necessário, foi realizado o preenchimento dos questionários relativos às informações de caracterização sociodemográfica e clínica, mensuração dos comportamentos estudados (auto avaliação do comportamento de adição de sal aos alimentos, consumo de sal per capita, QFASó, recordatório alimentar de 24 horas), do hábito de adicionar mais que uma colher de chá de sal aos alimentos durante a preparação e da intenção e auto eficácia para adicionar até uma colher de chá de sal aos alimentos. Ainda nesta oportunidade, foi realizada a randomização dos sujeitos de pesquisa entre os grupos Intervenção e Controle, sejam eles de forma individual ou colaborativa. Nos GCC e GIC, os instrumentos de auto relato do comportamento, consumo de sal per capita, hábito, intenção e auto eficácia foram direcionados ao seu referente social que cozinha.</p> <p>Etapa 2 ou T1: Em no máximo uma semana após T0, os sujeitos do grupo intervenção individual e colaborativa retornaram para o desenvolvimento da intervenção de planejamento de ação e planejamento de enfrentamento de obstáculos, acompanhados de seus referentes sociais, no caso do GIC. A intervenção do presente estudo consistiu na elaboração de planos de ação (action planning) e planos de enfrentamento de obstáculos com suas estratégias de superação (coping planning) a fim de reduzir o consumo de sal durante e após o preparo dos alimentos de forma efetiva. Ambos os planos visaram à efetivação de uma intenção positiva para a redução do consumo de sal, ou seja, facilitaram a visualização pelo sujeito de como ele poderia alcançar este comportamento e introduzi-lo em seu dia a dia.</p>

1º Contato telefónico : Foi realizado um contato telefónico 15 dias após T1. Os contatos telefónicos compreenderam as seguintes questões:

- “Está conseguindo fazer o que foi planejado para diminuir o seu consumo de sal ?” ;

- “Está tendo dificuldades em realizar o que foi planejado para diminuir o seu consumo de sal ? Se sim, quais ?” ;

“Vamos lembrar o que foi planejado para diminuir seu consumo de sal e usar no máximo uma colher de chá de sal por dia (4g ou menos de sal) na preparação das refeições”.

Etapa 3 ou T2 : Em T2, aproximadamente 40 dias após T0, os sujeitos e referentes sociais retornaram para a realização de reforço presencial dos planejamentos propostos em T1. Tal reforço ocorreu por meio da leitura dos planejamentos realizados. Nesta data, além de realizado o reforço, cada plano foi avaliado individualmente quanto a sua realização ou não e os motivos de sua não realização.

2º Contato telefónico: Novo contato telefónico para mais um reforço da intervenção foi realizado quinze dias após T2, seguindo a descrição do item relacionado acima.

Etapa 4 ou T3 : Em T3, entre 60 a 70 dias após T0, os sujeitos e referentes sociais dos grupos intervenção individual e colaborativa e controles retornaram para a medida final de todas as variáveis de interesse (auto avaliação do comportamento de adição de sal aos alimentos, consumo de sal per capita, QFASó, recordatório alimentar de 24 horas, intenção e auto eficácia para adicionar até uma colher de chá de sal aos alimentos, hábito de adicionar mais que uma colher de chá de sal aos alimentos). Os questionários foram aplicados ao sujeito ou ao seureferente social como descrito na etapa 1 (T0).

A colheita de dados em T3 foi realizada por um pesquisador treinado na aplicação dos instrumentos de colheita de dados e não participante da construção metodológica do estudo a fim de minimizar possíveis vieses de investigação.

Grupo Controle: O grupo controle foi submetido somente às medidas das variáveis de interesse, nos tempos correspondentes aos do grupo intervenção (T0 e T3).

Ambos os grupos, intervenção e controle receberam cuidados habituais a partir do Programa de Saúde da Família local, composto por médico e uma equipa de enfermagem, com avaliações clínicas periódicas e informações gerais sobre IC e seu respectivo auto cuidado.

Planejamento de Ação – Action Planning : formulário no qual foram apontados até três planos de ação sobre quando, onde e como ele pretende diminuir a adição de sal à preparação dos alimentos nos dois meses subsequentes. O formulário instroi o sujeito a pensar sobre sua alimentação no dia-a-dia, nos próximos dois meses, a fim de planejar diminuir a adição de sal aos alimentos de forma clara, precisa e realista. Também orienta que quanto mais o sujeito for preciso e realista na determinação dos seus planos e quanto mais fizer os planos por sua conta, mais chance terá de conseguir implementá-los. O formulário termina com a seguinte informação : Memorize os seus planos cuidadosamente. Visualize as situações e o que você planeou. Procure manter um forte comprometimento para agir conforme o que planeou. Este instrumento foi preenchido com o auxílio da pesquisadora principal nos dois grupos de intervenção, no GII apenas com a participação do sujeito e no GIC com a participação do sujeito e do seu referente social (anexo 9). As propostas de intervenção deveriam partir do sujeito e de seu referente social, porém, caso estes não identificavam possibilidades de planejamento, foram sugeridas pela pesquisadora com base em estudo prévio que avaliou planos de ação e de enfrentamento de obstáculos para a redução da ingestão de sal

	<p>entre mulheres portadoras de hipertensão arterial</p> <p>Planeamento de Enfrentamento de Obstáculos – Coping Planning : após o estabelecimento do planeamento de ação, foi desenvolvido o planeamento de enfrentamento de obstáculos. Então, o sujeito de pesquisa foi orientado a preencher, com a ajuda da entrevistadora, outro formulário no qual foram apontados até três possíveis obstáculos para reduzir o consumo de sal e as respectivas estratégias para superá-los. O formulário instrui o sujeito a identificar os obstáculos ou barreiras que podem interferir no comportamento de redução do consumo de sódio e ajuda a elaborar um plano de apoio a sua superação. O formulário termina com a seguinte orientação : Visualize as situações e seus planeamentos para enfrentar os obstáculos e procure manter um forte comprometimento para agir conforme planejou. Este instrumento foi preenchido no GII apenas com a participação do sujeito e no GIC com a participação do sujeito e do seu referente social (anexo 10)</p> <p>Os planeamentos de ação e de enfrentamento de obstáculos foram realizados em duas vias, sendo que uma delas ficou em posse do pesquisador e outra em posse do sujeito de pesquisa, que foi orientado a mantê-la em local visível e consultá-la sempre que dúvida, a fim de reforçar a intervenção realizada.</p>
--	--

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.