

Tables des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	vi
Remerciements	ii
1. Introduction.....	1
1.1. Problématique.....	3
1.2. Question de recherche.....	6
2. Cadre de référence.....	7
2.1. Concepts.....	8
2.1.1. Éducation thérapeutique du patient	8
2.1.2. Adhérence thérapeutique	11
2.1.3. Empowerment	13
1.1.1. Partenariat.....	15
1.2. Théorie de soins	17
2. Méthode	20
2.1. Termes MESH et bases de données.....	21
2.2. Critères d'inclusion.....	22
2.3. Processus de recherche	22
2.4. Processus d'analyse des articles	24
3. Résultats	25
3.1. Stratégies d'ETP	26
3.1.1. Stratégies reposant sur des théories	26
3.1.1.1. Éducation basée sur la théorie comportementale planifiée	27
3.1.1.2. Éducation basée sur l'approche centrée sur la personne	30
3.1.2. Implication des proches dans l'éducation	30
3.1.3. Renforcement de l'éducation par sessions multiples et appels téléphoniques	33
3.1.4. Feedbacks au patient	37
3.1.5. Sollicitation de la participation active	39
3.1.6. Débuter l'éducation dans le contexte hospitalier.....	41
3.1.7. Entretien motivationnel	42
3.1.8. Suivi des symptômes à l'aide d'un journal	43

4.	Discussion	44
4.1.	Stratégies ETP	45
4.1.1.	Stratégies reposant sur des théories	46
4.1.1.1.	Éducation basée sur la théorie comportementale planifié	46
4.1.1.2.	Éducation basée sur l'approche centrée sur la personne	47
4.1.2.	Implication des proches dans l'éducation	47
4.1.3.	Renforcement de l'éducation par sessions multiples et appels téléphoniques	49
4.1.4.	Feedbacks au patient	50
4.1.5.	Sollicitation de la participation active	51
4.1.6.	Débuter l'éducation dans le contexte hospitalier	52
4.1.7.	Entretien motivationnel	53
4.1.8.	Suivi des symptômes à l'aide d'un journal	54
4.2.	Perspectives futures pour la recherche	55
	Conclusion	56
	Références	59
	Annexe A	66
	Annexe B	73
	Annexe C	76
	Annexe D	79
	Annexe E	82
	Annexe F	85
	Annexe G	87
	Annexe H	90
	Annexe I	94
	Annexe J	101
	Annexe K	194
	Annexe L	196
	Annexe M	198
	Annexe N	200

Liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Liste des termes MESH utilisés</i>	21
---	----

Liste des figures

<i>Figure 1: Flow Diagram de la 1^{ère} recherche.</i>	23
<i>Figure 2: Flow Diagram de la 2^{ème} recherche.</i>	23
<i>Figure 3: Flow Diagram de la 3^{ème} recherche.</i>	24
<i>Figure 4 : Évolution des résultats de l'adhérence médicamenteuse.</i>	50
<i>Figure 5 : Classification de la New York Heart Association.</i>	69
<i>Figure 6 : Schéma du processus de soins centré sur la personne.</i>	88

Remerciements

Tout d'abord, nous remercions notre directrice de travail, Madame Marie-Noëlle Kerspern, pour son accompagnement et la pertinence de ses remarques durant la réalisation de ce travail.

Un grand merci à Madame Aurélie Schneider-Paccot, infirmière de recherche aux HUG, pour le temps accordé à nos questions.

Nous remercions chaleureusement Camille Joye, Justine Horner, Pascale Yerly et Nathalie Oberson pour avoir pris le temps de relire notre travail.

Finalement, nous remercions nos familles et amis pour leur soutien tout au long de ce travail.

1. Introduction

Cette revue de littérature étoffée s'intéresse à la thématique de l'éducation thérapeutique chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique (ICC).

L'insuffisance cardiaque touche actuellement 150 000 personnes en Suisse (Franz, Beutler & Hersberger, 2007) et cette prévalence s'intensifiera au fil du temps avec l'augmentation de l'espérance de vie (Fondation suisse de cardiologie, 2011). Il semblerait qu'une meilleure adhérence de cette population aux traitements et aux auto-soins permettrait d'éviter 30% des réhospitalisations (Brunie & al., 2012). De ce fait, il est pertinent de s'intéresser aux stratégies d'éducation thérapeutique favorisant cette adhérence thérapeutique.

Pour commencer, une rescension des écrits permettra d'identifier et de développer une problématique adéquate et actuelle. Afin de compléter les connaissances à ce sujet, le cadre de références sera posé. Puis, la méthode de recherche utilisée sera décrite. Finalement, les résultats ainsi que leur analyse critique, grâce au cadre de références, seront exposés pour envisager des perspectives futures dans la pratique.

1.1. Problématique

L'insuffisance cardiaque (IC), qui peut être aiguë ou chronique (Monod-Zorzi, Seematter-Bagnoud, Büla, Pellegrini & Jaccard Ruedin, 2007), est définie comme une incapacité du myocarde à assurer un débit de perfusion satisfaisant pour garantir l'apport suffisant en oxygène et nutriments nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Elle se manifeste par des signes et symptômes d'hypoperfusion tissulaire et de surcharge liquidienne, comme décrit en annexe A (Réseau canadien des cliniques, 2004, cité dans Smeltzer & Bare, 2011).

Environ 150 000 personnes souffrent d'ICC en Suisse (Franz, Beutler & Hersberger, 2007), dont la plupart sont des personnes âgées de plus de 70 ans. Au vu de l'augmentation de l'espérance de vie, cette prévalence est prédite à la hausse pour les prochaines années (Fondation suisse de cardiologie, 2011).

La prise en charge des patients souffrant d'IC coûte à la santé publique car il s'agit de la première cause d'hospitalisation chez les personnes de plus de 65 ans (Nellessen & Piérard, 2012). En 2012, le coût d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque en phase aiguë au sein des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG) est estimée à 16'000 CHF (Perone & al., 2012).

Plus de 30% des réhospitalisations des patients souffrant d'ICC seraient évitables. Le manque d'adhérence aux recommandations d'hygiène de vie et les erreurs dans le traitement médicamenteux en sont les principales causes (Brunie & al., 2012). De plus, selon l'OMS (2003, citée dans Schneider, Herzig, Hugentobler Hampai & Bugnon, 2013), environ 50% des patients, toutes pathologies confondues, n'adhèrent pas efficacement à leur traitement. Compte tenu de ce fait, il semble pertinent de cibler cette revue de littérature étoffée sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP), afin de lui permettre d'acquérir les compétences nécessaires à la gestion quotidienne

de sa maladie (HAS, 2007, citée dans Tessier, 2012). Celle-ci offre de nombreux bénéfices, à savoir : « de réduire les ré-hospitalisations en rapport avec l'insuffisance cardiaque, d'optimiser le traitement médical, d'améliorer la qualité de vie et de réduire le coût de la prise en charge. » (Brunie & al., 2012, p.75). A ne pas confondre avec les deux autres types d'éducation (l'éducation pour la santé et l'éducation à porter soins et secours). L'éducation pour la santé amène des connaissances aux personnes dans le but de les accompagner dans leurs choix pour leur santé (Tessier, 2012). L'éducation à porter soins et secours, quant à elle, a pour objectif de fournir des connaissances à la population pour qu'elle puisse porter son aide à autrui (Tessier, 2012).

Cette revue de littérature étoffée se concentre uniquement sur l'IC chronique. Une maladie est considérée comme chronique lorsqu'elle est incurable, évolue lentement, alternant stabilité et crises (ENSP, 2004). La prise en charge dans la phase stable vise le maintien d'une bonne qualité de vie, le ralentissement de l'évolution et la prévention des complications de la maladie, diminuant ainsi le taux d'hospitalisations et de mortalité (HAS, 2014). Selon Sandrin-Berthon (2009), la prévalence des maladies chroniques étant en constante augmentation, l'éducation thérapeutique constitue un point-clé dans la prise en charge de celles-ci. Il ajoute que les maladies chroniques nécessitent une surveillance constante, une modification des habitudes de vie, ainsi qu'une gestion adéquate du traitement médicamenteux et de ses effets secondaires, ce qui fait référence au terme d'auto-soins. Ces derniers visent le maintien d'un bon état de santé au moyen de comportements centrés sur la personne et son environnement (Orem, 1987). Comme développé en annexe A, le Réseau des Insuffisants Cardiaques 38 (2013) met l'accent sur l'importance de surveiller le poids, la pression artérielle, la fréquence cardiaque et l'évolution de la dyspnée. Ces

surveillances cliniques permettent la détection précoce d'éventuelles complications (Réseau des Insuffisants Cardiaques 38, 2013).

Selon Bläuer, Frei, Schnepf et Spirit (2015), le système de santé suisse n'offre aucun programme d'éducation thérapeutique pour les patients souffrant d'insuffisance ICC. Il semblerait que chaque institution avance de manière autonome sur cette thématique. Les HUG offrent, par exemple, un programme de réadaptation cardiovasculaire de 12 semaines, incluant l'éducation thérapeutique sous forme de tables rondes et d'ateliers. Les thèmes abordés lors de ces rencontres sont : « la compréhension de la maladie, l'observance des traitements, la surveillance des signes d'aggravation, les règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, sel, ...), l'importance de l'activité physique, le vécu de la maladie [...] » (Schneider-Paccot, communication personnelle [courrier électronique], 14 juin 2016 ; la communication avec cette experte de la pratique est en annexe B). Remarquant que le système de santé suisse ne soutient pas les programmes d'éducation, les chercheurs Bläuer et al. (2015) se sont intéressés à l'état actuel de l'éducation pour les patients souffrant d'ICC en Suisse. Une étude de satisfaction réalisée à l'hôpital universitaire de Bâle en 2006 (Milbich, 2006, cité dans Bläuer, 2015) a permis d'identifier les lacunes de l'éducation réalisée auprès de cette population. Les patients ont relevé ne pas recevoir suffisamment de soutien pour la gestion de leurs auto-soins une fois à domicile. Ils rapportent également ne pas être suffisamment sensibilisés aux signes et symptômes d'alerte, aux effets et effets secondaires des médicaments et à l'adaptation à la maladie dans la vie quotidienne. De plus, les familles manquaient d'informations sur le réseau de soins (professionnels à contacter en cas de besoin). Suite à cette étude de satisfaction, une équipe infirmière de ce même hôpital a réalisé une analyse SWOT relevant les faiblesses de l'ETP pratiquée actuellement : manque

de connaissances des besoins des patients par les infirmières, manque de prise en considération de l'expertise des patients, manque de soutien à l'autogestion.

Pour résumer, les hospitalisations pour décompensation cardiaque sont coûteuses à la société et bon nombre d'entre-elles pourraient être évitées si les patients adhéraient mieux aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Les professionnels de la santé utilisent l'ETP pour stimuler cette adhérence. Or, il a été remarqué que l'ETP pratiquée actuellement en Suisse présente des faiblesses.

1.2. Question de recherche

Au vu de cette problématique, il est pertinent de s'intéresser aux moyens efficaces de pratiquer l'ETP chez les patients souffrant d'ICC. De plus, lors du 6^{ème} Congrès Européen de la Société Européenne d'Education Thérapeutique du Patient, D'Ivernois (2016) affirme : « On sait que c'est efficace [l'ETP], mais maintenant on cherche l'efficience : comment ça marche le mieux ? ». Ainsi, la question de recherche suivante correspond au besoin actuel de la recherche en ETP :

« Quelles stratégies d'éducation thérapeutique sont efficaces pour accroître l'adhérence des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique? »

2. Cadre de référence

2.1. Concepts

Cette revue de littérature étoffée tend à identifier les moyens disponibles pour favoriser l'adhérence thérapeutique des patients souffrant d'ICC. Quatre concepts issus de la question de recherche ont été retenus pour une bonne compréhension du sujet : l'éducation thérapeutique du patient (thème du travail), l'adhérence thérapeutique (résultat de soins visés), l'empowerment (outil permettant d'améliorer l'adhérence thérapeutique) et le partenariat (facteur favorisant l'adhérence thérapeutique).

2.1.1. Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été reconnue par l'OMS en 1998 (voir définition en annexe C). En 2007, le Ministère français de la santé (cité dans Foucaud, Bury, Balcou-Debussche & Eymard, 2010) définit l'ETP comme une aide destinée aux patients ou à leurs proches visant la compréhension de la pathologie et des traitements, afin de leur permettre une prise en charge de leur santé. L'ETP permet l'acquisition de compétences par le patient, afin de maintenir une qualité de vie convenable, voire de l'améliorer. Dans le cas de l'ICC, l'ETP tend à diminuer les réhospitalisations (environ 30%), les coûts de la santé et la mortalité (Jourdain, Juillière, Boireau, Peres & Bajolle, 2013). D'Ivernois et Gagnayre (2001, cités dans D'Ivernois et Gagnayre, 2011) ont établi une liste de huit compétences (annexe C) devant être intégrées et comprises par le patient grâce aux programmes d'éducation thérapeutique. Ces compétences peuvent être classées en quatre catégories : capacité du patient à exprimer ses besoins; connaissances de sa maladie; capacité du patient à prendre des décisions; capacité technique. Une autre classification a été établie, triant également les compétences en quatre catégories, à savoir : compétences d'auto-observation, compétences de raisonnement et de décision,

compétences d'auto-soins, compétences sociales (Traynard & Gagnayre, 2013). Bien qu'il existe plusieurs classifications des compétences d'ETP, il est intéressant de constater que le contenu de base reste identique: des compétences liées à la pathologie et d'autres liées aux ressources.

D'Ivernois et Gagnayre (2011) proposent une stratégie théorique de réalisation de l'ETP en quatre étapes. Premièrement, il convient de connaître et de prendre en compte les besoins du patient en (1) *élaborant un diagnostic éducatif*. Le rôle du soignant est d'identifier dans le discours du patient ses projets abandonnés et de lui faire comprendre que certains sont encore être réalisables, pour ainsi renforcer positivement sa motivation à l'apprentissage. Le premier objectif du soignant est de placer le patient au centre des préoccupations pour comprendre son expérience de la maladie, ainsi que ses préjugés et idées reçues sur la pathologie. En se basant sur ses besoins, (2) *les compétences à acquérir* sont établies. Il sera alors possible de (3) *planifier* et mettre en pratique les contenus et les méthodes d'enseignement. Durant cette phase, les informations pertinentes à transmettre au patient sont sélectionnées, afin de lui permettre d'intégrer l'essentiel et qu'il ne se sente pas submergé d'informations. La dernière phase consiste à (4) *évaluer* les acquis et repérer d'éventuelles lacunes. Cette méthode pédagogique forme un cycle. De ce fait, elle permet le suivi et le renforcement des connaissances, de même que l'adaptation des capacités du patient lors de la péjoration de son état de santé (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

Cette stratégie théorique peut inclure les trois approches d'ETP proposées par Eymard (2008) :

1. *Modèle bio-médical* : le soignant porte son attention sur la pathologie sans tenir compte des particularités du patient. Son but vise principalement le

respect des prescriptions et recommandations médicales. Le soignant est « tout-puissant » et amène ses connaissances scientifiques au patient.

2. *Modèle bio-psycho-social* : le soignant prend en compte les facteurs physiologiques mais également les facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux. Le patient doit initier le changement de manière délibérée, devenant alors acteur de sa santé.
3. *Modèle autonome* : le patient est considéré comme un partenaire de soins au même niveau que les soignants. La prise en charge s'adapte aux valeurs du patient, à ses habitudes de vie et à ses expériences de la maladie. Le soignant vise alors l'autonomie du patient pour garantir une meilleure qualité de vie.

Plus concrètement, la littérature met en évidence qu'une ETP est efficace lorsqu'elle agit sur les quatre composantes du *self-efficacy* développé par Bandura: la persuasion verbale, l'expérience vicariante, l'expérience active de la maîtrise et les états physiologiques et émotionnels (Yehle & Plake, 2010). Le nombre de sessions d'éducation proposées, leur durée, le type de contact avec les participants (individuel, en groupe, par téléphone) ou du contenu de l'éducation n'influencent pas l'efficacité de l'ETP (Yehle & Plake, 2010).

Puisque cette revue de littérature étoffée s'intéresse à l'efficacité des stratégies d'ETP, dont la plupart sont des programmes, il semble pertinent de connaître les critères de qualité en vigueur. La Haute Autorité de Santé Française (2012) a émis des recommandations pour l'évaluation des programmes d'ETP afin de garantir leur efficacité et leur pertinence.

Une ETP de qualité est structurée, repose sur des bases scientifiques et est dispensée par des professionnels ayant reçu une formation complémentaire dans ce domaine. En effet, selon plusieurs études (Degeling & al., 1990; Fahrenfort, 1990;

Giloth, 1990; Georges & al., 2006, cités dans D'Ivernois et Gagnayre, 2011), l'ETP est plus efficace lorsqu'elle est prodiguée par des personnes formées à cet effet.

D'autre part, l'ETP positionne le patient, ses valeurs et ses choix au centre de ses préoccupations. Elle est un processus continu, qui évolue avec la maladie et qui s'adapte à l'apprentissage (Haute Autorité de la Santé, 2012).

De plus, sachant que l'ETP est interdisciplinaire, elle inclut le travail de réseau. Un autre critère de qualité est l'évaluation de l'efficacité du programme d'éducation (Haute Autorité de la Santé, 2012). Notons également que Mauduit (2014) relève l'importance d'une relation de partenariat entre le patient, son entourage et les professionnels.

Ces différents critères peuvent ainsi évaluer de manière objective l'efficacité des programmes d'ETP.

2.1.2. Adhérence thérapeutique

L'adhérence thérapeutique est le résultat de soins visé (outcome) de cette revue de littérature étoffée. Rothermundt, Bachmann, Häfner, Margulies et Rider (2011) définissent l'adhérence thérapeutique (ou adhésion thérapeutique) « [...] comme la capacité du patient à adopter un plan d'action médical [(traitement médicamenteux et recommandations d'hygiène de vie)] pour atteindre un objectif thérapeutique souhaité» (p. 277). Vrijens et Urquhart (2005, cité dans Jeanneret, Lüthi, Schneider, Troxler & Bugnon, 2011) distinguent deux paramètres: (1) la *qualité de l'exécution*, c'est-à-dire la concordance entre la prescription et la prise réelle par le patient et (2) la *persistance*, soit la durée totale de la consommation du traitement (en jours). Bien que ces deux paramètres soient appliqués uniquement dans le domaine de la médication, il semble pertinent de l'adapter également aux comportements d'auto-soins. En effet, un régime hyposodé est efficace uniquement s'il est adopté

correctement et qu'il persiste dans la durée. Cette notion de qualité d'exécution renvoie au terme d'observance thérapeutique, que Reach (2013) décrit comme étant « l'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales » (p.115). Ainsi, la non-observance équivaut au non-suivi des recommandations médicales. Après ces quelques distinctions, il est nécessaire de clarifier également le terme de compliance. Celui-ci a été aboli en raison de sa « connotation passive » (Reach, 2014). En effet, la compliance soutient que le patient ne fait qu'obéir à une prescription médicale, alors que le concept d'adhérence induit un partenariat soigné-soignant (Rothermundt & al., 2011).

Schneider et al. (2013) classent les facteurs qui influencent l'adhérence thérapeutique en cinq thèmes: les connaissances des risques de la maladie; les attentes quant au traitement; le *self-efficacy* (désigne la capacité à s'investir et à poursuivre son traitement); les bénéfices perçus du changement; les facilitateurs (pouvoir reprendre le travail, se sentir mieux) et barrières (effets secondaires du traitement et symptômes résiduels).

De leur côté, Rothermundt et al. (2011) ont identifié plusieurs facteurs susceptibles d'être à l'origine d'une non-adhésion. Ils citent par exemple la complexité du traitement, ses effets secondaires, la disparition des symptômes au cours du traitement ou encore une mauvaise relation entre le patient et son médecin.

Il existe plusieurs échelles pour évaluer l'adhérence thérapeutique. Certaines vont uniquement évaluer l'observance médicamenteuse, telles que le Medication Adherence Questionnaire (MAQ) (annexe D) (Morisky & al., 1986, cités dans Vejux & al., 2014), et d'autres évaluent les comportements d'auto-soins, comme l'échelle European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (annexe D). Cette dernière a été validée en plusieurs langues, mais pas encore en français (Labrunée & al., 2012).

L'efficacité de l'adhérence repose sur l'engagement du patient dans la gestion de sa maladie, c'est-à-dire qu'il devient acteur de sa santé. Ce qui amène le concept d'empowerment.

2.1.3. Empowerment

L'empowerment est un moyen par lequel l'ETP permettra au patient d'augmenter son adhérence. Plusieurs auteurs proposent des définitions du concept d'empowerment. En 1998, l'OMS décrit l'empowerment comme un processus visant un plus grand contrôle de sa propre santé par des actions et des prises de décisions. Pour Ford et al. (1996, cités dans Doumont & Aujoulat, 2002), il s'agit d'un processus de développement des ressources individuelles de contrôle de sa vie.

Ninacs (2006), quant à lui, définit l'empowerment comme la capacité de s'approprier le pouvoir et de l'exercer de manière autonome. Il articule trois types d'empowerment : l'individuel, le communautaire et l'organisationnel (annexe E).

L'empowerment individuel qui est composé de quatre éléments dont l'interaction résulte en la capacité de l'individu à agir selon ses propres choix. Il s'agit de la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique (Ninacs, 2006). Lorsqu'on veut agrandir l'empowerment chez une personne, il faut agir sur ses composantes. Elles s'inscrivent dans un processus systématique : la modification d'une composante a des répercussions sur les autres (Ninacs, 2006). Ainsi, en augmentant les compétences de l'individu par l'ETP, celui-ci augmenterait son estime de soi, sa conscience critique et donc sa participation à sa santé. Dans le cadre de l'ETP, l'action sera centrée sur les compétences de l'individu (but même de l'ETP comme dit précédemment) et sur sa participation afin d'augmenter son adhérence thérapeutique. Par exemple, en aidant le patient souffrant d'ICC à développer ses connaissances du traitement médicamenteux, il sera à même d'évaluer s'il est

efficace ou s'il a besoin d'être ajusté (correspond au développement de la conscience critique). Lorsque que le patient sait gérer son traitement, son estime de soi s'en voit améliorée, ce qui favorise son adhérence (correspond au développement de la participation).

L'empowerment communautaire est constitué de quatre axes, à savoir la participation, les compétences, la communication et le capital communautaire. Ceux-ci interagissent pour permettre à la communauté d'accroître son pouvoir, ainsi que celui de chaque individu. Ainsi, L'empowerment communautaire favorise l'empowerment individuel (Ninacs, 2006). Dans le cadre de l'ICC, l'empowerment communautaire est développé à travers des activités en groupe. Par exemple, le programme de réadaptation cardiovasculaire proposé par des HUG comporte des ateliers, des tables rondes et des sessions d'entraînement physique en groupe (Schneider-Paccot, communication personnelle [courrier électronique], 14 juin 2016; HUG, 2014). Durant ces moments en groupe, les patients peuvent partager leurs expériences, s'entre-aider et s'encourager, permettant ainsi le développement d'un sentiment d'appartenance, source de motivation.

Dans le cadre de ce travail, il s'agira principalement d'une approche individuelle car le but visé est un patient acteur de sa santé. Lorsque l'empowerment communautaire est sollicité, la finalité est tout de même un renforcement de l'empowerment individuel. D'ailleurs, selon Doumont et Aujoulat (2002), le principal but de l'ETP est de développer l'empowerment individuel chez les patients pour qu'ils puissent vivre au mieux avec leur maladie. Elberst (1996, cité dans Doumont & Aujoulat, 2002) ajoute qu'au travers de l'ETP on cherche à développer le "sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa santé" (p.7).

Self-efficacy :

L'estime de soi (une des composantes de l'empowerment individuel) comprend l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Cette dernière désigne le fait de croire en ses capacités, ce qui correspond au sentiment d'auto-efficacité (*self-efficacy*).

Bandura (2003) décrit le *self-efficacy* comme étant la croyance d'une personne en ses compétences pour atteindre un objectif défini. Le *self-efficacy* repose sur quatre facteurs complémentaires (Bandura, 2003) : l'expérience vicariante, l'expérience active de la maîtrise, la persuasion verbale et les états physiologiques et émotionnels (détails en annexe F). Ces composantes agissant indirectement sur l'estime de soi, elles favorisent ainsi l'adhérence thérapeutique du patient, objectif de notre étude.

1.1.1. Partenariat

Selon l'OMS (2016), le partenariat est « une relation de collaboration entre deux ou plusieurs personnes basée sur la confiance, l'égalité et la compréhension mutuelle, pour atteindre un objectif spécifique. Les partenariats comportent des risques comme des bénéfices, rendant cruciale la responsabilité partagée. »

Gottlieb et Feeley (2007), quant à eux, précisent que le partenariat en soins doit avoir des objectifs centrés sur le patient et conjointement établis avec celui-ci et ses proches. Il est également nécessaire que les collaborateurs participent activement au processus.

Sager Tinguely et Weber (2011), relèvent que dans le cadre des pathologies chroniques, il est indispensable que le soignant et le patient définissent des objectifs communs, afin de favoriser l'autonomie de ce dernier et lui permettre ainsi d'endosser également le rôle d'expert.

Le partenariat soigné-soignant a évolué au cours de l'histoire (Le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). La relation de partenariat hiérarchique (paternaliste), dans laquelle le soignant est expert de la situation et prend les décisions (Gottlieb & Feeley, 2007), a été instaurée durant l'après-guerre (Le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). Le patient est relégué au second plan, dans un rôle passif, ignorant la nature de ses maux et le moyen d'y remédier (Le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). Ce type de partenariat est aujourd'hui dépassé et perçu comme erroné (Gottlieb & Feeley, 2007).

Par la suite, le partenariat de collaboration voit le jour à la fin du XX^{ème} siècle. Dans celui-ci, le patient est au centre des préoccupations (Le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014). Le rôle du soignant consiste, dès lors, à cerner la personnalité du patient pour le guider dans son développement par l'apport d'informations et la mise en place d'actions afin de favoriser la participation à la prise de décisions (Gottlieb & Feeley, 2007).

Le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2014) identifient un troisième type de partenariat : le partenariat de soins et services qui implique davantage le patient dans la dynamique du processus. Pomey et al. (2015) suggèrent de considérer le patient comme un membre de l'équipe de soins. L'objectif est l'autonomisation du patient dans ses prises de décisions en toute connaissance de cause et ainsi l'augmentation de son sentiment d'autodétermination, moyen efficace de pallier à la non-adhérence thérapeutique. Le soignant a également pour mission de rendre le patient compétent dans la gestion de ses auto-soins (Pomey & al., 2015).

Nous constatons une similitude entre ces trois types de partenariat et les trois modèles d'ETP proposés par Eymard (expliqués dans le chapitre ETP). Le modèle bio-médical semble correspondre au paternalisme, le modèle bio-psycho-social au partenariat de collaboration, et le modèle autonome considère le patient comme un partenaire à part entière, tout comme le partenariat de soins et services. Compte tenu de ces connaissances, l'approche et le partenariat les plus appropriés pour améliorer l'adhérence semblent être le modèle autonome et le partenariat de soins et services. Ceux-ci sont les plus actuels (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014) et permettent de garantir l'autonomisation (empowerment) du patient pour l'amélioration de sa qualité de vie dans la maladie chronique (Eymard, 2008). Ils permettent des soins et des décisions individualisés, car le patient collabore à la mise en place de ses objectifs. Ainsi, une théorie de soins centrée sur la personne semble pertinente pour favoriser l'adhérence.

1.2. Théorie de soins

La théorie de soins choisie est l'approche centrée sur la personne de McCormack et McCance (2006). Il semble en effet pertinent de considérer l'individualité de chaque patient. Selon Béran (2016) il est important de prendre en compte les besoins et les croyances des individus pour adapter le contenu et le processus de l'ETP à la réalité de celui-ci.

L'approche centrée sur la personne de McCormack et McCance (2006) a été récemment développée au Royaume-Uni. Elle est le résultat de la fusion de deux modèles théoriques : le modèle de McCance (2003, cité dans McCormack & McCance, 2006) décrivant la pratique des soins infirmiers, et le modèle de McCormack (2003, cité dans McCormack & McCance, 2006) s'intéressant à la pratique centrée sur la personne. Cette nouvelle approche privilégie l'individualisation

des soins, le respect des droits de la personne et la création d'une alliance thérapeutique (McCormack & McCance, 2010).

Cette approche compte quatre dimensions (schéma en annexe G) (McCormack et McCance, 2006) :

Les prérequis sont les compétences nécessaires à l'infirmière pour pratiquer cette approche. Ils incluent les compétences techniques, de jugement, et de communication, ainsi que l'investissement dans sa profession et l'identification de ses propres valeurs et croyances. Ces compétences correspondent au rôle d'expert en soins infirmiers (A1,A2 et A3) du Plan d'étude cadre (PEC) décrit par les Hautes Ecoles Spécialisées de Suisse Occidentale (HES-SO, 2012), présent en annexe H. Cela correspond également aux compétences A4, D2 et F1 du PEC (HES-SO, 2012) car l'infirmière s'informe des nouvelles pratiques probantes (McCormack & McCance, 2006).

L'environnement de soins correspond au milieu de soins (McCormack & McCance, 2006) et à la compétence infirmière C1 du PEC (HES-SO, 2012). Plusieurs caractéristiques y sont favorables : diversité des compétences professionnelles au sein de l'équipe, partage de décisions, cohésion d'équipe, soutien hiérarchique, etc (McCormack & McCance, 2006).

Le processus de pratique centrée sur la personne distingue cinq éléments: le travail avec les croyances et les valeurs du patient, le partage de la prise de décisions, l'engagement, l'attitude sympathique et la promotion des soins holistiques (annexe G). Le travail avec les croyances et les valeurs du patient améliore le *self-efficacy* et fait partie de la compétence infirmière G1 (HES-SO, 2012). Le partage de la prise de décisions correspond aux concepts d'empowerment et de partenariat. L'engagement et l'adoption d'une attitude sympathique sont également liés au partenariat et peuvent

être rattachés à la compétence B1 du PEC (HES-SO, 2012). Ainsi, tous ces facteurs réunis sont des éléments efficaces favorisant l'augmentation de l'adhérence thérapeutique du patient.

Les résultats de soins visés par les processus de soins centrés sur la personne sont la satisfaction, la participation et le bien-être du patient, ainsi qu'une relation thérapeutique avec un partage de décisions (McCormack et McCance, 2006). Ils peuvent être mis en lien avec les compétences du rôle de promoteur de la santé E1 et E3 du PEC (HES-SO, 2012).

Les patients âgés (Benbassat et al., 1998; Irish, 1997; Krupat et al., 2001, cités dans Paul-Savoie, 2015), de sexe masculin, ayant un faible niveau d'éducation (Benbassat et al., 1998; Krupat et al., 2001. cités dans Paul-Savoie, 2015) et ceux atteints d'une maladie grave (Benbassat et al., 1998, cités dans Paul-Savoie, 2015) sont plus susceptibles de ne pas être actifs dans la prise de décisions. Comme cité précédemment, un grand pourcentage des patients souffrant d'ICC sont âgés et par conséquent, cette approche est adaptée à la population visée par cette revue de littérature étoffée.

2. Méthode

Pour la réalisation de ce travail, le devis utilisé est une revue de littérature étoffée. Selon Fortin (2010), ce type de devis permet de « mettre en évidence la pratique fondée sur les données probantes » (p.263) grâce à la collecte et l'analyse d'études scientifiques traitant la problématique choisie.

2.1. Termes MESH et bases de données

Pour la recherche d'articles scientifiques, plusieurs combinaisons de termes Mesh (liste des termes Mesh utilisés dans le Tableau 1) et mots-clés ont été insérés dans les bases de données suivantes : PubMed, CINAHL, Ovid, Embase, ProQuest, Google Scholar. Toutes les stratégies de recherche réalisées sont explicitées en annexe I.

Tableau 1 : *Liste des termes MESH utilisés*

FRANÇAIS	TERMES MESH ANGLAIS
Insuffisance cardiaque	Heart Failure
Éducation thérapeutique	Patient Education as Topic
Adhérence du patient	Patient Compliance
Adhérence médicamenteuse	Medication Adherence
Éducation infirmière	Education Nursing
Soins infirmiers	Nursing
Auto-soins	Self Care
Continuité des soins	Continuity of Patient Care

2.2. Critères d'inclusion

Les premiers critères d'inclusion de cette revue de littérature étoffée portaient sur des études scientifiques traitant les patients adultes ou âgés souffrant d'insuffisance cardiaque chronique, publiées entre 2005 et 2015, en français, anglais ou portugais, disponibles gratuitement et au complet.

Après avoir trouvé une revue de littérature publiée en 2010, recensant des études réalisées de 1966 à 2009 relatives à notre problématique, des modifications ont été apportées à nos critères d'inclusion dès la stratégie 8, ne prenant que les articles publiés depuis 2010.

2.3. Processus de recherche

Une première recherche d'articles scientifiques (*Figure 1*) a abouti à la sélection de cinq études pertinentes traitant le sujet d'étude. Ce nombre, n'offrant pas un panel suffisamment étoffé de stratégies d'ETP, une seconde recherche (*Figure 2*) a été menée permettant d'obtenir deux études supplémentaires. Après l'analyse des sept études, nous avons ciblé notre troisième recherche (*Figure 3*) sur deux stratégies d'ETP qui paraissaient pertinentes et complétaient nos données. Un des articles retenus (stratégie 11, annexe I) est un protocole d'une étude encore en cours. Un abstract dévoilant les premiers résultats, réalisé pour un congrès et publié dans une revue, a été ajouté à l'analyse. Le dernier article retenu (stratégie 12, annexe I) a été identifié dans le chapitre « discussion » d'un autre article analysé. Au total, sur 336 articles identifiés, 9 ont été retenus.

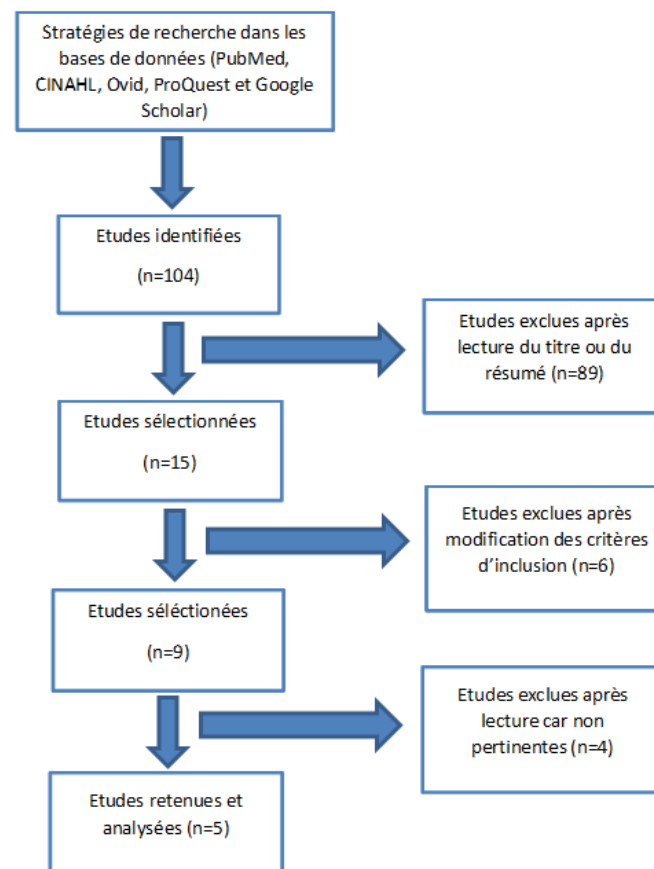


Figure 1: Flow Diagram de la 1^{ère} recherche.
(The PRISMA group, 2009)

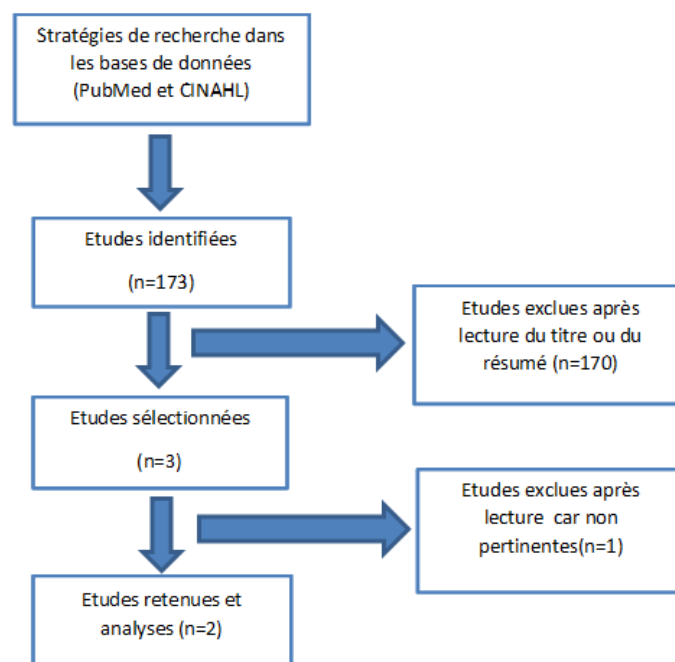


Figure 2: Flow Diagram de la 2^{ème} recherche.
(The PRISMA group, 2009)

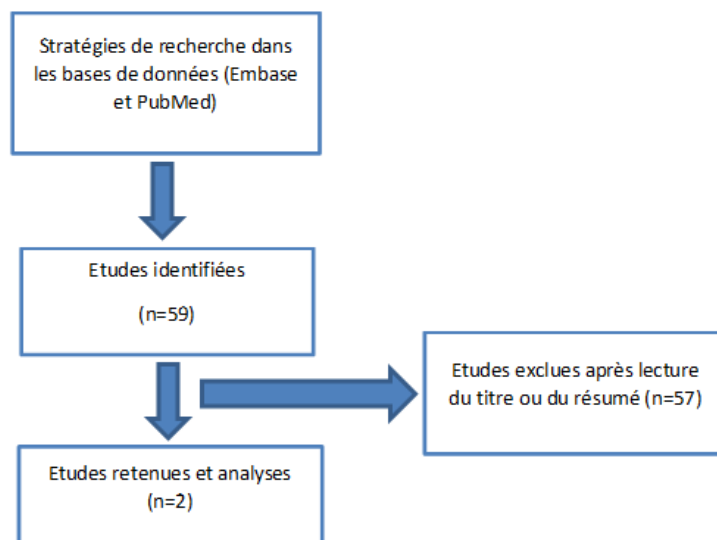


Figure 3: Flow Diagram de la 3^{ème} recherche.
(The PRISMA group, 2009)

2.4. Processus d'analyse des articles

Tous les articles scientifiques retenus ont été analysés à l'aide d'une grille d'évaluation et de lecture. Pour faciliter le travail et le rendre plus agréable à la lecture, les deux grilles validées par Loiset et Profeto-McGrath (2007), celle d'évaluation et celle de lecture, ont été fusionnées en une seule. Toutes les grilles d'analyse complétées sont disponibles en annexe J.



3. Résultats

Cette revue de littérature étoffée a permis l'analyse critique de neuf études scientifiques, portant au total sur 705 patients souffrant d'ICC. Cet échantillon variait entre 15 et 200 patients selon les études. Huit d'entre elles présentent un devis quantitatif et une seule un devis mixte. Afin de respecter l'actualisation des connaissances et l'évolution du domaine, neuf études analysées ont été publiées entre 2011 et 2015 et une est encore en cours. Quatre sont sud-américaines, quatre proviennent des USA et uniquement une étude est européenne (Suisse). Toutes ont respecté les normes éthiques et ont été réalisées de manière rigoureuse. Quatre études ont concentré leur recherche sur l'efficacité d'une seule stratégie et cinq autres ont testé l'efficacité de plusieurs stratégies simultanément.

3.1. Stratégies d'ETP

La lecture et l'analyse de neuf articles scientifiques ont permis de relever des stratégies d'ETP pour l'ICC. Ces stratégies ont par la suite été classées en huit catégories distinctes : les stratégies reposant sur des théories, l'implication des proches dans l'éducation, le renforcement de l'éducation par sessions multiples et appels téléphoniques, les feedbacks au patient, la sollicitation d'une participation active, débiter l'éducation dans le contexte hospitalier, les entretiens motivationnels et le suivi des symptômes à l'aide d'un journal.

3.1.1. Stratégies reposant sur des théories

Selon Green (2000, cité dans Wu, Corley, Lennie & Moser, 2012), des interventions basées sur un modèle théorique améliorent l'analyse des situations. Il relève que cette méthode permet d'identifier adéquatement les variables sur lesquelles agir. Cet auteur dénonce la pratique fondée uniquement sur les expériences des professionnels de la santé.

Parmi les articles analysés, deux théories ont été repérées : la Théorie du Comportement Planifié (TCP) et la théorie de soins centrée sur la personne de McCormack et McCance.

3.1.1.1. Éducation basée sur la théorie comportementale planifiée

Deux programmes d'éducation retenus se basent sur la Théorie Comportementale Planifiée (TCP). Il s'agit d'un cadre théorique qui vise le changement d'un comportement à travers un travail sur ces trois composantes: les *attitudes*, les *normes subjectives* et le *contrôle comportemental perçu* (Welsh, Lennie, Marcinek, Biddle, Abshire, Buntley & Moser, 2013; explications en annexe K).

Dans leur essai contrôlé randomisé, Wu et al. (2012) basent leurs interventions sur la TCP, afin d'améliorer l'adhérence médicamenteuse et de diminuer la fréquence des complications. Pour évaluer l'efficacité de ce programme, les auteurs ont randomisé les 82 participants dans trois groupes différents. Le groupe contrôle a reçu les soins habituels. Les deux groupes d'intervention ont reçu un enseignement basé sur la TCP, et un de ces deux groupes a reçu en plus, des séances de feedbacks relatives à la prise de leur traitement médicamenteux (Wu & al., 2012).

Leur programme a été construit de manière à traiter chacune des composantes de la TCP. En effet, fournir un enseignement au patient concernant ses symptômes et sa médication favorise l'adoption d'*attitudes* positives. Pour agir positivement sur les *normes subjectives*, le patient est encouragé à identifier ses ressources sociales (par exemple son conjoint, ses enfants, ses amis, etc.), puis à évaluer l'importance qu'il accorde aux opinions de ses proches concernant la médication. De plus, les proches ont reçu un enseignement portant sur la manière de communiquer avec le patient, afin de le soutenir dans son changement. Concernant le *contrôle comportemental perçu*, le patient est amené à identifier les ressources et les obstacles à son

adhérence aux traitements. Un enseignement individuel et des feedbacks sur les doses manquées de la médication viennent appuyer le renforcement du *contrôle comportemental perçu* (Wu & al., 2012).

Welsh et al. (2013) ont également développé un programme basé sur la TCP, mais l'exploitent différemment. Les trois composantes servent essentiellement à évaluer et aiguiller les interventions qui visent la diminution de la consommation du sodium alimentaire du patient. Les auteurs ont séparé l'échantillon (n=52) en deux groupes : le groupe contrôle et le groupe intervention qui suivait un programme d'éducation sur une durée de six semaines. L'impact a été mesuré à court terme (à la fin des six semaines) et à long terme (six mois plus tard). Dans ce programme, l'éducation concernant la maladie, l'interprétation de l'excès du volume liquidien et le régime hyposodé favorisent le développement des *attitudes* positives. Pour mesurer les *normes subjectives*, les infirmiers s'intéressent aux motivations des patients à se conformer aux opinions de leurs proches et des professionnels. L'identification des ressources et des obstacles de chaque patient à l'adhérence d'un régime hyposodé permet d'individualiser l'éducation. Le Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ), composé de trois sous-échelles, chacune mesurant une composante différente de la TCP, a été utilisé. L'efficacité du programme est également évaluée grâce au journal 3-Day-Food Diary, dans lequel le patient note les repas pris durant trois jours. Les données récoltées dans ce journal ont été rapportées dans un logiciel, afin d'obtenir la valeur de sodium consommé. L'observance a été objectivée par l'utilisation du Medication Event Monitoring System (MEMS). Il s'agit d'un dispositif de surveillance de la prise des médicaments sous forme d'un capuchon enregistrant chaque ouverture du flacon. Il est précisé que ce dispositif n'est appliqué que sur un flacon de médicaments. Un journal permettant au patient de noter les ouvertures erronées et les ouvertures pour remplir le flacon était fourni avec le MEMS. Le patient

soit considéré comme adhérent lorsqu'il prend au minimum 88% des doses prescrites (Wu & al., 2012).

Les résultats rapportés par le MEMS montrent une différence significative ($p=0.05$ à deux mois et $p=0.021$ à neuf mois) de l'adhérence médicamenteuse entre les groupes intervention et le groupe contrôle. A deux mois, le pourcentage de patients adhérents dans les deux groupes d'intervention a augmenté, mais ce de manière non significative ($p=0.203$). Au neuvième mois, le pourcentage de patients adhérents des groupes intervention a diminué significativement ($p=0.015$) par rapport au deuxième mois. Malgré cette diminution, la valeur finale est significativement supérieure ($p=0.015$) aux données de départ pour les groupes intervention (passe de 70% à 74% chez un groupe et de 59% à 65% chez l'autre), contre une diminution de moitié chez le groupe contrôle (Wu & al., 2012).

Dans l'étude de Welsh et al. (2013), les résultats du questionnaire DSRQ révèlent que les *attitudes* étaient significativement meilleures ($p<0.01$) dans le groupe intervention au bout de six semaines. Après six mois, les *attitudes* du groupe intervention demeurent meilleures que celles du groupe contrôle, mais de manière non significative ($p=0.258$). L'évaluation de la *norme subjective* n'a montré aucune amélioration significative ($p=0.964$ à six semaines ; $p=0.511$ à six mois). Même constat pour la mesure du *contrôle comportemental perçu* ($p=0.162$ à six semaines ; $p=0.304$ à six mois). Concernant les résultats du journal 3-Day Food Diary, la consommation de sodium est significativement plus faible ($p=0.011$) dans le groupe intervention au bout de six mois (Welsh et al., 2013).

Baser l'ETP sur la TCP semble être une bonne stratégie, car elle a prouvé son efficacité dans l'amélioration de l'adhérence médicamenteuse et de l'adhérence au régime hyposodé.

3.1.1.2. *Éducation basée sur l'approche centrée sur la personne*

Bläuer et al. (2015) choisissent l'approche centrée sur la personne pour développer leur programme d'éducation. Comme les patients souffrant d'ICC forment un groupe hétérogène (différentes origines de l'ICC, comorbidités, symptômes, soutien social), il est nécessaire d'adapter le programme à chaque patient (Bläuer & al., 2015). L'approche centrée sur la personne se base sur le respect mutuel, le droit de faire ses propres choix et l'empathie pour créer une relation de confiance avec le patient et ses proches (McCormack, Nanley & Titchen, 2013, cités dans Bläuer & al., 2015).

Le programme développé par Bläuer et al. (2015) se compose de trois sessions d'éducation individuelles, dans lesquelles le patient décide, parmi plusieurs sujets prédéfinis, ceux qu'il a besoin d'aborder. Les soignants leur offraient également la possibilité de se peser et de préparer leur médication de manière autonome ainsi que de tenir un journal de suivi des symptômes. Afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention, 15 participants ont autoévalué leurs comportements d'auto-soins au moyen du questionnaire European Heart Failure Self-Care Behavior Scale, dont les résultats ont été calculés. Il est à noter que l'échelle va de 15 à 60 points et que plus le score est bas, meilleure est l'adhérence au comportement. La valeur moyenne obtenue par cet échantillon est de 16.3 points. De plus, 12 des participants ont évalué ce programme comme « bon » et trois comme « excellent ».

L'ETP basée sur l'approche centrée sur la personne a permis une bonne adhérence aux auto-soins et a été bien perçue par les patients.

3.1.2. Implication des proches dans l'éducation

Le soutien social fait partie des stratégies pour améliorer l'adhérence (Flynn & al., 2005 ; Saunders, 2008, cités dans Dunbar et al. 2013). En effet, les proches étant

présents dans la préparation des repas et des médicaments au quotidien, il est intéressant de les inclure dans le programme d'éducation (Dunbar & al., 2013).

L'essai randomisé, mené par Dunbar et al. (2013), cherchait à déterminer l'efficacité de deux manières d'inclure les proches dans l'éducation thérapeutique du patient atteint d'ICC. Pour ce faire, 117 patients ont été randomisés en trois groupes : le groupe soins usuels (SU), le groupe d'éducation patient-membre de la famille (EPM) et le groupe intervention de partenariat familiale (IPF). Dans le groupe EPM, le patient est toujours accompagné d'un membre de sa famille. Pour commencer, ils ont reçu deux séances éducatives sur la maladie, les symptômes, le régime hyposodé, les traitements et les activités d'autogestion. De plus, durant le deuxième mois, des ateliers portant sur le régime hyposodé ainsi que des brochures et un DVD ont été proposés. Au quatrième et au huitième mois, les patients ont reçu un feedback écrit et un par téléphone. Le groupe IPF a reçu les mêmes interventions que le groupe EPM, cependant, il a eu deux séances supplémentaires en petits groupes pour aborder la perception du vécu de la maladie et la communication du proche favorisant le soutien du patient.

Une autre étude analysée inclut les proches de manière similaire. Wu et al. (2012) visent à améliorer l'adhérence médicamenteuse grâce à leur programme d'éducation basé sur la TCP. Comme l'une des composantes de cette théorie (*norme subjective*) se rapporte aux proches, ces derniers ont reçu un enseignement portant sur la manière de soutenir et de communiquer avec le patient.

L'étude de Dunbar et al. (2013) ont objectivé l'adhérence au régime hyposodé par l'analyse des urines sur 24h et par le questionnaire 3-Day Food Record (3-DFR), dans lequel le patient a noté les portions et le contenu de ses repas durant trois jours. Les données ont ensuite été insérées dans un logiciel pour obtenir la valeur quotidienne

de l'apport en sodium. Un patient était considéré comme adhérent au régime hyposodé, lorsque sa consommation de sodium est $\leq 2,5$ mg par jour. Les auteurs ont également mesuré l'adhérence médicamenteuse grâce à deux outils : le MEMS et le questionnaire Morisky Medication Adherence Scale (MMAS). Diverses autres échelles ont été employées : Atlanta Heart Failure Knowledge Test (AHFKT) pour évaluer les connaissances, Family Care Climate Questionnaire-Patient Version (FCCQ-P) pour mesurer la perception du patient sur le soutien reçu par ses proches et la Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS-PC) pour objectiver l'importance que le patient accorde aux critiques de sa famille.

Dans l'étude de Dunbar et al. (2013), les résultats des analyses d'urine sur 24h démontrent, après quatre mois, une diminution significative ($p < 0.05$) de 677mg/jour de sodium dans les urines pour le groupe IPF et de 556mg/jour pour le groupe EPM. Après huit mois, chez le groupe IPF, la quantité de sodium dans les urines a continué de diminuer (216 mg/jour) ($p < 0.05$), alors que pour le groupe EPM, celle-ci s'est stabilisée ($p < 0.05$). Cependant, les résultats du 3-DFR mettent en avant que la consommation quotidienne de sodium chez le groupe IPF diminue de 724mg/jour au quatrième mois, puis a réaugmenté de 198mg/j jusqu'au huitième mois. Le groupe EPM diminue également sa consommation de 706mg/jour au quatrième mois et de 65mg/j après huit mois ($p < 0.05$). Aucune différence n'a eu lieu entre les groupes pour l'adhérence médicamenteuse ($p = 0.032$). Quatre mois après l'intervention, le groupe IPF a un niveau de connaissances légèrement supérieur au groupe SU ($p = 0.02$). Les résultats de l'échelle FCCQ-P révèlent que la totalité des groupes sont soutenus, dès le départ, de manière adéquate par leur proche. Néanmoins, le groupe IPF a légèrement augmenté son score, au huitième mois. Le questionnaire FEICS-PC n'a soulevé aucune différence significative entre les groupes. Cependant, Rosland, Heisler, Choi, Silveira et Piette (2010, cités dans Welsch et al., 2013), mettent en

évidence dans leur étude que 78% d'un échantillon de 439 participants estiment que les critiques venant des proches influencent négativement l'adhérence à leur autogestion.

Le programme de Wu et al. (2012) a eu un impact positif sur l'adhérence médicamenteuse des patients souffrant d'ICC. L'une des composantes de ce programme comprend l'implication des proches. Les résultats suggèrent ainsi qu'en association avec d'autres stratégies, les proches peuvent être un atout dans l'ETP.

L'implication des proches s'est montrée efficace pour augmenter l'adhérence au régime hyposodé, mais n'a eu aucun impact sur l'adhérence médicamenteuse.

3.1.3. Renforcement de l'éducation par sessions multiples et appels téléphoniques

Le renforcement de l'éducation est la stratégie la plus rencontrée dans les articles analysés pour cette revue de littérature étoffée. Cette stratégie est réalisée dans la majorité des cas par la combinaison de deux méthodes : des séances d'éducation multiples (à domicile ou non) et des appels téléphoniques.

Plusieurs études ont montré une augmentation de l'adhérence au traitement pharmacologique et non-pharmacologique, suite à des visites à domicile et des appels téléphoniques (Lambrinou, Kalogirou, Lamnissos & Sourtzi, 2012 ; Bocchi & al., 2008 ; Rodriguez-Gazquez, Arredondo-Holguín & Herrera-Cortes, 2012, cités dans Monteiro Mantovani, Brasil Ruschel, Nogueira de Souza, Mussi & Rabelo-Silva, 2015). Au vu de la diversité des variables (début de l'éducation durant l'hospitalisation ou à domicile, nombre et durée des séances, nombre de professionnels impliqués, etc.), il est difficile d'identifier la meilleure stratégie d'intervention. Dans les articles analysés, le nombre et la fréquence des renforcements varient. Dans leur essai

clinique randomisé (HELEN-I), Motta Mussi et al. (2013) testent un programme constitué de quatre visites à domicile, entrecoupées de quatre appels téléphoniques, par des infirmières spécialisées en IC, sur une durée de six mois. Wu et al. (2012) proposent d'intercaler deux séances d'éducation individuelles avec deux appels téléphoniques sur une durée de neuf mois. Welsh et al. (2013) intercalent deux visites à domicile et deux appels téléphoniques sur une durée respective de six semaines. Arredondo-Holguín, de los Ángeles Rodríguez Gázquez et Higuera Urrego (2012) mènent un programme d'éducation sur neuf mois, incluant deux séances à domicile (une au début et une à la fin) et six appels téléphoniques entre le deuxième et le septième mois, à raison d'une fois par mois.

Motta Mussi et al. (2013) vérifient l'efficacité d'un programme basé spécifiquement sur le renforcement de l'amélioration des connaissances des patients sur la pathologie, des capacités en auto-soins et de l'adhérence aux traitements. Durant les visites à domicile, les patients ainsi que leurs proches, s'ils étaient présents, recevaient une éducation sur leur pathologie, les traitements, les auto-soins et les signes et symptômes d'alerte. L'échelle European Failure Self Care Behaviour Scale (EHFScBS) a servi à mesurer les auto-soins. Les scores de cette échelle vont de 12 à 60 points, 12 points signifiant une adhérence maximale aux auto-soins. Enfin, le score d'adhérence médicamenteuse a été obtenu au moyen d'un questionnaire dont le pourcentage minimal pour être considéré comme suffisamment adhérent était de 70%.

Les résultats reflètent une hausse significative des capacités en auto-soins dans les deux groupes. En effet, le groupe intervention a amélioré son score de 12,09 points ($p < 0.001$), contre une augmentation plus modeste de 3,13 points pour le groupe contrôle ($p = 0.002$). L'évaluation de l'adhérence médicamenteuse a montré

une augmentation significative ($p < 0.001$) pour le groupe d'intervention (valeur passe de $57,44\% \pm 11,96$ à $73,52\% \pm 10,26$) en comparaison avec le groupe contrôle.

Dans l'étude d'Arredondo-Holguin et al. (2012), l'amélioration des comportements d'auto-soins a été évaluée grâce à une échelle d'auto-évaluation basée sur la théorie d'Orem (Artinian's Heart Failure Self-Care Behavior Scale) dont le score maximal est de 82 points. Les résultats mettent en avant une augmentation significative ($p < 0.001$) de la médiane de ce score. Celle-ci est passée de 40 points à 53 points. Parmi l'échantillon de 29 patients, 86,2% des patients ont amélioré leurs comportements, 6,9% l'ont diminué et 6,9% sont restés stables. Ce programme contient, en plus du renforcement, deux séances d'éducation en groupe, deux workshops et un livret d'éducation. Au vu des résultats, il semblerait qu'un programme contenant des séances de renforcement associées à d'autres interventions soit efficace pour améliorer l'adhérence thérapeutique.

Wu et al. (2012) ont élaboré un programme d'éducation basé sur la TCP qui vise l'augmentation de l'adhérence médicamenteuse, dans lequel 82 patients étaient randomisés en trois groupes, dont deux groupes d'intervention et un groupe contrôle. Les deux groupes d'intervention ont bénéficié de renforcement par appels téléphoniques et séances éducationnelles et l'un des deux groupes a reçu en complément des feedbacks sur leurs prises de médication. Les résultats ont montré une différence significative ($p = 0.05$ à deux mois et $p = 0.021$ à neuf mois) de l'adhérence médicamenteuse entre les groupes interventions et le groupe contrôle. Aucune différence significative ($p = 0.668$ à deux mois et 0.804 à neuf mois) entre les deux groupes d'intervention n'a été constatée. Dans cette étude, l'inefficacité des feedbacks met en évidence l'efficacité du renforcement de l'éducation.

Dans une autre étude utilisant la stratégie de renforcement, un programme d'éducation axé sur la TCP visant à augmenter les auto-soins, a été testé. Leurs auteurs ont randomisé 52 patients en un groupe intervention et un groupe contrôle. Les résultats révèlent une consommation de sodium significativement ($p=0.011$) plus faible dans le groupe intervention, après six mois, que dans le groupe contrôle (Welsh et al., 2013). Cependant, le programme ne s'est pas montré efficace dans l'augmentation de l'adhérence au traitement pharmacologique (Welsh et al., 2013). De ce fait, l'utilisation du renforcement semble influencer positivement l'adhérence au régime hyposodé lorsqu'il est basé sur la TCP.

Les articles précédemment mentionnés combinent des séances individuelles et des appels téléphoniques. Deux autres articles analysés évaluent séparément l'efficacité de ces méthodes de renforcement. Monteiro Mantovani et al. (2015) ont réalisé une étude visant à évaluer l'efficacité des visites à domicile par des infirmières auprès de patients souffrant d'ICC. Trois visites à deux semaines d'intervalle ont été conduites sur 45 jours. Domingues, Clausell, Aliti, Dominguez et Rabelo (2011), quant à eux, proposent des renforcements par appels téléphoniques à raison d'un appel par semaine durant le premier mois, suivi d'un appel tous les 15 jours, ceci sur une durée de trois mois, suite à une éducation thérapeutique durant l'hospitalisation.

Au cours de la première visite du programme d'éducation de Monteiro Mantovani et al. (2015), un enseignement sur divers sujets a été donné et renforcé au cours des deux visites suivantes. Durant la première et la dernière visite, les patients ont rempli un questionnaire d'adhérence. Un score de 18 sur 26 est considéré comme le seuil de l'adhérence, car il correspond à un taux d'adhérence de 70%.

Dans les résultats du score d'adhérence, le seuil de 18 points a été obtenu par 53,1% des patients à la première visite contre 81,3% à la troisième ($p=0.001$). Le

score médian obtenu à l'évaluation de l'adhérence est passé de 16.6 ± 2.6 à la première visite à 20.4 ± 2.7 à la troisième ($p=0.001$).

Dans leur essai, Domingues et al. (2011) ont testé l'efficacité d'un programme composé d'une éducation débutée durant l'hospitalisation et complétée par des renforcements téléphoniques après la sortie de l'hôpital. Les résultats du questionnaire des connaissances sur l'IC et les auto-soins ont révélé une augmentation significative ($p<0.001$) chez tous les patients indépendamment du groupe auquel ils appartenaient. Le renforcement téléphonique n'a donc pas démontré d'efficacité. Les auteurs supposent que le suivi de trois mois s'est avéré insuffisant pour créer des changements dans le style de vie.

La stratégie de renforcement de l'éducation par des sessions multiples d'éducation individuelles et des appels téléphoniques a prouvé son efficacité sur l'augmentation de l'adhérence thérapeutique, lorsqu'elle est utilisée seule, ou en association avec d'autres stratégies. Le renforcement de l'éducation fait uniquement par des visites à domicile a également démontré son efficacité sur l'amélioration de l'adhérence. En revanche, le renforcement uniquement par des appels téléphoniques s'est avéré efficace. Un tableau récapitulatif des résultats de cette stratégie est proposé en annexe L.

3.1.4. Feedbacks au patient

Dunbar et al. (2013) affirment qu'il est peu fréquent que les patients reçoivent des feedbacks sur leur comportement. De ce fait, ils ne sont pas conscients de leur non-adhérence.

Dans deux études analysées, les auteurs ont organisé des feedbacks aux patients sur les résultats des comportements évalués. Dans leur étude, Wu et al. (2012) ont

réalisé des feedbacks sur la prise quotidienne du traitement, dans le but d'identifier les obstacles et induire une prise de conscience sur la non-observance du traitement médicamenteux. Pour ce faire, le MEMS a été utilisé.

Dans une autre étude, Dunbar et al. (2013) ont également utilisé la stratégie du feedback afin de favoriser le changement de comportements. Leurs feedbacks portaient, comme les auteurs précédents, sur la prise quotidienne de la médication (MEMS), mais également sur les résultats de l'adhérence du régime hyposodé (3-DFR et analyse d'urine de 24h).

Wu et al. (2012) séparent leur échantillon en trois groupes. Le groupe contrôle ayant reçu uniquement les soins habituels, un groupe intervention ayant reçu un enseignement et des conseils dispensés par une infirmière spécialisée et un second groupe intervention ayant également bénéficié des conseils de l'infirmière, recevant en plus deux séances de feedback. Les feedbacks permettraient au patient de prendre conscience de sa prise de médication, lorsque l'infirmière lui expose visuellement les résultats. Les trois groupes ont utilisé le MEMS sur une période de neuf mois dans le but d'évaluer leur adhérence. Les résultats montrent une différence significative ($p=0.05$ à deux mois et $p=0.021$ à neuf mois) de l'adhérence médicamenteuse entre les groupes interventions et le groupe contrôle. En revanche, aucune différence significative n'a été relevée ($p=0.668$ à deux mois et 0.804 à neuf mois) entre les deux groupes d'intervention, ce qui démontre une inefficacité des feedbacks. Ce manque d'efficacité de la prise du traitement médicamenteux peut s'expliquer, selon les auteurs, dans un premier temps par un nombre insuffisant de séances de feedbacks (Wu & al., 2012). En effet, les études ayant démontré une efficacité dans ce domaine proposaient un plus grand nombre de feedbacks au groupe intervention (entre 3 et 7) (Wu & al., 2012). D'autre part, le système MEMS n'affiche pas visuellement le nombre d'ouvertures quotidiennes. De plus, il a été

prouvé que le nombre d'ouvertures indiqué par le MEMS ne correspondait pas forcément au nombre de prises réelles, car on ne peut pas objectiver avec certitude que le patient a bel et bien consommé le médicament après l'ouverture (Bonetti & Johnston, 2007 ; Rigsby & al., 2000, cités dans Wu & al., 2012).

Dans l'essai clinique mené par Dunbar et al. (2013), l'échantillon (n=117) a été divisé en trois groupes, dont deux groupes d'intervention. Ces deux groupes d'intervention ont reçu à quatre mois, puis à huit mois, des feedbacks de leurs résultats (adhérence à la médication et au régime hyposodé) sous forme écrite. Puis durant les appels téléphoniques de renforcement aux mêmes périodes, l'infirmière discutait avec le patient de ses résultats. Bien que cette étude n'évaluait pas prioritairement les feedbacks, il semblerait que cette stratégie influence positivement l'adhérence au régime hyposodé, lorsqu'elle est associée à des séances de groupe et implique des proches dans l'éducation. En effet, la combinaison de ces stratégies améliore significativement l'adhérence au régime hyposodé ($p < 0.05$), en revanche, aucune différence n'a été observée concernant l'adhérence aux traitements médicamenteux (Dunbar & al., 2013).

3.1.5. Sollicitation de la participation active

Diverses activités de groupe sollicitant une participation active du patient ont été utilisées dans deux articles retenus.

Dans leur étude, Arredondo-Holguín et al. (2012) utilisent un programme d'éducation visant à augmenter les comportements d'auto-soins. Au cours de ce programme, les patients (n=29) ont pris part à deux séances d'éducation en groupe et deux workshops. Ils ont également reçu six appels téléphoniques, deux visites à domicile et un livret d'éducation. Ce programme utilisait donc également le renforcement de l'éducation comme stratégie. Ces interventions traitaient les thèmes

suivants : la maladie, l'adhérence aux traitements, la capacité à reconnaître les complications et savoir quand consulter, l'adaptation à la maladie, le concept de soi (favorisation de la motivation et de l'empowerment).

L'échelle HFSCBS, composée de 28 items, a été utilisée avant et après l'intervention afin d'évaluer l'efficacité des interventions sur l'amélioration de quatre catégories distinctes : la capacité à reconnaître les complications et savoir quand consulter, l'adaptation à la maladie, l'adhérence au traitement médicamenteux et l'adhérence au traitement non médicamenteux. Les patients ont évalué la fréquence (jamais ; parfois ; la plupart du temps ; toujours) de leurs comportements d'auto-soins (Arredondo-Holguin et al., 2012). Quatre des six items de la catégorie capacité à reconnaître les complications et savoir quand consulter ont connu une amélioration significative ($p=0.02$; $p<0.01$; $p=0.01$; $p=0.04$). Dans les résultats de l'adhérence médicamenteuse, les patients expriment y adhérer « toujours ». Le résultat est resté stable suite aux interventions, mais il est néanmoins non significatif. Dans la catégorie de l'adhérence aux traitements non pharmacologiques, deux items sur neuf ont été augmentés significativement ($p=0.01$) et trois items ont augmenté de manière non significative. Trois autres items n'ont présenté aucun changement mais deux d'entre-eux étaient déjà au maximum (non significatif). L'item concernant le régime hyposodé a diminué non significativement ($p=0.21$) (Arredondo-Holguin et al., 2012).

L'étude de Dunbar et al. (2013) cherche à déterminer si l'implication des proches est bénéfique dans l'éducation thérapeutique des patients. Ils mettent en place diverses stratégies pédagogiques en groupe qui nécessitent une participation active des patients et leur proche : séances d'éducation en groupe, divers ateliers sur le régime hyposodé et jeux de rôle avec scénarios d'auto-soins pour pratiquer la communication. Les résultats de cette étude démontrent, qu'en comparaison avec le groupe SU, les deux groupes d'intervention ont augmenté leur taux de patients

adhérant au régime hyposodé. L'échelle FCCQ-P dévoile une amélioration de la perception du soutien reçu chez le groupe IPF (non significative).

Lorsqu'elle est en association avec d'autres stratégies, comme l'implication des proches et feedback, cette stratégie pédagogique semble avoir un impact positif sur l'adhérence au régime hyposodé et sur la communication soutenance de la part des proches. Alors que, lorsqu'elle est associée avec la stratégie de renforcement de l'éducation (Arredondo-Holguin et al., 2012), elle semble n'avoir une répercussion positive que sur certains comportements d'auto-soins et même un impact négatif sur le régime hyposodé (non significatif).

3.1.6. Débuter l'éducation dans le contexte hospitalier

Selon plusieurs études, le contexte hospitalier serait le moment le plus favorable à l'initiation de l'ETP car lors de décompensations cardiaques, les patients sont plus réceptifs à l'importance des recommandations (Motta Mussi & al., 2013).

Domingues et al. (2011) ont réalisé un essai randomisé pour tester l'efficacité d'un programme composé d'une éducation débutée durant l'hospitalisation, complétée par des renforcements téléphoniques après la sortie de l'hôpital. Les 111 patients sélectionnés ont reçu entre trois et cinq sessions éducatives durant leur séjour à l'hôpital. La première session a permis à l'infirmière d'aborder la maladie, le traitement pharmacologique et non pharmacologique avec le patient, de lui soumettre une brochure (« Manuel du patient avec IC ») et un tableau dans lequel il peut noter son poids quotidiennement. Durant les sessions suivantes, l'infirmière lisait à haute voix le « Manuel du patient avec IC » en y apportant des compléments et en répondant aux questionnements du patient. Puis, le préparait pour son retour à domicile, à l'utilisation du tableau pour la saisie de son poids. L'infirmière propose aux proches de se joindre à eux pour écouter les informations. Ce n'est qu'à la sortie de l'hôpital

que les patients étaient randomisés en groupes. Le groupe contrôle ne recevait que les soins habituels qui comprenaient une visite ambulatoire à la clinique. Le groupe intervention bénéficiait d'un suivi par appels téléphoniques durant trois mois pour renforcer l'éducation.

Les connaissances de l'IC et des auto-soins étaient mesurées à la première session d'éducation et à la fin des trois mois d'intervention par un questionnaire dont les scores varient entre 0 et 10 points.

Les résultats du questionnaire des connaissances sur l'IC et les auto-soins ont révélé une augmentation significative ($p < 0.001$) chez tous les patients, indépendamment du groupe auquel ils appartenaient. Ceci suggère que débiter une ETP souffrant d'ICC durant son hospitalisation pour décompensation cardiaque serait le moment idéal.

3.1.7. Entretien motivationnel

L'entretien motivation (EM) semble être une stratégie efficace dans l'amélioration des auto-soins des patients souffrant d'ICC (Riegel and al., 2006 ; Paradis, Cossette, Frasure-Smith, Heppell & Guertin, 2010, cités dans Masterson Creber, Patey, Vaughan Dickson, DeCesaris & Riegel, 2015).

Masterson Creber et al., (2015) ont mené un essai pilote contrôlé randomisé prospectif cherchant à démontrer principalement l'efficacité de l'EM dans l'amélioration des comportements des auto-soins chez les patients souffrant d'ICC.

L'EM est réalisé par une infirmière formée à cet effet. À l'aide d'une attitude empathique, de non-jugement et du soutien du sentiment d'auto-efficacité, l'infirmière permet au patient d'identifier l'ambivalence entre son comportement et ses croyances. Elle a ensuite pour tâche de rouler avec la résistance jusqu'à ce que le

patient sente de lui-même l'intérêt d'entreprendre un changement de comportement. A partir de ce moment-là uniquement, l'infirmière induit le patient à planifier ses actions de changement, en se basant sur les résultats obtenus au Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) (Masterson Creber & al., 2015).

L'échantillon (n=67) a été randomisé en deux groupes : le groupe intervention et le groupe contrôle. Le groupe intervention a reçu du matériel éducatif additionné d'un EM à domicile et trois à quatre appels téléphoniques, sur une durée de 90 jours post-hospitaliers. Les appels ont permis à l'infirmière de fournir au patient des conseils. L'adhérence et la gestion des auto-soins, ainsi que le *self-efficacy* ont été évalués par le SCHFI (Masterson Creber & al., 2015).

Les premiers résultats de cette étude encore en cours démontrent que le groupe intervention a augmenté significativement ($p=0.026$) ses auto-soins par rapport au groupe contrôle (Masterson Creber & al., 2014). Il semble alors que l'EM semble être une stratégie efficace dans l'augmentation de l'adhérence aux auto-soins.

3.1.8. Suivi des symptômes à l'aide d'un journal

Bläuer et al. (2015) ont développé un programme d'éducation thérapeutique basé sur l'approche centrée sur la personne de McCormack et McCance. Ils ont testé l'efficacité de ce programme au sein du système de santé suisse, au moyen d'une étude portant sur un échantillon de 15 patients hospitalisés pour décompensation d'ICC. La proposition de l'utilisation d'un journal sur les symptômes comme outil d'apprentissage était parmi les stratégies utilisées dans ce programme. Douze patients ont accepté de tenir le journal et tous l'ont jugé bénéfique.

4. Discussion

Cette revue de littérature étoffée cherche à identifier les stratégies d'ETP efficaces pour accroître l'adhérence thérapeutique des patients atteints d'ICC.

Les neuf articles analysés, dont un seul est européen (Bläuer & al., 2013) ont permis d'identifier huit stratégies d'ETP. On remarque dans les caractéristiques démographiques que les patients des études réalisées en Amérique du sud avaient en moyenne un seuil de scolarité plus faible que les autres. On peut émettre l'hypothèse que les modes et habitudes de vie sont différents de ceux de la population suisse. Nous pouvons donc nous poser la question si une généralisation de ces résultats est envisageable au sein de la société suisse.

4.1. Stratégies ETP

Cinq études évaluaient l'efficacité de programmes thérapeutiques qui associaient différentes stratégies d'éducation. De ce fait, il est difficile d'identifier avec certitude lesquelles sont les plus efficaces, mais il semblerait que l'association de plusieurs stratégies s'avère avantageuse, comme le met en avant la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Cette dernière propose cinq axes sur lesquels agir simultanément pour promouvoir la santé : élaboration de politiques pour la santé, création d'environnements favorables, renforcement de l'action communautaire, acquisition d'aptitudes individuelles, réorientation des services de santé. Nous remarquons que certaines stratégies peuvent s'assimiler à certains de ces axes. Par exemple, la sollicitation de la participation active au sein d'un groupe permet le renforcement de l'action communautaire, ou encore, l'éducation débutée durant l'hospitalisation crée un environnement favorable à l'ETP. Ainsi, pour garantir l'efficacité de l'ETP, il est préférable d'utiliser plusieurs stratégies de manière à englober les cinq axes.

4.1.1. Stratégies reposant sur des théories

4.1.1.1. Éducation basée sur la théorie comportementale planifié

La TCP a démontré son efficacité dans l'ETP par l'augmentation de l'adhérence médicamenteuse (Wu & al., 2013) ainsi qu'au régime hyposodé (Welsh & al., 2013), et par la diminution de la fréquence des complications (Wu & al., 2013).

S'intéresser aux *attitudes*, aux *normes subjectives* et au *contrôle comportemental perçu*, qui constituent les trois composantes de la TCP, permet de connaître les attentes du patient par rapport à son traitement. Le soignant peut ainsi identifier les raisons qui entravent le processus d'adhérence. Nous observons, dans les deux études basées sur la TCP, que les soignants se sont intéressés aux *attitudes* et au *contrôle comportemental perçu* des patients par l'identification de leurs croyances et leurs valeurs, afin d'individualiser l'ETP. Cette pratique est soutenue par l'approche centrée sur la personne de McCormack et McCance (2006) qui préconise l'identification de la perception du patient par rapport à sa situation. Ceci correspond également à un partenariat de collaboration qui suggère de comprendre le patient avant d'agir. Wu et al. (2012) utilisent également le partenariat comme moyen d'améliorer la *norme subjective* en formant la famille à la communication et au soutien de leur proche. Cet enseignement aux proches favorise la persuasion verbale, qui améliore le *self-efficacy* de Bandura (*correspond au contrôle comportemental perçu*).

Dans ces deux programmes, l'ETP se pratique de manière individuelle en prenant en compte les trois composantes de la TCP, permettant ainsi aux soignants de démontrer la singularité de chacun. Cela se rapporte à la composante attitude sympathique de McCormack et McCance (2006).

4.1.1.2. *Éducation basée sur l'approche centrée sur la personne*

Dans l'ETP, l'utilisation de l'approche centrée sur la personne de McCormack et McCance a permis dans l'étude de Bläuer et al. (2015) l'obtention d'un bon résultat à l'adhérence aux auto-soins. Cependant, le petit échantillon (n=15), l'absence de groupe contrôle et l'absence de mesure initiale du score d'adhérence, ne permettent pas de tirer des conclusions probantes. Les résultats obtenus reflètent tout de même un potentiel non négligeable de l'application de cette approche dans l'ETP. Une étude sur un plus grand échantillon serait nécessaire.

Bien que cette approche soit centrée sur le patient, il a semblé difficile pour ce dernier d'amener les sujets qu'il a besoin d'aborder en séance d'ETP. C'est pourquoi, les soignants ont mis à disposition des sujets prédéfinis (Bläuer & al., 2015). Nous nous demandons pourquoi les patients rencontrent des difficultés à identifier et à exprimer leurs besoins. Les résultats positifs sur l'adhérence peuvent avoir été favorisés par l'opportunité de choisir les sujets. Lui donner cette responsabilité augmenterait sa motivation à se prendre en main.

Dans cette approche centrée sur la personne, le partenariat de soins et services semble prédominant. En effet, en plus de pouvoir choisir les sujets des séances, le programme offrait également la possibilité au patient de se peser, de préparer sa médication et de tenir un journal de suivi des symptômes. Ses prises de décisions favorisent un plus grand contrôle de sa santé (empowerment) et de ce fait améliore l'adhérence thérapeutique.

4.1.2. Implication des proches dans l'éducation

La présence et la participation d'un proche du patient aux séances d'ETP a favorisé l'augmentation de l'adhérence du patient au régime hyposodé, mais n'influence pas positivement l'adhérence médicamenteuse (Dunbar & al., 2013). Et

lorsqu'à cela on additionne l'élaboration d'un partenariat par des de séances d'éducation abordant la perception (du patient et du proche) du vécu de la maladie ainsi que la communication de soutien de la part du proche, l'adhérence au régime hyposodé est d'autant plus favorisée (Dunbar & al., 2031). Wu et al. (2012) suggèrent qu'en association avec d'autres stratégies (TCP et renforcement de l'éducation), un enseignement portant sur la manière de soutenir et de communiquer avec le patient aurait un impact positif sur l'adhérence médicamenteuse des patients souffrant d'ICC. Il est important de faire de l'enseignement aux proches sur les auto-soins, étant donné qu'ils sont très présents dans la vie quotidienne du patient. Par conséquent, pour améliorer l'adhérence, il semble intéressant de créer un partenariat de collaboration avec eux, en les aidant à élaborer des stratégies de communication avec des approches de soutien. De plus, le partenariat est un des critères de qualité de l'ETP relevé par Mauduit (2014). L'infirmière pourrait par la suite compter sur les proches pour continuer à soutenir le patient et l'encourager à maintenir le comportement lorsque celle-ci ne pourra plus le faire. En effet, les encouragements font partie de la persuasion verbale qui, selon Bandura, est un élément qui augmente le *self-efficacy*. De plus, un manque de soutien et des critiques de la part de proches ont démontré un effet négatif sur l'adhérence thérapeutique et les changements de comportements (Fiscella & Campbell, 1999, cités dans Dunbar & al., 2013).

En plus de les aider dans les auto-soins, les proches pourraient également repérer les signes de complication pour aider le patient à reconnaître quand il doit consulter un médecin. Avec une implication des proches dans l'éducation, les compétences que l'ETP cherche à développer chez les patients pourraient aussi être inculquées chez les proches. Cette stratégie n'a pas démontré d'augmentation des connaissances de l'ICC chez les patients, ni de différence significative avec un groupe contrôle dans l'étude de Dunbar et al. (2013). Dans cette étude, les connaissances

ont été évaluées uniquement chez les patients. Nous aurions donc trouvé intéressant de voir l'évolution des connaissances de l'ICC également chez les proches.

4.1.3. Renforcement de l'éducation par sessions multiples et appels téléphoniques

La plupart des études analysées dans cette revue de littérature étoffée utilisent cette stratégie qui s'avère globalement efficace dans l'augmentation de l'adhérence thérapeutique chez les patients souffrant d'ICC. Dans toutes les études analysées, le contenu de l'enseignement était plus ou moins similaire et permettait d'acquérir toutes les compétences visées par l'ETP proposées par D'Ivernois et Gagnayre (2001, cités dans D'Ivernois et Gagnayre, 2011). Nous constatons, tout comme Yehle et Plake (2010), que les chercheurs peuvent obtenir des résultats concluants indépendamment du nombre de sessions proposées ou de la durée du programme. Bien qu'il semble encore difficile de déterminer réellement les éléments efficaces dans cette stratégie, son importance reste non négligeable. En effet, le renforcement permet de soutenir un des deux axes de l'adhérence thérapeutique, soit la persistance dans la durée. De plus, il est intéressant de constater que, dans les études de Motta Mussi et al., (2013), Wu et al. (2012) et Monteiro Mantovani et al., (2015), l'adhérence médicamenteuse et non médicamenteuse s'accroît rapidement pour former un pic. Par la suite, l'adhérence médicamenteuse a tendance à diminuer progressivement chez Wu et al. (2012) et Motta Mussi et al. (2013), alors que l'adhérence non médicamenteuse demeure stable chez Motta Mussi et al. (2013). Monteiro et al. (2015), quant à eux, obtiennent des résultats positifs et ne constatent aucune diminution de l'adhérence médicamenteuse et non médicamenteuse. Il est intéressant de relever que cette étude a été réalisée sur une période d'uniquement 45 jours, ce qui correspond encore au pic d'adhérence dans les deux autres études.

Selon nous, 45 jours ne permettent pas d'obtenir suffisamment de recul pour valider l'efficacité de leur intervention sur le long terme. En regardant les schémas des résultats de l'adhérence médicamenteuse (exemple en Figure 4), nous nous posons plusieurs questions. Si les données étaient mesurées à nouveau quelques temps plus tard, les résultats auraient-ils continué de descendre ou resteraient-ils stables? Cela suggérerait la poursuite des renforcements sur une plus longue durée ou la mise en place de rappels plus espacés dans le temps. Ce qui dans les deux cas, met en valeur la notion de processus continu de l'ETP. Nous pouvons également nous interroger sur les raisons qui influencent négativement les résultats, malgré le renforcement. Tout comme Rothermundt et al. (2011), nous émettons l'hypothèse que les patients auraient tendance à diminuer leur adhérence une fois leur état de santé amélioré.

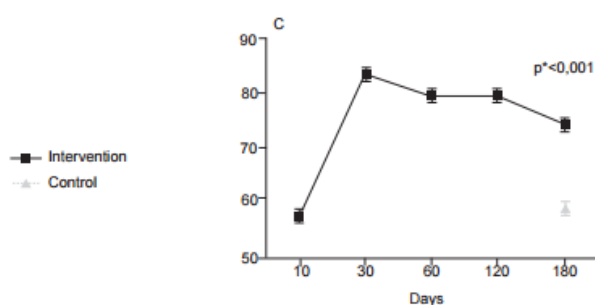


Figure 4 : Évolution des résultats de l'adhérence médicamenteuse.
(Motta Mussi, 2013, p.25)

4.1.4. Feedbacks au patient

Les feedbacks au patient n'ont pas démontré leur efficacité dans l'étude de Wu et al. (2012) pour l'augmentation de l'adhérence médicamenteuse. Dunbar et al. (2013) suggèrent, pour leur part, que combiner les feedbacks avec d'autres stratégies comme les séances de groupe et l'implication des proches dans l'éducation, seraient un moyen efficace pour accroître l'adhérence au régime hyposodé, mais n'aurait aucun impact sur l'adhérence médicamenteuse. Bien que ces résultats semblent

décevants, selon Wu et al. (2013), d'autres études utilisant cette stratégie, auraient permis l'augmentation de l'adhérence grâce à davantage de séances de feedback. Nous pensons que cette stratégie a du potentiel car elle renforce l'empowerment individuel en agissant sur l'estime de soi et la conscience critique. En effet, débriefer les résultats de l'adhérence thérapeutique avec le patient permet de valider et valoriser ses comportements. Ainsi, le patient augmente l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Son *self-efficacy*, facteur influençant l'adhérence thérapeutique, s'en voit renforcé. Lorsque des lacunes se reflètent dans les résultats de l'adhérence thérapeutique, les feedbacks offrent au patient l'occasion de conscientiser son comportement développant ainsi sa conscience critique. Cette stratégie est centrée sur la personne car l'infirmière travaille avec les croyances et les valeurs du patient lorsqu'elle cherche à identifier les obstacles de son adhérence. Néanmoins, le risque de cette stratégie est que l'infirmière tombe dans un rôle d'expert et ne respecte pas les principes du partenariat de soins.

4.1.5. Sollicitation de la participation active

Solliciter la participation active des patients atteints d'ICC au moyen de workshops, de séances d'éducation en groupe a permis, dans l'étude d'Arredondo-Holguín (2012), l'augmentation de certaines des compétences visées par l'ETP selon D'Ivernois et Gagnayre (2001, cités dans D'Ivernois et Gagnayre, 2011), à savoir : être capable d'identifier les signes d'alerte ; savoir employer le système de santé. Dans cette même étude, cette stratégie a permis d'augmenter l'adhérence à la plupart des auto-soins, (pas toujours de manière significative). Par contre, l'adhérence au régime hyposodé a diminué.

Suite à ces résultats, nous nous questionnons sur les causes de la diminution de l'adhérence à ce régime, qui est l'un des auto-soins les plus importants dans l'ICC.

Est-ce que les interventions ne mettaient pas suffisamment l'accent sur l'importance de cet auto-soins ? Notons également que cette étude n'a pas eu de groupe contrôle, ne permettant donc pas d'affirmer que ce programme amènerait des bénéfices par rapport aux soins usuels. Dans l'étude de Dunbar et al. (2013), cette stratégie semble avoir un impact positif sur l'adhérence au régime hyposodé ainsi que sur la manière dont les proches communiquent avec le patient, lorsqu'elle est en association avec d'autres stratégies (l'implication des proches et les feedbacks aux patients).

Dans ces études, la participation active des patients a toujours été sollicitée en groupe. Cela permet d'augmenter l'empowerment communautaire en agissant sur le capital communautaire, la participation et les compétences. L'effet de groupe engendre un sentiment d'appartenance, les membres se soutiennent mutuellement dans leur changement de comportements. La participation favorise l'intégration des compétences, car elle permet la mise en pratique du contenu d'éducation et le partage des expériences et connaissances de chacun. De plus, augmenter l'empowerment communautaire renforce l'empowerment individuel, qui lui-même favorise l'adhérence thérapeutique. Nous nous demandons tout de même si tous les patients se sentent à l'aise à travailler en groupe. Cette stratégie ne convient peut-être pas à tout le monde, et de ce fait pourrait être proposée en option et encouragée par les soignants.

4.1.6. Débuter l'éducation dans le contexte hospitalier

Débuter l'ETP lors d'hospitalisation pour décompensation cardiaque a prouvé son efficacité dans l'augmentation des connaissances sur l'IC et les auto-soins dans l'étude de Domingues et al. (2011). Ces résultats suggèrent, tout comme d'autres études antérieures (Stromberg, 2002, cité dans Domingues & al., 2011), qu'il s'agit du moment idéal pour initier l'ETP chez les patients souffrant d'ICC. Les soins

prodigués durant cette phase aiguë donnent un prétexte pour entrer en relation avec la personne et ainsi promouvoir des soins holistiques (McCormack et McCance, 2006). Selon Motta Mussi et al. (2013), les patients seraient plus sensibles aux recommandations durant cette période de fragilité. En effet, De Coulon (1999) propose de considérer la crise comme un moment d'opportunité au changement car le patient peut se remettre en question et comprendre sa situation. Lorsque le patient se retrouve en phase aiguë de son ICC, il se trouve confronté aux complications et à leurs conséquences. La connaissance des risques de la maladie influence alors positivement l'adhérence thérapeutique du patient, car il développe sa conscience critique (empowerment). De plus, Despland et Besson (1991) expliquent, que régler l'urgence sans donner au patient le temps de se remettre en question augmente la probabilité d'une nouvelle complication.

4.1.7. Entretien motivationnel

L'utilisation d'une séance d'EM à domicile, accompagné de trois à quatre appels téléphoniques a permis une augmentation des auto-soins chez les patients souffrant d'ICC. Tout comme pour l'approche centrée sur la personne de McCormack et McCance, l'EM débute avec l'identification des croyances de l'individu. L'empathie, le non-jugement et l'attitude sympathique y sont également des valeurs fondamentales. Dans cette stratégie, le soignant est présent uniquement pour diriger l'entretien. Il place le patient dans le rôle d'expert favorisant ainsi le partenariat de soins et services. Les solutions viennent essentiellement du patient, ce qui favorise sa conscience critique et son estime de soi, deux composantes importantes de l'empowerment individuel. Le soignant amène le patient à prendre confiance en lui et en ses capacités, en lui rappelant ses victoires précédentes (expérience active de la maîtrise de Bandura) et en l'encourageant (persuasion verbale de Bandura).

L'EM paraît un bon complément à l'ETP, car il permet de stimuler l'adhérence thérapeutique du patient. En effet, les sessions d'ETP amènent les connaissances au patient et l'EM le motive à les mettre en action.

4.1.8. Suivi des symptômes à l'aide d'un journal

Douze des 15 participants de l'étude menée par Bläuer et al. (2015) ont accepté l'utilisation d'un journal dans lequel ils notent l'évolution de leurs symptômes. Tous l'ont jugé bénéfique. Cet outil favorise l'empowerment en rendant le patient acteur de sa santé. Le journal implique la participation active du patient. Il stimule également sa conscience critique, en le rendant capable d'identifier les signes d'alerte et d'anticiper les complications, ce qui fait partie des compétences visées de l'ETP selon D'Ivernois et Gagnayre (2001, D'Ivernois et Gagnayre, 2011). Grâce au journal, le patient fait le lien entre ses symptômes et le suivi de ses traitements médicamenteux et non-médicamenteux. Il peut ainsi se rendre compte des bénéfices du changement (bénéfices perçus du changement) qui sont un des facteurs influençant l'adhérence thérapeutique. Nous pensons qu'amener le patient à constater ces bénéfices l'aidera dans son ambivalence. Celle-ci survient dans la phase de contemplation de la roue du changement de Prochaska, Norcross et DiClemente (1994). Il s'agit d'un modèle transthéorique sous forme de schéma cyclique représentant les étapes du changement qui a été élaboré dans le contexte des addictions, pouvant selon nous se transférer à d'autres pathologies.

La composition et l'utilisation du journal n'étant pas concrètement explicitées dans cette étude, il est impossible de l'employer dans d'autres institutions.

Néanmoins, ce journal pourrait être utilisé comme outil d'apprentissage. Il permettrait au patient de faire le lien entre ses symptômes et la physiopathologie de sa maladie, autre compétence visée par l'ETP selon D'Ivernois et Gagnayre (2001,

D'Ivernois et Gagnayre, 2011). Il nous paraîtrait intéressant d'associer ce journal à la stratégie des feedbacks au patient sur sa prise de médicaments. Il pourrait ainsi faire des liens concrets entre sa médication et ses symptômes.

4.2. Perspectives futures pour la recherche

Nous sommes conscientes que cette liste de stratégies n'est pas exhaustive. D'autres stratégies, comme le travail en équipe interdisciplinaire ou l'éducation donnée par des infirmières formées à cet effet, pourraient être étudiées dans de prochains travaux. Au cours du 6^{ème} Congrès Européen de la Société Européenne d'Education Thérapeutique du Patient, Verheye (2016) a présenté la stratégie des « patients éducateurs ». Il s'agit de personnes atteintes de maladies chroniques devenues « expertes » de leur maladie, qui collaborent avec les professionnels de la santé dans l'ETP. Cette stratégie nous semble intéressante à étudier lors de futurs travaux en lien avec l'ICC, car elle mobilise l'expérience vicariante (facteur qui influence le *self-efficacy*): les patients recevant l'ETP s'identifient aux « patients éducateurs », les prendre comme modèle de réussite est une source de motivation.

Conclusion

La question de recherche de cette revue de littérature étoffée était: “Quelles stratégies d’éducation thérapeutique sont efficaces pour accroître l’adhérence des patients atteints d’insuffisance cardiaque chronique?”. Les recherches entreprises ont permis d’identifier huit stratégies d’éducation thérapeutique: les stratégies reposant sur des théories, l’implication des proches dans l’éducation, le renforcement de l’éducation par sessions multiples et appels téléphoniques, les feedbacks au patient, la sollicitation d’une participation active, débiter l’éducation dans le contexte hospitalier, les entretiens motivationnels et le suivi des symptômes à l’aide d’un journal.

La plupart des articles analysés évaluent des programmes d’ETP, c’est-à-dire plusieurs stratégies utilisées simultanément. L’association de diverses stratégies est donc efficace pour améliorer l’adhérence thérapeutique. La charte d’Ottawa appuie cette conclusion en proposant cinq axes sur lesquels orienter l’ETP. La mise en place de plusieurs stratégies d’ETP, agissant sur chacun des axes, favorise une prise en soins globale. Néanmoins, quelques études évaluant une seule stratégie se sont également avérées efficaces.

Nous trouvons nécessaire que la Suisse développe, au niveau fédéral, un programme d’ETP constitué de plusieurs stratégies. Avant son implantation dans la pratique, le programme devra être évalué afin de prouver son efficacité au sein de la population suisse. En attendant, plusieurs des stratégies énumérées ci-dessus peuvent, d’ores et déjà, être intégrées dans la pratique infirmière. Dans la prise en soins actuelle, les soignants doivent s’intéresser davantage aux croyances et valeurs du patient et doivent mieux l’intégrer dans la prise de décisions, comme l’appuient McCormack et McCance dans leur approche. Il est également approprié d’impliquer davantage les proches dans l’éducation pour un meilleur soutien de leur part. Le rôle autonome de l’infirmière lui donne l’occasion de pratiquer le renforcement de l’ETP

dans son offre en soins, même sans mise en place d'un programme formel d'ETP au sein de l'institution. La mise en pratique d'entretiens motivationnels et l'utilisation d'un journal de suivi des symptômes sont également possibles.

D'autres stratégies d'ETP pour favoriser l'adhérence thérapeutique des patients souffrant d'ICC, pourraient probablement venir compléter ce travail et seraient donc pertinentes à être étudiées dans de futurs travaux.

Références

- Arredondo-Holguín, E., de los Ángeles Rodríguez Gázquez, M., Higuera Urrego, L.M. (2012). Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. *Invest Educa Enferm*, (30)2, 188-197.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité: le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris, France : DeBoeck.
- Bassand, J.-P., & Seronde, M.-F. (2001). *Traitement de l'insuffisance cardiaque*. Repéré à <http://www.besancon-cardio.org/cours/25-trait-insu-cardiak.php>
- Baudet Drouillard, C., Philip, V., & Labrousse, L. (2007). Place et résultats de l'efficacité clinique du contenseur cardiaque CorCap(R) dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique. *Journal de Pharmacie Clinique*, 26(2), 123-130.
- Béran, D. (2016, mai). *De la survie à l'acceptation de son diabète : le rôle de l'éducation*. Communication présentée au 6^{ème} Congrès Européen de la Société Européenne d'Education Thérapeutique du Patient, Genève, Suisse.
- Bläuer, C., Frei, I. A., Schnepf, W., & Spirit, R. (2015). Implementation of a nurse-led education programme for chronic heart failure patients during hospitalisation, and strategies supporting their self-management at home: a practice development project in the context of the Swiss healthcare system. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-15.
- Brunie, V., Lott, M.-C., Guider, J., Slama, M., Rieutord, A., & Vignand-Courtin, C. (2012). Éducation thérapeutique du patient dans l'insuffisance cardiaque: évaluation d'un programme. *Annales de Cardiologie et d'Angiologie*, 61, 74-80.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2014) *Guide d'implantation sur le partenariat de soins et de services*. Repéré à <http://docplayer.fr/30574-Guide-d-implantation-du-partenariat-de-soins-et-de-services-vers-une-pratique-collaborative-optimale-entre-intervenants-et-avec-le-patient.html>
- D'Ivernois, J.-F. (2016, mai). *Les conditions de la recherche en ETP*. Communication présentée au 6^{ème} Congrès Européen de la Société Européenne d'Education Thérapeutique du Patient, Genève, Suisse.
- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique*. Paris, France : Maloine.
- Dassier. (2015). *Insuffisance cardiaque droite*. Repéré à <http://www.ifits.fr/IMG/pdf/IVDPrelAD061015-3.pdf>
- De Coulon, N. (1999). *La crise. Stratégie d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Paris, France : Gaëtan Morin Éditeur.
- Despland, J. N., & Besson, J. (1991). De l'urgence à la crise. *Rev Med Suisse Romande*, 11, 67-73.

- Domingues, F. B., Clausell, N., Aliti, G. B., Dominguez, D. R., & Rabelo, E. R. (2011). Education and Telephone Monitoring by Nurses of Patients with Heart Failure: Randomized Clinical Trial. *Arq Bras Cardiol*, 96(3), 233-239.
- Doumont, D., & Aujoulat, I. (2002). *L'empowerment et l'éducation du patient*. Repéré à <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos18.pdf>
- Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Smith, A., McCarty, F., ... Ryan, R. (2013). A trial of family partnership and education interventions in heart failure. *Journal of cardiac failure*, 19(12), 829-841.
- Ecole Nationale de la Santé Publique. (2004). *Prise en charge de la maladie chronique: quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs?* Repéré à http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/ENSP/Mip/2004/G_13.pdf
- Eymard, C. (2008). *Modèles et démarches d'éducation thérapeutique: place des TIC dans les dispositifs*. Repéré à http://www.infiressources.ca/fer/depotdocument/s/Modeles_et_demarches_d%E2%80%99education_therapeutique-place_des_TIC.pdf
- Fondation Suisse de Cardiologie. (2011). *Insuffisance cardiaque*. Repéré à <http://www.swissheart.ch/index.php?id=1125&L=1>
- Fortin, M.- F. (2010) *Fondements et étapes du processus de recherche, méthodes qualitatives et quantitatives (2ème édition)*. Montréal, Canada : Chenelière éducation.
- Foucaud, J., Bury, J. A., Balcou-Debussche, M., & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient - Modèles, pratiques et évaluation*. [Brochure]. Repéré à <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>
- Franz, E., Beutler, M., & Hersberger, K. (2007). Les insuffisants cardiaques ont un risque élevé d'interactions médicamenteuses. *PharmaJournal*, 04(2), 9-10.
- Giger, J.-C. (2008). Examen critique du caractère prédictif, causal et falsifiable de deux théories de la relation attitude-comportement: la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. *L'année psychologique*, 108(1), 107-131.
- Giller, N. (2010). *L'insuffisance cardiaque : Physiopathologie. Soins Infirmiers*. [Polycopié]. Repéré à https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/15/Documents%20de%20cours/APP%202_Danger%20de%20mort%20imminent/C%20%20Documentation/C%20%20Insuffisance%20cardiaque/Insuff%20Card%20et%20Soins%20Inf.pdf
- Gottlieb, L.N. & Feeley, N. (2007). *La collaboration infirmière-patient : Un partenariat complexe*. Montréal, Canada : Bauchemin.
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Critères de qualité d'un programme d'éducation thérapeutique de patient*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/criteres_de_qualite_dune_education_therapeutique_du_patient_web.pdf

- Haute Autorité de Santé. (2014). *Guide du parcours de soins : Insuffisance cardiaque*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_ic_web.pdf
- Haute Autorité de Santé. (n.d.). *Signes de gravité de l'OAP*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/icamq_m2.pdf
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012: Filière de formation en Soins infirmiers*. Repéré à http://www.heds-fr.ch/FR/bachelor/BachelorSI/formation-bachelor/Documents/PEC_Soins_infirmiers.pdf
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2014). *Réadaptation cardiovasculaire: deux programmes adaptés à vos besoins*. Repéré à <http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/readaptationcardiaque.pdf>
- Jeanneret, L. A., Lüthi, F., Schneider, M. P., Troxler, S., & Bugnon, O. (2011). Adhésion thérapeutique aux traitements oncologiques oraux et prise en charge interdisciplinaire. *Revue médicale suisse*, (296), 1154-1160.
- Jourdain, P., Juillière, Y., Boireau, A., Peres, R., & Bajolle, F. (2013). Éducation thérapeutique en cardiologie. Dans D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre, & A. Grimaldi. *Éducation thérapeutique : Prévention et maladies* (3^{ème} édition, pp. 205-217). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Kerbaul, F., Nee, L., Lieven, R., & Gaillat, F. (2012). *Insuffisance ventriculaire droite*. Repéré à http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Insuffisance_ventriculaire_droite.pdf
- Keta, A. (2013). *Insuffisance cardiaque chronique*. Repéré à http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/insuffisance_cardiaque_chronique_arce.pdf
- Labousset-Piquet, H., & Siebert, C. (2012). *Processus dégénératifs*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Labrunée, M., Pathak, A., Loscos, M., Coudeyre, E., Casillas, J.-M., & Gremeaux, V. (2012). Education thérapeutique dans les pathologies cardiovasculaires: mise au point et perspectives. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, (55), 322-341.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Mapi Research Institute. (2007). *MMAS-4 - France/French - Final version*. Repéré à <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6874-10-26-S1.PDF>
- Massol, J., & Druot, J. (2007). *Pathologie médicale et pratique infirmière*. Rueil-Malmaison, France : Éditions Lamarre.

- Masterson Creber, R. M., Patey, M., & Riegel, B. (2014). Abstract 19245: Motivational Interviewing Tailored Intervention to Promote Heart Failure Self-care (MITI-HF): Primary Study Results. *Circulation*, 130, Issue Suppl 2.
- Masterson Creber, R., Patey, M., Vaughan Dickson, V., DeCesaris, M., & Riegel, B. (2015). Motivational Interviewing Tailored Interventions for Heart Failure (MITI-HF): Study design and methods. *Contemp Clin Trials*, 41, 62-68.
- Mauduit, L. (2014). *Aide-mémoire : L'éducation thérapeutique du patient en 7 notions*. Paris, France : Dunod.
- McCance, T., Gribben, B., McCormack, B., & Laird, E. A. (2013). Promoting person-centred practice within acute care: the impact of culture and context on a facilitated practice development programme. *International Practice Development Journal*, 3(1), 1-17.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing : Theory and Practice*. Londres, Angleterre: WileyBlackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 472-479.
- Monod-Zorzi, S., Seematter-Bagnoud, L., Büla, C., Pellegrini, S., & Jaccard Ruedin, H. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*. Repéré à <http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/ad25.pdf>
- Monteiro Mantovani, V., Brasil Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Mussi, C., & Rabelo-Silva, E.-R. (2015). Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Paul Enferm.* (28)1, 41-47.
- Motta Mussi, C., Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Nogueira Mello Lopes, A., Trojahn, M. M., Camargo Paraboni, C., & Rejane Rabelo, E. (2013). Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21, 20-28.
- Nellessen, E., & Piérard, L. (2012). Perspectives thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque. *Revue Médicale Suisse*, (351), 1591-1597.
- Ninacs, W. A. (2006). *Empowerment: cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire*. Repéré à <http://envision.ca/pdf/w2w/Papers/NinacsPaper.pdf>
- Office Fédéral de la Santé Publique. (n.d.). *Valvules cardiaques et vaisseaux sanguins*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/transplantation/00697/01680/01685/index.html?lang=fr>
- Orem, D. E. (1987). *Soins infirmiers: les concepts et la pratique (3ème édition)*. Montréal, Canada : Décarie Éditeur.
- Organisation Mondiale de la Santé (2016), *Notre définition d'un partenariat*. Repéré à <http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/definition/fr/>

- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Promotion de la santé: Charte d'OTTAWA*. Repéré à http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Éducation thérapeutique du patient: programme de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la de la prévention des maladies chroniques*. Repéré à http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (1998). *Health promotion glossary*. Repéré à <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Paul-Savoie, E. (2015). *Identification des caractéristiques des soignants liées à l'utilisation d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique*. Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé. Université de Sherbrooke. Repéré à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6974>
- Perone, N., Schusselé Filliettaz, S., Haller, D.-M., Schaller, P., Raetzo, M.-A., Garin, N., ... Gaspoz, J.-M. (2012). Itinéraire clinique pour l'insuffisance cardiaque: un programme conçu par des médecins de premier recours genevois. *Revue Médicale Suisse*, (8), 10-56.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., ... Jouet, E. (2015). Le « Montreal Model »: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*, 27(1), 41-50.
- Prochaska, J. O., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New-York, États-Unis d'Amérique : Harper Collins.
- Reach, G. (2013). L'observance thérapeutique ou la mise à l'épreuve de la volonté. Dans D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre, & A Grimaldi. *Éducation thérapeutique : Prévention et maladies chroniques* (3^{ème} édition, pp. 115-121). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Reach, G. (2014). Can we improve treatment adherence in patients with chronic disease? *Bioethica Forum*, 7(3), 90-97.
- Réseau des Insuffisants Cardiaques 38. (2013). *Surveillance clinique des patients insuffisants cardiaques*. Repéré à <https://www.resic38.org/doc/File/16-%20Surveillance%20clinique%20des%20patients%20insuffisants%20cardiaques.pdf>
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33(3), 475-476.
- Rothermundt, C., Bachmann, I., Margulies, A., & Rieder, E. (2011). Adhésion thérapeutique et sécurité du traitement anticancéreux oral. *Forum Med Suisse*, 11(15), 276-278.

- Sager Tinguely, C. & Weber, C. (2011), *Précis de Chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malmaison, France : Lamarre.
- Sandrin-Berthon, B. (2009). Éducation thérapeutique : Concepts et enjeux. *ADSP*, 66, 9-59.
- Schneider, M. P., Herzig, L., Hugentobler, D., & Bugnon, O. (2013). Adhésion thérapeutique du patient chronique: des concepts à la prise en charge ambulatoire, *Revue Médicale Suisse*, 9, 1032-1036.
- Smeltzer, S.-C., & Bare, B.-G. (2011) *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie : Volume 2. Fonctions respiratoire, cardiovasculaire et hématologique* (éd. Belge). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Tessier, S. (2012). *Les éducations en santé : Education pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours*. Paris, France : Edition Maloine.
- The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7).
- Traynard, F. & Gagnayre (2013). Education thérapeutique du patient atteint de maladie chronique. Dans D. Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre, & A Grimaldi. *Éducation thérapeutique - Prévention et maladies* (3^{ème} édition, pp. 3-8). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Vejux, J., Galery, K., Benjamin, S., Ghali, A., De Decker, L., & Berrut, G. (2014). Outils d'évaluation de l'observance de la personne âgée: vers la construction d'une nouvelle échelle. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 12(2), 139-154.
- Verheye, J.-C. (2016, mai). *Patient éducateur en ETP : entre phénoménologie et formation des adultes*. Communication présentée au 6^{ème} Congrès Européen de la Société Européenne d'Education Thérapeutique du Patient, Genève, Suisse.
- Welsh, D., Lennie, T. A., Marcinek, R., Biddle, M. J., Abshire, D., Bentley, B., & Moser, D. K. (2013). Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. *Eur J Cardiovasc Nurs.*, 12(1), 87-95.
- Wu, J.-R., Corley, D.J., Lennie, T.A. & Moser, D.K. (2012). Effect of a Medication-Taking Behavior Feedback, Theory-Based Intervention on Outcomes in Patients with Heart Failure, *J Card Fail*, 18 (1), 1-9.
- Yehle, K. S., & Plake, K. S. (2010). Self-efficacy and educational interventions in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(3), 175-188.

Annexe A

Insuffisance cardiaque

Définition et Physiopathologie

L'insuffisance cardiaque (IC) est définie comme étant une incapacité du myocarde à assurer un débit de perfusion suffisant pour garantir l'apport nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme en oxygène et nutriments. Elle se manifeste par des signes et symptômes d'hypoperfusion tissulaire et de surcharge liquidienne. (Réseau canadien des cliniques, 2004 cité dans Smeltzer & Bare, 2011)

Il existe 3 types d'insuffisance cardiaque :

- IC gauche,
- IC droite,
- IC globale. (Giller, 2010)

L'insuffisance cardiaque peut être déclenchée par deux mécanismes différents :

- 1) Suite à une altération des cellules du muscle cardiaque (cardiomyocytes), la contractilité du myocarde diminue, provoquant ainsi une baisse du volume d'éjection ventriculaire. Ceci entraîne une chute de l'irrigation tissulaire (Labousset-Piquet & Sibert, 2012).
- 2) Les valves cardiaques ont pour fonction d'assurer un flux sanguin unidirectionnel (Da Costa & al., 2006 cités dans Office fédérale de la santé publique, n.d.). Il existe deux types de valvulopathie : une insuffisance valvulaire perturbant la circulation par un reflux sanguin (stase liquidienne), ainsi qu'une sténose valvulaire diminuant le débit sanguin. (Labousset-Piquet & Sibert, 2012).

Afin de pallier à ses deux mécanismes, l'organisme va compenser par différents processus, notamment l'activation du système rénine-angiotensine-aldostérone. À long terme, les mécanismes compensatoires ne sont plus efficaces et occasionnent

des signes et symptômes (Labousset-Piquet & Sibert, 2012). Le ventricule concerné doit alors fournir un effort plus conséquent, conduisant à sa dilatation progressive (Keta, 2013).

Insuffisance cardiaque gauche

Les causes de l'insuffisance cardiaque gauche sont multiples. Elles peuvent être causées par : (1) un affaiblissement de la contractilité du myocarde en raison d'un infarctus, d'un anévrisme ou d'arythmies ; (2) une augmentation de la post-charge liée à un rétrécissement aortique, à une sténose valvulaire ou à une hypertension artérielle à long terme ; (3) une augmentation du volume sanguin dans le ventricule gauche induit par une insuffisance de la valve aortique (Massol & Druot, 2007).

L'IC gauche se manifeste, en amont, par les signes et symptômes d'une stase liquidienne pulmonaire (Giller, 2010). En d'autres termes, par une dyspnée qui peut être évaluée grâce à la classification de NYHA (voir Figure 5), des râles crépitants à l'auscultation (livre processus dégénératifs), une toux, une tachycardie et des palpitations au niveau cardiaque (Giller, 2010).

Classification de la NYHA	
Classe I	Patient porteur d'une cardiopathie mais sans aucune réduction de l'activité physique.
Classe II	Légère limitation de l'activité physique. Aucune gêne au repos mais l'activité quotidienne ordinaire entraîne une fatigue, une dyspnée ou des palpitations.
Classe III	Limitation marquée des activités physiques. Il n'y a pas de gêne au repos mais une activité moins importante qu'à l'accoutumée provoque des symptômes.
Classe IV	Impossibilité de poursuivre une activité sans gêne : les symptômes de l'insuffisance cardiaque sont présents, même au repos, et la gêne est accrue par toute activité physique.

Figure 5 : Classification de la New York Heart Association.
(Baudet Drouillard, Philip & Labrousse, 2007, p. 124)

En aval, L'IC gauche provoque un faible débit d'éjection réduisant ainsi l'apport d'oxygène et de nutriments à l'organisme. Cette hypoperfusion tissulaire se manifeste par : des troubles de la vigilance, une hypotension, de la fatigue, des extrémités cyanosées et froides et une oligurie. (Giller, 2010)

Insuffisance cardiaque droite

L'insuffisance cardiaque droite peut être induite par : (1) une augmentation de la post-charge ventriculaire droite (cœur pulmonaire) (Kerbaul & al., 2012) liée à une hypertension pulmonaire, une embolie pulmonaire, un emphysème (Massol & Druot, 2007) ou un syndrome de détresse respiratoire aigu; (2) une augmentation de la pré-charge engendrée par une endocardite aiguë (Kerbaul & al., 2012) ou une communication interauriculaire et interventriculaire (shunt) (Massol & Druot, 2007) ; (3) une diminution de la contractilité du myocarde en raison d'un infarctus du muscle cardiaque, d'une embolie gazeuse ou d'une tamponnade (Kerbaul & al., 2012).

L'insuffisance cardiaque droite se caractérise par une incapacité du « ventricule droit à adapter son débit en fonction du retour veineux périphérique» (Dassier, 2015, p.1). Elle se caractérise par une stase au niveau des veines, puis se propage à certains organes. L'IC droite se manifeste, en amont, par une turgescence des veines jugulaires, une hépatomégalie, une splénomégalie, de l'ascite ainsi que des oedèmes situés principalement au niveau des membres inférieurs.

En aval, l'IC droite induit une diminution du volume d'éjection du ventricule vers l'artère pulmonaire, ce qui engendre des signes et symptômes pulmonaires tels qu'une dyspnée et une cyanose (Giller, 2010).

Traitement

Le traitement consiste d'une part à adapter l'hygiène de vie du patient à sa pathologie chronique. Le tabac, l'alcool, le surpoids, la sédentarité et l'alimentation sont des facteurs modifiables, sur lesquels le patient peut agir (Bassand & Seronde, 2001). D'autre part, la prise d'un traitement médicamenteux qui a 3 actions principales, à savoir « contrebalancer la rétention d'eau et de sel, l'hyperstimulation du système adrénergique et du système rénine-angiotensine-aldostérone » (Labousset-Piquet & Sibert, 2012, p.175). Ce sont des diurétiques, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion et des bêtabloquants (Labousset-Piquet & Sibert, 2012).

Complications

Les complications de l'IC peuvent apparaître progressivement ou de manière brutale :

- OAP (œdème aigu pulmonaire) se manifestant par de la dyspnée, du tirage, des sueurs, une cyanose et de la tachycardie (Haute Autorité de Santé, n.d)
- Choc cardiogénique provoquant des signes d'hypovolémie, tels une cyanose des extrémités, marbrure, confusion, hypotension, etc. (Haute Autorité de Santé, 2014).

Surveillances cliniques

Les surveillances cliniques pouvant être effectuées par l'infirmière et/ou le patient sont importantes et primordiales dans la détection précoce d'éventuelles complications de l'IC. Le poids doit être mesuré et répertorié quotidiennement, si possible toujours dans les mêmes conditions. Une perte de poids rapide peut être le signe d'une «déshydratation favorisée par la prise de diurétiques et la restriction hydrosodée» (Réseau des Insuffisants Cardiaques 38, 2013, p.19), provoquée en cas de fièvre, d'une température extérieure élevée, de perte liquidienne (diarrhée, vomissement) ou d'une diminution d'autonomie lors de l'hydratation. À l'inverse, une prise de poids se manifeste par des œdèmes en déclive, non douloureux, prenant le signe du godet, ainsi qu'une réduction de la diurèse et est provoquée par une rétention hydrosodée. Elle peut également se manifester par la présence d'ascite abdominale. Un des principaux effets secondaires du traitement médicamenteux est une diminution de la pression artérielle. C'est pourquoi il est important de surveiller les symptômes d'une hypotension orthostatique tels que des vertiges, des troubles

visuels ou un malaise au lever. La diminution de la fréquence cardiaque peut également être un effet indésirable du traitement. À l'inverse, si le patient manifeste une tachycardie brutale ou des troubles du rythme cardiaque, ceci traduit un traitement insuffisant ou inefficace. Une toux peut être causée par la prise régulière d'IEC (sèche) ou par un œdème pulmonaire (grasse). La classification New York Heart Association aide à évaluer le degré de dyspnée car c'est également un indicateur de la péjoration de l'IC (Réseau des Insuffisants Cardiaques 38, 2013).

Annexe B

Communication avec une experte de la pratique

Courrier électronique envoyé le 8 juin 2016 :

Bonjour,

Je vous écris ce mail suite à notre contact téléphonique. Pour notre dernière année d'étude en soins infirmiers au sein de la Haute école de santé de Fribourg, ma collègue et moi faisons notre travail de Bachelor sur l'éducation thérapeutique du patient chez les personnes souffrant d'insuffisances cardiaques. Nous cherchons en ce moment quels programmes d'éducation existent en Suisse. Nous aimerions avoir encore quelques précisions à propos du Programme ELIPS IC:

- Pouvez-vous nous rappeler le processus exact de l'intervention d'éducation?
- Savez-vous pourquoi le financement d'Elipse IC a été stoppé?
- Est-ce que le programme a été évalué? Des données récoltées? Une étude commencée?
- Si non, avez-vous remarqué un bénéfice auprès de vos patients?
- Connaissez-vous d'autres programmes mis en place en Suisse actuellement pour l'éducation des patients souffrant d'insuffisance cardiaque?

En vous remerciant d'avance pour votre disponibilité, nous vous souhaitons une agréable et belle semaine.

Manon Yerly et Marta Santos Gonçalves
HEdS-FR, Bachelor 2013

Courrier électronique reçu le 14 juin 2016 :

Bonjour,

Il existe aux HUG un programme de réadaptation pour les patients insuffisants cardiaques (qui est en train d'être retravaillé) sur 12 semaines. Il consiste en des séances d'activité physique avec un maître de sport/physiothérapeutes et des tables rondes (sur la compréhension de la maladie, observance des traitements, la surveillance des signes d'aggravation, les règles hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, sel...), l'importance de l'activité physique, le vécu de la maladie, atelier "apprendre à se contrôler" (poids, pression artérielle)). Le programme est assuré par une équipe multidisciplinaire (médecins, maître de sport, physiothérapeutes, psychiatre, infirmière spécialisée en tabacologie, diététicienne...).

Pour ma part, et sur mandat conjoint du service de cardiologie et de médecine interne des HUG, j'ai assuré à 50% pendant 2 ans l'éducation des patients insuffisants cardiaques hospitalisés pour décompensation cardiaque dans le service de médecine interne. J'ai vu 300 patients en entretien et effectué également des rappels téléphoniques.

Le contenu de l'entretien portait sur la compréhension de la maladie, la compréhension et la gestion du traitement, la surveillance des signes d'aggravation et les auto-contrôles et l'hygiène de vie. Dans la mesure du possible (planning personnel, sortie de l'hôpital...), j'allais voir le patient à deux reprises pendant l'hospitalisation de manière à répondre à ses questions et d'insister sur le message à transmettre.

La principale difficulté résidait dans le fait que la moyenne d'âge de ces patients est de 76 ans, avec pour bon nombre d'entre eux un début de troubles cognitifs. L'hospitalisation est souvent une période de stress intense où le patient est sorti de son environnement et où il perd ses repères, il voit de nombreux professionnels de la santé... Lorsque j'avais un doute sur des troubles cognitifs, j'effectuais un MMSE. L'entretien durait environ 30 minutes.

Le rappel téléphonique me permettait d'assurer un suivi dans la prise en charge, d'évaluer où le patient en était (une fois sorti de la période critique, de retour à domicile), d'évaluer ce qui a été mis en place par le patient, de renforcer l'éducation faite à l'hôpital / encourager / donner des conseils simples / guider / rediriger vers le médecin traitant par ex.

D'une manière générale, les patients ont été satisfaits du temps accordé en intra-hospitalier mais aussi lors des rappels téléphoniques et il semblerait que les patients effectuent d'avantage d'autocontrôle après l'intervention qu'avant, bien que ce soit difficilement évaluable et dépendant de ce que le patient dit.

Le mandat n'a pas été reconduit pour des questions budgétaires.

Il n'y a pas eu d'étude à proprement parler sur mon intervention mais je tenais une base de données et ai évalué mon activité. Comme il s'agit de données qualitatives, difficile d'obtenir des chiffres très fiables...

Je reste volontiers à votre disposition en cas de besoin.

Aurélien Schneider - Paccot

Infirmière de recherche

Service de cardiologie, HUG

Annexe C

Éducation thérapeutique du patient

Définition

Selon l'OMS (1998), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (OMS, 1998, p.14). En effet, l'ETP permet au patient, mais également à ses proches, d'acquérir des connaissances sur la pathologie et le traitement dans le but de conserver, malgré la maladie chronique, une qualité de vie acceptable. L'ETP est un processus continu, composé de divers domaines, tels que « la sensibilisation, l'information, l'apprentissage de l'autogestion et le soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie » (OMS, 1998, p.13-14).

Compétences visées par l'ETP

Les huit compétences visées par l'ETP selon D'Ivernois et Gagnayre (2001, cités dans D'Ivernois et Gagnayre, 2011) :

1. Exprimer ses besoins à son entourage,
2. Comprendre et savoir expliquer sa maladie et son traitement,
3. Être capable d'identifier les signes d'alertes,
4. Faire face à une situation de crise,
5. Prévenir et résoudre des problèmes,
6. Exécuter des gestes techniques,
7. Adapter le traitement en fonction des modifications du contexte de vie,
8. Savoir employer le système de santé et connaître ses droits.

Outils d'éducation thérapeutique

Afin de garantir une bonne éducation, les professionnels disposent d'une multitude d'outils et méthodes pédagogiques favorisant une adaptation ciblée en fonction des capacités, de l'âge et de la pathologie de chaque patient. Des programmes sur cédérom, des sites internet, des études de cas, des ateliers de simulation, des tables rondes, des groupes de parole avec ses pairs (Ivernois & Gagnayre, 2011), des maquettes du corps humain, des ateliers de sport, de cuisine, de gestion du stress, de motivation et du rôle du proche, etc, sont autant de moyens à disposition des patients. Pour assurer un suivi optimal, il existe également un classeur éducatif rempli par les différents professionnels et conservé par le patient (Mauduit, 2014).

Les conditions favorables à l'apprentissage

La motivation est l'élément moteur de l'apprentissage. En effet, elle est indispensable pour assurer l'intérêt du patient à son éducation. Le soignant doit également tenir compte de la capacité d'attention du patient « après 45 minutes d'un exposé, les capacités de mémorisation ont baissées de moitié » (Ivernois & Gagnayre, 2011, p.57). Pour faciliter la mémorisation, l'information doit être acceptable pour le patient et ne pas heurter ses connaissances antérieures. L'éducateur doit également limiter à l'essentiel la quantité d'informations, ne pas hésiter à illustrer ses propos par des exemples et utiliser l'humour. Le rythme de l'enseignement, ainsi que la méthode doivent être adaptés au patient. Il convient de lui laisser le temps de mettre en pratique les techniques enseignées pour favoriser leurs acquisitions (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

Annexe D

Echelles de mesure de l'adhérence thérapeutique

Questionnaire de Morisky sur le respect du traitement (4 questions)

(Cochez une seule réponse par question)

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?	☐	☐
2. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?	☐	☐
3. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ?	☐	☐
4. Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement pour (nom de la maladie), arrêtez-vous parfois de le prendre ?	☐	☐

CALCUL DU SCORE

Le MMAS est un questionnaire générique d'évaluation de l'observance thérapeutique rempli par les patients, dans lequel le nom du problème de santé concerné (hypertension artérielle, diabète, cholestérol, sida, contraception, etc.) remplace « nom de la maladie ». Ce questionnaire comporte quatre questions, dont le barème est de 0 pour « Oui » et 1 pour « Non ». Les points pour chaque question sont additionnés pour obtenir un score compris entre 0 et 4.

Annexe A. Échelle d'autogestion sur 12 items

Ref : Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail* 2003;5(3):363–70.

		Je suis complètement d'accord	Je ne suis pas du tout d'accord			
1	Je me pèse tous les jours	1	2	3	4	5
2	Si je suis essoufflé, je ralentis mon rythme et me repose	1	2	3	4	5
3	Si ma dyspnée augmente je contacte mon médecin ou infirmier	1	2	3	4	5
4	Si mes pieds/jambes sont plus gonflés que d'habitude je contacte mon médecin ou infirmier	1	2	3	4	5
5	Si je prends 2 kilos en 1 semaine je contacte mon médecin ou infirmier	1	2	3	4	5
6	Je limite ma consommation de liquides (pas plus de 1,5–2 litres par jour)	1	2	3	4	5
7	Je m'accorde une pause dans la journée	1	2	3	4	5
8	Si je me sens anormalement fatigué je contacte mon médecin ou infirmier	1	2	3	4	5
9	Je suis un régime pauvre en sel	1	2	3	4	5
10	Je prends les médicaments comme indiqué par mon médecin	1	2	3	4	5
11	Je me fais vacciner contre la grippe tous les ans	1	2	3	4	5
12	Je fais régulièrement de l'exercice	1	2	3	4	5

Instructions pour les patients : cette échelle contient des affirmations sur l'autogestion de l'insuffisance cardiaque. Répondez à chaque affirmation en entourant le nombre qui s'applique le mieux à votre cas. Notez que chaque réponse varie sur une échelle allant de « je suis complètement d'accord » (1) à « je ne suis pas du tout d'accord » (5). Même si vous n'êtes pas convaincu de votre réponse, entourez le numéro qui vous semble le plus près de la vérité.

Instructions pour les chercheurs : Le score total est calculé en additionnant tous les items. Si plus de 3 items sont absents, un score total ne peut être obtenu. Si il y a moins de trois items manquants, le « 3 » est entouré pour le score manquant par item. Copyright Jaarsma, Strömberg, Mårtensson, Dracup, 1999.

(Jaarsma, Stromberg, Martensson & Dracup, 2003, cités dans Labrunée & al., 2012)

Rapport-Gratuit.com

Annexe E

Empowerment

L'empowerment individuel est lui-même composé de 4 éléments dont l'interaction résulte en la capacité de l'individu à agir selon ses propres choix. Il s'agit de la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. La participation (renvoie au concept de partenariat) comprend le droit d'exprimer son avis et de prendre part à la prise de décisions, ainsi que d'assumer les conséquences de celles-ci. La compétence correspond aux connaissances et aptitudes qui permettent de participer. Dans le cas de l'ICC, les compétences se rapportent à celles établies par d'Ivernois et Gagnayre précédemment cités. L'estime de soi comprend l'amour de soi (être satisfait de soi-même), la vision de soi (savoir s'évaluer) et la confiance en soi (croire en ses capacités, ce qui correspond à la *self-efficacy* de Bandura). Finalement, la conscience critique englobe le développement d'une prise de conscience dans différents domaines (collectif, social et politique), par exemple se rendre compte de ne pas être le seul à avoir des problèmes, ou encore que la résolution du problème nécessite un changement au niveau social ou politique (Ninacs, 2006).

Lorsqu'on veut agrandir l'empowerment chez une personne, il faut agir sur ses composantes. Elles sont inscrites dans un processus systématique, c'est-à-dire que lorsqu'une composante se modifie, il y aura un impact également sur les autres (Ninacs, 2006). Ainsi, en augmentant les compétences de l'individu par l'éducation thérapeutique, celui-ci augmenterait son estime de soi, sa conscience critique et donc sa participation à sa santé. Dans le cadre de l'ETP, l'action sera centrée sur les compétences de l'individu (but même de l'ETP comme dit précédemment) et sur sa participation pour augmenter son adhérence thérapeutique. Par exemple, en aidant le patient souffrant d'ICC à développer sa connaissance du traitement médicamenteux, il sera à même d'évaluer s'il est efficace ou a besoin d'être ajusté (correspond au développement de la conscience critique). Étant donné que le patient

sait comment gérer son traitement, son estime de soi s'en voit améliorée, ce qui favorise son adhésion (correspond au développement de la participation).

L'empowerment communautaire est constitué de 4 axes, à savoir la participation, les compétences, la communication et le capital communautaire. Ceux-ci interagissent, permettant à la communauté d'accroître leur pouvoir, ainsi que celui de chaque individu. Ainsi, L'empowerment communautaire favorise l'empowerment individuel. La communication désigne l'interaction entre les membres basée sur la confiance. Pour véhiculer efficacement les informations, l'accès à celles-ci doit être permis à tous. Le capital communautaire renvoie à la notion de sentiment d'appartenance ; les membres sont conscients qu'ils font partie d'une citoyenneté et assurent un soutien entre eux (Ninacs, 2006).

L'empowerment organisationnel correspond aux systèmes de ressources des communautés qui répondent aux besoins individuels de leurs membres. Il est lui aussi composé de 4 éléments qui interagissent, permettant le développement du pouvoir personnel ou communautaire : la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. La reconnaissance (de l'organisation) dépend de la capacité des structures mises en place à défendre leur légitimité (Ninacs, 2006).

Annexe F*Self-efficacy*

Composantes du *self-efficacy* :

1. L'**expérience vicariante**, la plus importante des composantes (Yehle & Plake, 2010), est l'observation d'un pair ayant des caractéristiques communes (Bandura, 2003) dans le but de reproduire sa performance. En prenant conscience que la situation n'est pas insurmontable, étant donné que son compère parvient à la surmonter, l'individu augmente la croyance en sa réussite (Rondier, 2004).
2. L'**expérience active de la maîtrise** repose sur la performance d'une tâche réalisée. Le succès dans une tâche augmente en corrélation avec le sentiment d'efficacité personnel. Par ailleurs, l'échec diminue le sentiment d'auto-efficacité (Rondier, 2004).
3. La **persuasion verbale** permet aux individus, grâce à des encouragements, des conseils et des suggestions, de prendre confiance en eux et ainsi d'augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle (Rondier, 2004).
4. Les **états physiologiques et émotionnels** dans lesquels les personnes se trouvent (physique : douleurs, fatigue ; émotionnel : peur, anxiété) influencent leurs capacités (Bandura, 2003).

Annexe G

Théorie de soins centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne de McCormack et McCance (2006) compte quatre dimensions (schématisées en figure 6) : les prérequis, l'environnement de soins, le processus de pratique centrée sur la personne et les résultats de soins visés.

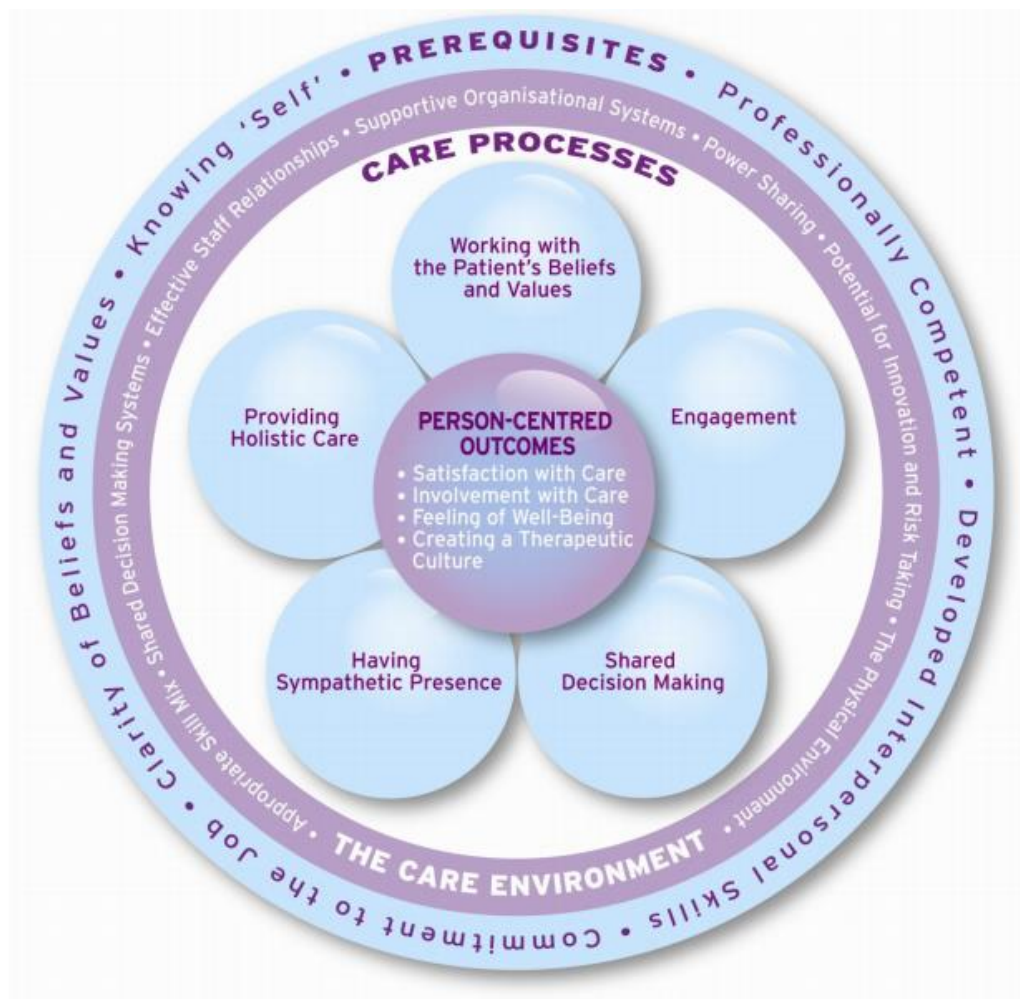


Figure 6 : Schéma du processus de soins centré sur la personne.
(McCance, Gribben, McCormack & Laird, 2013, p.4)

Processus de pratique centrée sur la personne

La dimension de processus de pratique centrée sur la personne comporte les cinq éléments suivants :

- **Travailler avec les croyances et valeurs du patient** permet de comprendre la manière dont il perçoit la situation (McCance, Gribben, McCormack & Laird, 2013).
- **Le partage de la prise de décision** est réalisable lorsque l'infirmière favorise la participation en partageant son savoir avec le patient. Elle nécessite une négociation basée sur une bonne communication, prenant en compte les valeurs propres au patient (McCance & al., 2013).
- **L'engagement** comprend l'évaluation de la qualité de la relation thérapeutique. Il existe 3 niveaux d'engagement : l'engagement total correspond à une bonne relation soignant-soigné; le désengagement partiel signifie qu'un problème fragilise la relation de collaboration soignant-soigné; et un désengagement complet survient lorsque les deux parties sont incapables d'identifier la source du problème (McCance & al., 2013).
- **Une attitude sympathique** démontre au patient l'intérêt de l'infirmière pour sa situation. Cette dernière respecte l'individu en tant que personne unique (McCance & al., 2013).
- **Promouvoir les soins holistiques** correspond à offrir des soins physiques donnant l'opportunité d'entrer en relation avec la personne et de mettre en pratique les autres processus centrés sur la personne (McCance & al., 2013).

Annexe H

PEC 2012 par la HES-SO

Compétence A1

Assurer la responsabilité des soins infirmiers préventifs, thérapeutiques, de réadaptation et palliatifs en évaluant les besoins des individus et des groupes à tous les âges de la vie et en effectuant ou déléguant les soins appropriés.

- Evaluer, de manière systématique et rigoureuse, l'état de santé physique et mental de la personne.
- Elaborer un projet de soins infirmiers, en partenariat avec la/le patient-e et les proches, tenant compte des besoins des individus et s'appuyant sur un jugement professionnel.
- Réaliser ou déléguer les soins et en évaluer systématiquement les résultats en respectant les critères de qualité.

Compétence A2

Assurer, au sein de l'équipe professionnelle et interprofessionnelle, la mise en œuvre et la continuité des soins de qualité dans l'intérêt de la/du patient-e et de ses proches.

- Défendre les intérêts de la/du patient-e et de ses proches au sein de l'équipe interprofessionnelle.
- Coordonner, déléguer et superviser les soins aux patient-e-s et aux proches sur la base d'une analyse critique de la situation.

Compétence A3

Soutenir et informer les patient-e-s et leur entourage et répondre à leurs besoins de formation dans le cadre du traitement et de la promotion de la santé, et de la prévention, en s'appuyant sur des connaissances scientifiques actuelles et sur les principes éthiques de la profession.

- Informer les patient-e-s et leurs proches sur les soins planifiés et donnés et les conseiller sur les aspects de promotion de la santé et de prévention.
- Evaluer et réajuster les stratégies éducatives mises en œuvre avec la/le patient-e et ses proches.
- Coordonner ses interventions éducatives avec les différentes actrices et différents acteurs du système socio-sanitaire.
- Respecter les principes éthiques de la profession.
- Mobiliser des connaissances scientifiques actualisées issues de la discipline infirmière et des sciences de la santé.

Compétence A4

Baser ses pratiques sur le plus haut niveau de preuves scientifiques disponible et promouvoir le transfert des résultats de recherche dans la formation et la pratique.

- Proposer des questions de recherche issues de la pratique professionnelle.
- Utiliser les résultats de recherche dans sa pratique professionnelle.
- Connaître et utiliser les guides de pratiques exemplaires.
- Promouvoir la profession par la diffusion des résultats de recherche.

Compétence B1

Etablir des relations professionnelles de confiance avec les patient-e-s et leurs proches en adaptant la communication à la situation et en favorisant une prise de décision partagée.

- Instaurer un climat de confiance avec la/le patient-e et ses proches visant la création d'un partenariat.
- Construire, maintenir et terminer une relation professionnelle avec la/le patient-e et ses proches.
- Maîtriser les attitudes et outils de communication spécifiques aux différentes problématiques et aux situations.
- Respecter les souhaits de la/du patient-e et de ses proches et guider le processus de décision partagée.

Compétence C1

S'engager, dans une équipe interdisciplinaire / interprofessionnelle, à défendre des soins individualisés optimaux.

- Affirmer et expliciter ses valeurs professionnelles au sein de l'équipe interdisciplinaire / interprofessionnelle.
- Agir de manière autonome dans son champ professionnel.
- Connaître et respecter l'identité, les compétences et le champ d'intervention des différents groupes professionnels.
- Promouvoir et s'investir dans le travail en collaboration intraprofessionnelle ou interprofessionnelle lorsque la situation de soins le requiert.

Compétence D2

Participer à la mise en œuvre et à l'évaluation des normes de qualité des soins basés sur les connaissances scientifiques et identifier les besoins en matière d'innovation.

- Evaluer, de manière systématique, les prestations de soins en regard des normes et standards de qualité.
- Identifier les besoins en matière d'amélioration continue de la qualité.
- Prendre part à l'élaboration de projets-qualité développés dans l'institution.
- Faire preuve d'un esprit critique dans l'utilisation des outils et procédures qualité.

Compétence E1

S'engager en faveur de la santé et de la qualité de vie et soutenir les intérêts des patient-e-s et de leurs proches.

- Affirmer une posture professionnelle de promotion de la santé et d'amélioration de la qualité de vie.
- Identifier les enjeux éthiques, politiques et économiques des interventions en promotion de la santé.
- Soutenir les individus et les communautés dans leur investissement pour leur qualité de vie.

Compétence E3

Encourager les patient-es et leurs proches à utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible.

- Accompagner les patient-es et leurs proches dans l'identification de leurs besoins de santé.
- Favoriser l'auto-détermination et le développement de compétences personnelles en matière de santé.
- Renforcer la motivation des patient-es et des proches à adopter des comportements favorables à leur santé et à leur qualité de vie.

Compétence F1

Maintenir et développer ses compétences professionnelles à travers une formation continue et soutenir la formation professionnelle pratique des étudiant-es, en s'appuyant sur des données scientifiques et pertinentes.

- Actualiser régulièrement ses connaissances et développer ses compétences dans son champ professionnel.
- S'inscrire dans une dynamique de formation et d'apprentissage tout au long de sa vie.
- Contribuer, par son encadrement, à la formation des étudiant-es du domaine de la santé.

Compétence G1

Démontrer une attitude respectueuse de l'éthique professionnelle et un engagement envers les patient-es, leurs proches et la société.

- Appuyer sa pratique sur la déontologie infirmière, les principes éthiques et son propre système de valeur.
- Démontrer, dans ses actes, le respect de la dignité humaine.
- S'engager dans la défense des intérêts de la/du patient-e et de ses proches.

Annexe I

Stratégies de recherche documentaire

Stratégie 1	
Base de données	PubMed
MESH	« Heart Failure »[Mesh] AND « Patient Compliance »[Mesh] AND « Patient Education as Topic »[Mesh]
Nombre d'articles trouvés	40
Articles sélectionnés	3
Articles retenus et analysés	<p>2 :</p> <p>Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Smith, A., McCarty, F., ... Ryan, R. (2013). A trial of family partnership and education interventions in heart failure. <i>Journal of cardiac failure</i>, 19(12), 829-841.</p> <p>Motta Mussi, C., Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Nogueira Mello Lopes, A., Trojahn, M. M., Camargo Paraboni, C., & Rejane Rabelo, E. (2013). Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i>, 21, 20-28.</p>

Stratégie 2	
Base de données	Ovid
MESH	« Heart Failure »[Mesh] AND « Education Nursing »[Mesh]
Nombre d'articles trouvés	9
Articles sélectionnés	1
Articles retenus et analysés	0

Stratégie 3	
Base de données	CINAHL
Mots-clés	Heart failure AND Patient Education as Topic AND Nursing Care
Nombre d'articles trouvés	6
Articles sélectionnés	1
Articles retenus et analysés	0

Stratégie 4	
Base de données	Ovid
Mots-clés	Heart Failure AND Nursing AND Health Education
Nombre d'articles trouvés	12
Articles sélectionnés	1
Articles retenus et analysés	0

Stratégie 5	
Base de données	CINAHL
Mots-clés	Heart Failure AND Adherence or Compliance AND Patient Education Nursing
Nombre d'articles trouvés	28
Articles sélectionnés	7
Articles retenus et analysés	<p>2 :</p> <p>Arredondo-Holguín, E., de los Ángeles Rodríguez Gázquez, M., Higuera Urrego, L.M. (2012). Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. <i>Invest Educa Enferm</i>, (30)2, 188-197.</p> <p>Monteiro Mantovani, V., Brasil Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Mussi, C., & Rabelo-Silva, E.-R. (2015). Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. <i>Acta Paul Enferm</i>. (28)1, 41-47.</p>

Stratégie 6	
Base de données	Google Scholar
Mots-clés	Heart Failure AND Comparative Effectiveness Research AND Patient Education Nursing
Nombre d'articles trouvés	1
Articles sélectionnés	0
Articles retenus et analysés	0

Stratégie 7	
Base de données	ProQuest
Mots-clés	Heart Failure AND Patient Education AND Nursing AND Comparative Effectiveness
Nombre d'articles trouvés	8
Articles sélectionnés	2
Articles retenus et analysés	1 : Welsh, D., Lennie, T. A., Marcinek, R., Biddle, M. J., Abshire, D., Bentley, B., & Moser, D. K. (2013). Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. <i>Eur J Cardiovasc Nurs.</i> , 12(1), 87-95.

Stratégie 8	
Base de données	PubMed
Mots-clés	« Patient Education as Topic »[Mesh] AND « Heart Failure »[Mesh] AND « Nursing »[Mesh]
Nombre d'articles trouvés	4
Articles sélectionnés	0
Articles retenus et analysés	0

Stratégie 9	
Base de données	PubMed
MESH	« Heart Failure »[Mesh] AND « Medication Adherence »[Mesh]
Nombre d'articles trouvés	49
Articles sélectionnés	1
Articles retenus et analysés	1 : Wu, J.-R., Corley, D.J., Lennie, T.A. & Moser, D.K. (2012). Effect of a Medication-Taking Behavior Feedback, Theory-Based Intervention on Outcomes in Patients with Heart Failure, <i>J Card Fail</i> , 18 (1), 1-9.

Stratégie 10	
Base de données	CINAHL
Mots-clés	Heart Failure AND Patient Education Nursing
Nombre d'articles trouvés	58
Articles sélectionnés	1
Articles retenus et analysés	1: Bläuer, C., Frei, I. A., Schnepf, W., & Spirit, R. (2015). Implementation of a nurse-led education programme for chronic heart failure patients during hospitalisation, and strategies supporting their self-management at home: a practice development project in the context of the Swiss healthcare system. <i>International Practice Development Journal</i> , 5(1), 1-15.

Stratégie 11	
Base de données	Embase
Mots-clés	Heart Failure AND Patient Education AND Motivation
Nombre d'articles trouvés	50
Articles sélectionnés	1
Articles retenus et analysés	1 : Masterson Creber, R., Patey, M., Vaughan Dickson, V., DeCesaris, M., & Riegel, B. (2015). Motivational Interviewing Tailored Interventions for Heart Failure (MITI-HF): Study design and methods. <i>Contemp Clin Trials</i> , 41, 62-68.

Stratégie 12	
Base de données	PubMed
Mots-clés	« Self Care »[Mesh] AND « Heart Failure »[Mesh] AND « Continuity of Patient Care»[Mesh]
Nombre d'articles trouvés	9
Articles sélectionnés	1
Articles retenus et analysés	1 : Domingues, F. B., Clausell, N., Aliti, G. B., Dominguez, D. R., & Rabelo, E. R. (2011). Education and Telephone Monitoring by Nurses of Patients with Heart Failure: Randomized Clinical Trial. <i>Arq Bras Cardiol</i> , 96(3), 233-239.

Annexe J

Grilles d'évaluation et de lecture des articles scientifiques analysés

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Références complètes :

Arredondo-Holguín, E., de los Ángeles Rodríguez Gázquez, M., Higueta Urrego, L.M. (2012). Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heart failure. Invest Educa Enferm, (30)2, 188-197.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Amélioration des auto-soins grâce à une intervention infirmière d'éducation chez les patients souffrant d'IC »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Objectif : évaluer l'amélioration des comportements d'auto-soins après une intervention éducative dispensée par des infirmières auprès de patients souffrant d'IC</p> <p>Méthode : 29 patients, ayant participé, en 2010, au programme de santé cardiovasculaire d'un établissement hospitalier en Colombie et ayant signé un consentement éclairé ont été admis. Ils ont reçu pendant 9 mois une intervention éducative en soins infirmiers constituée de groupes éducatifs, de réunions de groupe, de sessions de télénursing, de visites à domicile et d'une brochure d'informations. L'outil d'évaluation utilisé est l'échelle d'auto-soins, validée sur le terrain, et appliquée au début et à la fin de l'étude.</p> <p>Résultats : Les patients ont obtenu des scores médians initiaux et finaux de 40 et 53 ($p < 0.05$) (score max: 84). Les dimensions dans lesquelles ont été observées le plus de changements: demande d'aide, adaptation à la maladie, et adhésion aux traitements pharmacologiques.</p> <p>Dans l'adhésion aux traitements non pharmacologiques : 2 comportements n'ont pas obtenu de changements favorables : réduction de la consommation de sel et mesure de la quantité d'urine.</p> <p>Conclusion : Les interventions éducatives en soins infirmiers ont eu des effets bénéfiques sur la plupart des comportements d'auto-soins évalués chez les individus atteints d'IC.</p>

Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?			X	L'un des principaux challenges pour les soignants qui prennent soins des patients souffrant d'IC est d'améliorer leurs auto-soins.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>L'IC est un problème de santé publique et engendre de nombreux coûts pour le patient, les services de santé et la société.</p> <p>La diminution de la perfusion tissulaire de ces patients provoque de la fatigue, et de ce fait, une diminution de la qualité de vie et de la capacité à réaliser ses auto-soins</p> <p>L'un des principaux challenges pour les soignants qui prennent soins des patients souffrant d'IC est d'améliorer leurs auto-soins. Ils sont défini par Orem pratique de comportement individuel pour prendre soin de soi pour maintenir sa vie, son développement, sa santé, son bien-être. Ce qui contribue spécifiquement à l'intégrité de la structure fonctionnelle et développementale humaine. Les auto-soins sont un aspect clé dans le traitement de l'IC.</p> <p>Les principaux facteurs de risque de l'IC sont associés à des comportements (tabagisme, obésité, ...) qui peuvent être modifiés grâce à des programmes d'éducation qui auront pour effet de réduire les réhospitalisations.</p> <p>Plusieurs stratégies d'éducation peuvent être utilisées et auront un impact sur la gestion de la maladie.</p> <p>Les infirmières avec des connaissances sur l'IC, sur l'enseignement, et les auto-soins sont la clé du succès pour l'évolution de comportement chez les patients.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		<i>Pas de cadre de référence clairement cité</i>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		<i>Pas d'hypothèse clairement citée</i> Objectif : Evaluer l'amélioration des comportements d'auto-soins après une intervention éducative en soins infirmiers chez les patients souffrant d'IC

	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?	X			Les infirmières avec des connaissances sur l'IC, sur l'enseignement, et les auto-soins sont la clé du succès pour l'évolution de comportement chez les patients
Méthodes					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Devis quantitatif, étude interventionnelle en 2 temps : récolte de données de base et nouvelle récolte après l'intervention
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			29 patients de plus de 30 ans qui ont participé en 2010 au programme de soins de santé cardiovasculaire d'un établissement hospitalier en Colombie. Critères d'inclusion : reçu un diagnostic d'IC de classe NYHA I à III, confirmé par une échocardiographie, une évaluation clinique Critères d'exclusion : Patients souffrant d'altération de la conscience, et patient en phase terminale
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	<i>Petit échantillon</i>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Echelle d'auto-soins auto-administrée : Artinian's Heart Failure Self-Care Behavior Scale (HFSCBS) a été validée pour la Colombie. 28 questions réparties en 4 dimensions (demande d'aide, adaptation à la vie avec la maladie, adhésion au traitement pharmacologique, et adhésion au traitement non pharmacologique). Les options de réponse ont quatre niveaux (jamais, parfois, souvent, toujours). Plus le score est élevé, plus le niveau d'auto-soins est haut. Elle est dérivée de la théorie du déficit d'auto-soins de Dorothea Orem. Variables cliniques : Statut fonctionnel (NYHA), fraction d'éjection, comorbidité. Variables démographiques : Age, sexe, état civil, niveau, socio-économique, niveau d'étude, activité principale, soutien social.
	-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			<p>Qualité du recueil de données prouvée par : suivie par des infirmiers : inscription, enseignement, télénursing, visite à domicile,... / test pilote sur 9 patients/ supervision des chercheurs sur l'équipe de soins/ détecte les erreurs du logiciel informatique</p> <p>Interventions d'éducation thérapeutique traitaient 5 sujets : connaissance de la maladie, adhérence aux différents TTT, capacité à demander de l'aide au cours de la maladie, la capacité d'adaptation à la maladie et aux effets secondaires du TTT, le concept de soi permettant l'empowerment et la motivation individuelle pour la gestion de la maladie et la gestion des ressources</p> <p>Outils utilisés : 2 séances de groupes d'éducation, 6 télénursing, 2 visites à domicile, 2 workshops, 1 brochure d'information</p> <p>Ethique : Les aspects éthiques considérés étaient les suivants: un consentement éclairé / confidentialité des informations/ bienfaisance accompli avec l'enseignement dispensé au cours des visites à domicile, des réunions éducatives et du télénursing. Chaque fois que nécessaire, le patient a été invité à assister à la consultation médicale.</p>
Résultats Traitement des données	-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Programme d'analyse statistique : SPSS program v19.00 $p = 0.05$ est considéré comme statistiquement significatif.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Description détaillée de l'échantillon → cf article</p> <p>L'augmentation des scores à l'échelle d'auto-soins est statistiquement significative.</p> <p>86,2% (25 patients) ont subi des changements positifs alors que 6,9% (2 patients) ont présenté des changements négatifs et 6,9% (2 patients) n'ont présenté aucun changement.</p> <p>Demande d'aide : 4 des 6 items ont eu une amélioration significative, 1 item est amélioré mais de façon non significative,</p>

				<p>1 item n'a pas eu d'amélioration (je consulte mon docteur quand j'ai des nausées et une diminution de l'appétit)</p> <p>Adaptation à la maladie : sans toutefois atteindre une signification statistique, des changements positifs ont été obtenus chez la moitié des individus</p> <p>Adhérences aux traitements pharmacologiques: a une fréquence de « toujours » dans la mesure initiale et finale</p> <p>Adhérence aux traitements non pharmacologiques : 2 des 9 éléments ont eu des changements positifs significatifs avec une augmentation de la fréquence des comportements d'auto-soins</p> <p>D'autres items ont eu des améliorations mais pas statistiquement significatives</p> <p>Diminution de la fréquence « je fais attention à ne pas manger de la nourriture riche en sel »</p> <p>Pas de modification de la fréquence de la mesure quotidienne d'urine.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les participants ont augmenté la fréquence de leurs comportements d'auto-soins de la 1^{ère} à la 2^{ème} évaluation comme le démontrent des études précédentes.</p> <p>Les comportements d'auto-soins qui ont été améliorés pour la plupart sont ceux liés à la recherche d'aide médicale suite à des symptômes et des signes de décompensation cardiaque.</p> <p>Les patients ont amélioré leur capacité à reconnaître les symptômes, par conséquent il consulte plus rapidement. Ils prêtent davantage attention aux dlrs thoraciques et à la dyspnée car elles sont associées à un plus grand risque de mort selon eux.</p> <p>Parmi les stratégies les plus importantes qui permettent aux patients de demander de l'aide, il y a les mécanismes d'adaptation psychologiques au stress appris au cours de l'évolution de leur état de santé ; des études affirment que les patients avec IC utilisent des stratégies mentales comme, le rejet, la négation, et l'oubli de la maladie dans le but de garder</p>

				<p>espoir et de construire une vie positive, ce qui peut conduire à la suppression de l'anxiété du diagnostic.</p> <p>L'annonce du diagnostic permet à certaine personne d'entamer des changements positifs afin de réorganiser leur vie pour se sentir plus heureux qu'avant la maladie.</p> <p>Les patients ont plus de facilité à vivre avec la maladie lorsque les TTT sont adaptés.</p> <p>Le soutien de la famille et des amis joue un rôle fondamental dans l'adhésion pharmacologique, étant donné que, souvent, ces individus souhaitent également prendre soin de leur proche malade.</p> <p>La dimension adhésion aux traitements non pharmacologiques s'est améliorée dans plusieurs comportements d'auto-soins : planifier les activités quotidiennes; lever les jambes en position assise et se reposer au lit 3x/j. L'un des comportements les plus difficiles à améliorer est la diminution de la consommation de sel, qui a été liée à une connaissance insuffisante du patient sur la gestion de ce comportement. (apporte une bonne saveur et si régime → interfère avec la socialisation).</p> <p>D'autres études ont proposé que les programmes éducatifs sur la question de la restriction de sodium, devraient inclure les proches, ainsi que l'industrie alimentaire.</p> <p>L'amélioration du comportement « rester éloigné des personnes ayant un rhume » permet de réduire le risque d'infection des voies respiratoires qui pourraient être une cause de décompensation.</p> <p>Les obstacles à l'amélioration de l'activité physique sont: la solitude, les conditions d'insécurité, le manque de centres de loisirs pour les adultes, et les conditions abruptes des quartiers de domicile.</p> <p>La mesure quotidienne de la quantité d'urine éliminée n'a pas obtenu de changement car les patients ne font pas le lien entre cette pratique et l'IC, ne savent pas comment mesurer leur urine, ou car leur médecin traitant ne l'a pas prescrite.</p>
--	--	--	--	--

					<p>Cependant, ce comportement est d'autant essentiel en ce qui concerne les fonctions cardiaques et rénales, l'effet des diurétiques, et le contrôle de l'apport de liquide.</p> <p>But des programmes d'enseignement en soins infirmiers : sensibiliser et améliorer les comportements par conséquent amélioration physique</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les interventions éducatives infirmières ont eu des effets bénéfiques sur la plupart des comportements d'auto-soins évalués auprès individus avec IC. L'intervention éducative devrait être renforcée dans où l'amélioration n'a pas été notée.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p>Puisque l'étude a simultanément évalué plusieurs stratégies éducatives, il est impossible d'indiquer laquelle était la plus efficace</p> <p>Certains patients ont eu besoin d'aide pour remplir le questionnaire ce qui pourrait induire des biais.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Comparer les différentes stratégies d'éducation</p> <p>Les informations sur les facteurs biologiques devraient être plus complètes afin de les lier aux comportements auto-déclarés</p>
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			<p><i>Bien structuré</i></p> <p><i>Absence de cadre de références</i></p>
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			<i>Associer plusieurs stratégies d'éducation proposé par des infirmières augmenter l'adhérence thérapeutique</i>

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Références complètes :

Bläuer, C., Frei, I. A., Schnepf, W., & Spirig, R. (2015). Implementation of a nurse-led education programme for chronic heart failure patients during hospitalisation, and strategies supporting their self-management at home: a practice : development project in the context of the Swiss healthcare system. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-15.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« La mise en place d'un programme d'éducation dirigé par une infirmière pour les patients avec de l'insuffisance cardiaque chronique durant l'hospitalisation, et les stratégies pour soutenir leur autogestion à domicile : projet en développement dans le contexte du système de santé suisse. »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>But : Cette étude porte son attention sur la pratique infirmière pour les patients avec ICC. Le but est de réfléchir sur un projet de développement de la pratique pour augmenter les soins du patient d'une façon centrée sur le patient et de mettre en œuvre des données probantes dans la pratique. Le projet consiste en 2 phases : la première décrit le développement, la mise en place et l'évaluation d'un programme d'éducation pour des patients avec ICC ; la seconde décrit le développement du programme à travers l'intégration de la perspective des patients.</p> <p>Méthode : Une approche centrée sur le patient a formé la base pour changer la pratique infirmière. Le développement et la mise en place du programme d'ICC a été fait via une action de recherche, pour augmenter les connaissances de l'équipe de soins et les résultats de soins visés des patients. Un devis mixte a été choisi pour évaluer le programme pilote. La théorie ancrée a été utilisée pour examiner la perspective des patients.</p> <p>Résultats : Dans la première phase, les éléments clés ont été des multiples sessions d'entraînement pour les infirmières et entraînement des compétences pour les patients avec ICC hospitalisés. Les sujets de l'éducation sont basés sur les besoins des patients. L'évaluation du programme a démontré que les patients étaient mieux préparés à quitter</p>

					<p>l'hôpital mais que leurs besoins concernant leur situation de vie n'étaient pas suffisamment pris en considération. Ils n'étaient pas adéquatement préparés pour les problèmes qui ont lieu une fois que le patient est à domicile. La seconde phase du projet, en utilisant la théorie ancrée, un modèle expliquant les facteurs qui améliorent ou empirent l'autogestion a été développé. Le phénomène clé dans cette méthode était la motivation intrinsèque pour l'autogestion, ce qui veut dire la capacité à atteindre le sentiment d'être à l'aise avec eux-mêmes.</p> <p>Conclusion : initier un changement dans la pratique en prenant en compte l'équipe de soins et la perspective des patients a été difficile et complexe. Une combinaison de plusieurs approches méthodologiques a été requise. L'équipe de soin a eu besoin d'élargir son expertise pour soutenir le développement dans la pratique. Les perspectives des patients indiquent les façons d'optimiser le programme d'éducation. Utilisant une approche centrée sur la personne et en intégrant l'équipe de soins et les patients dans le programme, ainsi que de travailler sur plusieurs années, a été fondamental pour le succès du développement de la pratique.</p> <p>Implications pour la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les connaissances et compétences de l'équipe de soins ont besoin d'être élargies pour atteindre un changement durable dans la pratique.- Le processus de changement de la pratique requière l'usage de de différentes approches méthodologiques
Introduction					
Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Un diagnostic d'ICC signifie une thérapie tout le long de sa vie et des ajustements dans le style de vie des patients et de leurs familles. L'objectif du traitement est d'atteindre la capacité de faire face à la routine et d'avoir la meilleure qualité de vie possible. Pour atteindre ce but, les patients avec ICC ont besoin d'acquérir des compétences spécifiques en autogestion, pendant qu'ils reçoivent leur traitement médical. Ces compétences incluent les connaissances à propos de leur maladie, la capacité d'identifier les problèmes de santé et développer et mettre en place des stratégies de résolution de problème. Pour cela, les patients ont besoin d'identifier et utiliser leurs ressources, de prendre des décisions au quotidien concernant leur maladie et de montrer la volonté de construire une relation de partenariat avec leur équipe de soins.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			

				<p>Les programmes d'éducation du patient interprofessionnels, avec différents contenus et intensités, tels que des programmes de gestion de la maladie, ont fait leurs preuves pour augmenter les compétences d'autogestion, spécialement en service ambulatoire. Après leur participation à des programmes de gestion de maladie, les patients avec ICC ont montré significativement une meilleure qualité de vie, une plus faible mortalité et de meilleures capacités d'autogestion. Des interventions dans l'environnement de la maison, une combinaison de différents services de soutien et un suivi de soins par une équipe multidisciplinaire et spécialisée en ICC, ont prouvé leur efficacité. Des interventions d'éducation par des infirmières entraînées en ICC en incluant les membres de la famille, en contact avec des cliniques d'ICC et des infirmières spécialistes, ont eu un effet positif. En revanche, des interventions utilisant des logiciels sans un suivi, des contacts téléphoniques sans suivi face à face et des programmes focalisés uniquement dans l'augmentation des activités d'autogestion semblent avoir de moins bons résultats.</p> <p><u>Contexte de la recherche :</u></p> <p>Jusqu'à aujourd'hui, les programmes de gestion de maladie pour l'ICC, comme décrits dans d'autres pays, n'ont pas été mis en place dans le système de santé suisse. À notre connaissance, en Suisse, les patients reçoivent de l'information de plusieurs sources qui peut-être se contredire, et il manque souvent un soutien de la part de l'équipe de soin dans la mise en place d'une autogestion. Ceci est dû au fait que le système de santé suisse ne soutienne pas les programmes d'éducation et les mesures préventives, et que l'éducation au patient faite par les infirmières n'est pas couverte par les assurances de santé. Le système suisse a aussi un manque de communication entre les services de soins hospitaliers et ambulatoires et il n'y a aucune formation pour les infirmières en ICC au niveau Master, comme il existe dans d'autres pays.</p> <p>Une étude de satisfaction réalisée en 2006 à l'Hôpital universitaire de Bâle a démontré que les patients avec ICC n'ont pas reçu suffisamment soutien pour l'autogestion et n'étaient pas suffisamment préparés à quitter l'hôpital. Les patients ont rapporté une éducation pauvre à propos des signes d'alerte, des effets et effets secondaires des médicaments et des informations à propos de reprendre des activités normales. Les familles recevaient trop peu</p>
--	--	--	--	--

				<p>d'informations à propos des services de soutien ou de professionnels à contacter concernant leurs peurs. Comme résultat de ces négligences, les patients et leurs familles ressentaient de l'insécurité et pratiquaient peu l'autogestion à domicile. Ce qui a résulté en en la détection tardive de symptômes de décompensation ou en interprétation erronée des symptômes déclenchant de l'anxiété de des réhospitalisations.</p> <p>Après ce feedback des patients, une équipe de leadership infirmier a réalisé une analyse SWOT. Faiblesses relevées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières n'avaient pas suffisamment de connaissance des besoins des patients hospitalisés pour maladie chronique. - L'expertise des patients n'étaient que partiellement prise en compte - Les patients n'ont pas reçu suffisamment de soutien pour l'autogestion. - D'un point de vue infirmier et médical, le contrôle du traitement pour les patients avec ICC était inadéquat. <p>La pratique standard n'a pas été significativement modifiée ou adaptée après cette analyse SWOT. L'équipe d'infirmiers en a identifié les raisons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitation en éducation et formations sur l'ICC et les maladies chroniques - Responsabilités et compétences de l'équipe n'étaient pas suffisamment définies - Manque d'un plan de traitement multiprofessionnel - Manque de connaissances de l'équipe par rapport aux mises à jour des résultats de recherche et comment les intégrer dans la pratique infirmière.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		<p>Une approche centrée sur la personne a été choisie comme méthode de développement de pratique parce que les patients avec ICC forment un groupe hétérogène de par la cause de la maladie, les comorbidités, l'association de symptômes et le soutien social. Le contenu d'éducation décrit dans les guideline d'ICC ne prend pas en compte ces caractéristiques. Une approche centrée sur la personne qui prend les aspects culturels en considération devrait surmonter ses défaillances.</p> <p>Des auteurs décrivent cette théorie comme une approche établie à travers la formation d'une relation favorisant la santé entre les soignants et les patients et ses proches. C'est soutenue par les valeurs de respect pour les personnes, les droits individuels à l'autodétermination, un respect mutuel et de la compréhension.</p>

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Après les discordances entre les résultats de la littérature et les soins infirmiers prodigués aux patients avec ICC, la direction médicale et infirmière du département de cardiologie a décidé de développer et mettre en place un programme éducationnel multiprofessionnel dirigé par une infirmière, pour les patients hospitalisés pour ICC. L'objectif de cet article est de décrire et réfléchir sur le développement et la mise en place d'un programme d'éducation pour ces patients.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Devis mixte, l'article est structuré en 2 parties : - La première partie décrit le développement, la mise en place et l'évolution du programme éducationnel, en ce centrant sur le changement de la culture infirmière à travers une expansion des compétences de l'équipe et en construisant une pratique centrée sur le patient. Pour l'évaluation, les patients ont été questionnés s'ils étaient satisfaits avec le programme d'éducation et si leurs besoins avaient été pris en considération. Leur comportement d'autos-soins après le retour à domicile a également été mesuré. - La seconde partie explore le développement d'une pratique centrée sur la personne du point de vue du patient durant sa transition de l'hôpital à la maison.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?		X		Partie 1 : développement du programme Au total, 15 patients ont été questionnés au sujet de leur expérience 7 à 10 jours après leur sortie de l'hôpital.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		Partie 2 : perspectives des patients dans la transition de l'hôpital vers le domicile Patients qui ont complété le programme éducationnel ICC à l'hôpital universitaire de Bâle. Lorsqu'on utilise la théorie ancrée, il est commun de construire un échantillon théorique. Un échantillon hétérogène a initialement été sélectionné pour capturer autant de points de vue différents que possible. Les facteurs comme l'âge, le sexe, l'éducation, évaluation subjective du statut de santé, les restrictions du quotidien et le soutien social, ont aidé à déterminer l'hétérogénéité. Dans une seconde étape, les participants ont

					étés sélectionnés pour répondre à de nouvelles questions qui ont surgi des analyses. Le but de l'échantillon théorique était de valider les catégories identifiées dans l'analyse des interviews. L'échantillon théorique consistait en 9 femmes et 13 hommes (âge moyenne 76,5). 7 participants ont évalué leur status de santé comme bon, 11 comme modéré et 2 comme mauvais. 2 autres n'ont pas répondu. Durant les interviews, 16 participants se sont plaints sur l'inconfort dû aux comorbidités et les humeurs dépressives.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Partie 1 : développement du programme</p> <p>Les patients ont été questionnés au sujet de leur expérience 7 à 10 jours après leur sortie de l'hôpital, via un questionnaire et des interviews téléphoniques semi-structurés.</p> <p>Les comportements d'auto-soins des participants ont été mesurés à l'aide de l'échelle européenne du comportement d'auto-soins de l'insuffisance cardiaque (European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale).</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			<p>Partie 2 : perspectives des patients dans la transition de l'hôpital vers le domicile</p> <p>Le premier auteur a conduit les interviews dans l'environnement de vie des patients, 7 à 10 jours après leur sortie de l'hôpital (durée entre 23-60 min ; moyenne de 38,7min). L'interviewer a enregistré leurs observations, leur comportement non-verbal (expressions du visage...) et leurs propres perceptions dans le journal de recherche, qui étaient ensuite incorporées dans l'analyse.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>Partie 1 : développement du programme</p> <p>Une action de recherche avec les étapes « <i>observer</i> », « <i>penser</i> » et « <i>agir</i> » a été choisie comme méthode pour le développement de la pratique, avec le but d'élargir les connaissances des professionnels pour augmenter les outcomes des patients. Le projet a été dirigé par une étudiante de Master en sciences infirmières qui était soutenue par un groupe de projet composé de 5 infirmières expérimentées en cardiologie et un médecin chef. Suivant le sujet, d'autres professionnels tels que diététiciens et physiothérapeutes ont été sollicités. Une équipe d'experts multiprofessionnelle a évalué les contenus du programme et a décidé de l'information qui y serait incluse.</p> <p>« <i>Observer</i> » : Un examen approfondi des preuves et du processus participatif structuré du changement ont été requis pour développer le</p>

				<p>programme d'éducation des patients avec ICC. L'équipe a discuté des patients actuels comme cas d'étude et ont identifiés les lacunes dans le processus de soins. Ils ont découvert qu'à cause du manque de connaissances de l'environnement du domicile des patients, ainsi que de leurs besoins, cibler l'éducation pour l'autogestion n'est pas possible. Les recherches documentaires de plusieurs bases de données scientifiques ont été menées par le premier auteur et la perspective mise à jour. La leader du projet a passé en revue la littérature et a discuté du contenu relevant avec le groupe projet.</p> <p>« <i>Penser</i> » : Les recommandations des guideline européens adaptés et publiés par un groupe de travail multiprofessionnel de la Société suisse de cardiologie, ont servi de base pour le programme d'éducation et conseil au patient. Les méthodes éducatives utilisées étaient basées sur le modèle d'autorégulation pour la gestion de maladies chroniques (modèle de gestion de maladies chroniques de Vincenzi et Spiring). En gardant à l'esprit que les patients avec ICC sont un groupe hétérogène avec différentes habilités et limites dues aux comorbidités, l'approche centrée sur la personne est utilisée. Durant le développement du programme les points de vue des patients sur le changement étaient recherchés et discutés avec eux pour aider à comprendre où une standardisation serait possible et une individualisation serait nécessaire. 10 patients ont été sélectionnés au hasard pour réfléchir sur sessions d'éducation et sur les méthodes choisies. Les valeurs personnelles, les croyances, les connaissances, les stratégies de coping et ressources des patients étaient intégrés dans la conception de la session d'éducation actuelle. Des cartes avec des sujets d'autogestion, médication, contrôle de symptômes et nutrition ont été créées. En préparation pour le changement de pratique, les membres du groupe de projet ont été entraînés aux méthodes d'éducation du patient.</p> <p>« <i>Agir</i> » : Le changement dans la pratique a commencé en juin 2007 après une phase préparatoire intensive. Des patients avec ICC ont été inscrits dans le programme pour une mise en place optimale des contenus du programme. Le groupe projet a ainsi eu l'opportunité d'acquérir des expériences spécifiques et réduire l'incertitude.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Le programme a été évalué après un an comme une étude transversale utilisant une méthodologie triangulaire avec la satisfaction du respect du patient, l'utilité du contenu de conseil et le comportement d'auto-soins.</p> <p><u>Ethique</u> : L'approbation éthique par le comité d'éthique local a été obtenue pour la participation des patients.</p> <p>Partie 2 : perspectives des patients dans la transition de l'hôpital vers le domicile</p> <p>Même si les patients étaient bien préparés par le programme éducationnel d'ICC pour leur autogestion à domicile, mettre en place les contenus des sessions d'éducation en pratique au quotidien n'as pas été sans problèmes. Les résultats ont suggéré que dans le futur, les sessions d'éducation soient plus adaptées aux patients. Le système de santé suisse ne requiert pas que les patients aient un suivi de soins de la part d'infirmières spécialiste en ICC après leur sortie de l'hôpital. Pour cette raison, les questions suivantes ont été examinées pour le développement du programme éducationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle sorte de soutien ont besoin les patients avec ICC participant au programme éducationnel en Suisse, pour développer les stratégies d'autogestion et les mettre en pratique à domicile ? - Quelle sorte de réseau social ont besoin les patients pour avoir suffisamment de soutien pour mettre en place les stratégies à domicile ? <p>La collecte des réponses à ces questions devrait aider les infirmières à mieux comprendre la vie des patients avec ICC e leur autogestion à domicile.</p> <p>La méthode appropriée pour cette recherche qui explore les perspectives des patients de l'autogestion à domicile est la théorie ancrée. Une analyse compréhensive de la littérature a été conduite pour identifier les connaissances actuelles et les lacunes. Durant cette phase de l'étude une théorie substantielle a été générée pour décrire le phénomène de la gestion de maladies chroniques.</p> <p><u>Ethique</u> : L'approbation éthique par le comité d'éthique local a été obtenue pour cette partie. Toutes les données étaient anonymes.</p>
--	--	--	--	--

Résultats Traitement des données	-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?		X		<p>Partie 1 : développement du programme Une analyse de contenu qualitatif a été utilisé pour analyser les données qualitatives, lesquelles ont été reportées avec des statistiques descriptives.</p> <p>Partie 2 : perspectives des patients dans la transition de l'hôpital vers le domicile Plusieurs méthodes de codage ont été utilisées dans les analyses de données. Durant les analyses, de nouvelles questions étaient développées et les déclarations étaient comparées, dans le but de former des catégories et des concepts. Le phénomène principal (la motivation intrinsèque) a été identifié utilisant un encodage sélectif.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	<p>Partie 1 : développement du programme <u>Contenus du changement de la pratique :</u> le programme inclue 3 sessions d'éducation sur l'autogestion, se focalisant sur la mise en place à domicile. Ce qui était centrale dans notre pratique centrée sur la personne est de prioriser les sujets d'éducation, ceci était accompli à l'aide des patients en utilisant des cartes de sujets. Les sessions étaient complétées par des contenus de formation fournis par l'équipe infirmière. Les patients avaient l'opportunité d'ajuster leurs traitements eux-mêmes, de se peser eux-mêmes et de tenir un journal sur les symptômes. Pour être sûrs que les infirmières soutenaient l'autogestion des patients, ils recevaient un programme d'éducation adapté. Toutes les infirmières du département de cardiologie devaient compléter cette formation. Finalement, l'équipe réfléchissait aux situations des patients utilisant des cas actuels.</p> <p><u>Feedbacks des patients :</u> L'évaluation a montré un au niveau de satisfaction avec le programme d'éducation. Parmi les 15 participants, 12 ont évalué l'entier du programme d'ICC comme « bon » et 3 comme « excellent ». Tous les 15 ont dit qu'ils recommanderaient ce programme.</p> <p>Les participants se sont orientés eux-mêmes vers 12 sujets prédéfinis durant les sessions éducationnelles et la plupart d'entre eux (12) ont été capable de déterminer partiellement ou entièrement les sujets de l'éducation. 3 participants ont été accompagnés par un membre de la famille durant les sessions d'examen qu'ils ont beaucoup apprécié. 3 autres participants ont exprimé le désir d'impliquer plus les membres de leur famille durant le processus.</p>

				<p>10 participants se sont pesés de manière indépendante durant l'hospitalisation et 9 d'entre eux ont trouvé ça aidant. 12 participants ont tenu un journal et ont tous trouvé ça bénéfique. Tous les participants ont rapporté avoir été suffisamment soutenus durant l'éducation. Les résultats de l'évaluation des comportements d'auto-soins sont exposés sous forme de graphique (figure 1). Le total des scores a été calculé, plus le total est bas (15-60 points), mieux est le comportement. La valeur moyenne était de 16,3 points. Le participant avec le plus petit score était un homme de 50 ans qui travaillait à plein temps, ce qui l'empêchait de mettre en œuvre suffisamment d'auto-soins.</p> <p>Partie 2 : perspectives des patients dans la transition de l'hôpital vers le domicile</p> <p>Les résultats de l'interview ont montré un phénomène principal : la motivation intrinsèque. Ceci signifie encourager l'autogestion, pour aspirer, construire et soutenir le sentiment d'être à l'aise avec soi-même. La motivation donne aux patients la force et l'énergie pour développer les stratégies pour gérer l'ICC et pour atteindre une bonne qualité de vie.</p> <p>La motivation intrinsèque d'être à l'aise avec soi-même comprends se sentir confortable, en sécurité dans son propre corps et esprit, et sentir pris en charge. L'énergie doit être investiguée afin d'atteindre le sentiment d'être à l'aise avec soi-même. La force motrice pour trouver l'énergie peut être l'espoir d'un rétablissement, mais aussi par le fil de l'expérience :</p> <p>« <i>Correcte, juste parce que je ne veux plus avoir d'eau (œdèmes). C'est déjà clair pour moi.</i> » (homme de 81 ans)</p> <p>Les expériences de succès peuvent aider à maintenir le sentiment d'être à l'aise avec soi-même :</p> <p>« <i>si j'ai du succès dans ce que je veux, alors c'est plus facile à faire ... Puis je me sens bien.</i> » (homme de 77 ans)</p> <p>Expérimenter le succès peut motiver le comportement en termes de s'adapter à la bonne santé. Le bien-être peut également motiver les personnes à être actives :</p> <p>« <i>... ça fait du bien (physiothérapie)... quand j'y vais trois fois pour seulement une demie heure...</i> » (homme de 77 ans)</p>
--	--	--	--	---

				<p>Mais les deux expériences (succès et bien-être) requièrent l'intention d'atteindre le but ou le désir de changer quelque chose.</p> <p>La capacité d'obtenir et maintenir la motivation intrinsèque est étroitement liée à ces 3 catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivre avec une maladie chronique et leurs impacts - L'accès au soutien de la part des soignants - Le besoin, l'acceptation et l'expérience du soutien de la part de la famille et amis <p><u>Vivre avec une maladie chronique et leurs impacts :</u></p> <p>Les conséquences de la maladie induisent des limites dans les activités quotidiennes. Certains patients attribuent la cause de leurs limites à l'ICC et d'autres, juste à leur âge. Expérimenter des choses, maintenir des amitiés, poursuivre les tâches au travail et loisirs, signifie vivre bien malgré la maladie. Le début des symptômes et la progression de la maladie peut signifier qu'une certaines activités ne peuvent plus être poursuivies. Dans ces cas, les bénéfices et les risques nécessitent d'être comparés :</p> <p><i>« Vingt ans, un bon temps, quand on pouvait voyager et autres, et ... vous savez, avec ce cœur, c'est un peu risqué, n'est-ce pas ? »</i> (homme de 82 ans)</p> <p>Une certaine satisfaction peut être ressentie quand les patients peuvent consciemment décider ce qu'ils veulent abandonner. Ils sont satisfaits lorsqu'ils passent du bon temps et veulent prendre des risques. Mais certains patients sont épuisés par ce qu'ils n'ont pas de succès à trouver de nouvelles choses. Dans ces cas-là, la question se pose si ces sentiments sont une expression de la maladie ou le résultat d'une humeur dépressive :</p> <p><i>« J'en ai marre, je veux juste plus rien faire... le mieux serait de rester au lit toute la journée... c'est ce qui serait juste. Physiquement et émotionnellement, je suis épuisé. »</i> (femme de 89 ans)</p> <p>En plus de s'engager dans des activités, les patients avec ICC ont besoin de développer des stratégies de coping pour surmonter les restrictions quotidiennes. Lorsqu'un homme de 62 ans avait des essoufflements, il a trouvé comme moyen d'y faire face, s'arrêter dans la rue et de regarder les vitrines des magasins. Les patients avec ICC doivent toujours s'adapter à de nouvelles situations, repenser à leur comportement et revoir leurs décisions.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Un homme de 82 ans a vendu sa maison et a planifié sa nouvelle situation d'habitation en détails. Il a ensuite réalisé qu'il avait mal calculé la situation et il a dû compter sur une tierce personne pour monter la pense de son appartement.</p> <p><u>L'accès au soutien de la part des soignants :</u></p> <p>L'autogestion est grandement influencée par la façon dont les patients expérimentent leur relation de travail avec les professionnels de la santé. La confiance en soi est créée par des expériences telles que d'excellents soins 24h/24h dans une unité de soins intensifs, le sentiment d'être pris en soins et de connaître quelqu'un à qui ils peuvent toujours poser des questions. Si les expériences des patients ne sont pas prises en considération ou ne sont pas respectées durant le traitement, ça peut avoir un effet négatif sur leur coopération avec les professionnels de la santé. Un obstacle à leur autogestion peut survenir lorsque les patients interprètent les symptômes de décompensation comme des effets secondaires de leur thérapie.</p> <p>« ...<i>La thérapie est à blâmer et ce n'est pas mon corps qui réagit comme ça.</i> » (homme de 62 ans)</p> <p>La confiance en soi est un facteur clé pour la collaboration entre les patients et les professionnels de la santé. Les facteurs qui construisent la confiance en soi sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaître du personnel sur qui on peut compter - La capacité de poser des questions continuellement - Être écouté et avoir la possibilité de parler avec les professionnels de la santé - Être pris au sérieux - Apprendre à connaître le personnel et se sentir compris <p>Les patients attendent des conseils concrets ou une déclaration claire lorsqu'ils voient un médecin. Si ces attentes ne sont pas remplies, ils ne vont aller chercher des soins médicaux qu'en cas d'urgence.</p> <p>Les transitions des soins hospitaliers vers les soins ambulatoire et vice versa sont critiquées dans le processus de traitement. Les professionnels de la santé ignorent souvent que les patients sont confrontés avec une situation totalement différente quand ils rentrent à la maison.</p>
--	--	--	--	--

				<p>« <i>oui, oui, je me sens mieux à l'hôpital et après rentrer à la maison est un vrai choc.</i> » (femme de 75 ans)</p> <p>Les patients sont souvent en mauvaise condition physique quand ils rentrent à domicile. Et en plus la transition peut être psychologiquement stressante. Un homme de 88 ans s'est senti dans un « trou mental » après être sorti de l'hôpital. Il a dit qu'il s'est senti « dorloté » à l'hôpital et que soudainement à la maison il dépendait de lui-même. Il a été difficile pour lui de retrouver une routine à nouveau. Un autre problème survient quand les stratégies de traitement déterminées par l'équipe de soins de l'hôpital ne sont pas continuées en premier soins. Les patientes ont rarement expérimenté que les traitements soient discutés avec eux et initiés avec leur consentement. Les conséquences sont que les patients décident par eux-mêmes ce qu'ils vont faire.</p> <p><u>Le besoin, l'acceptation et l'expérience du soutien de la part de la famille et amis :</u></p> <p>Avec l'ensemble de nouveaux symptômes et la progression de l'ICC, les patients ont besoin de soutien. Ils ont spécialement besoin d'aide avec les lourdes tâches ménagères. De l'aide avec les courses, pour conduire et pour les trajets chez le médecin, deviennent prioritaire pour les membres de la famille. Il est difficile d'organiser l'aide si les membres de la famille ne sont pas disponibles pour un coup de main dans les activités de la vie quotidienne. Expérimenter du soutien ne veut pas toujours dire recevoir de l'aide concrète. Pour plusieurs patients, il est important de juste savoir qu'ils peuvent compter sur quelqu'un pour une conversation occasionnelle ou pour une situation urgente :</p> <p>« <i>L'amitié est réconfortante, savoir qu'il y a quelqu'un que je peux toujours appeler, quelqu'un avec qui discuter ou avoir une conversation, et quelqu'un qui me connaît et est sympathique.</i> » (femme de 75 ans).</p> <p>Les relations les plus importantes sont celles avec les partenaires et les enfants. Ils assument différents rôles, par exemple devenir médicateurs avec les professionnels de la santé. Les partenaires sont souvent des personnes âgées et fragiles qui ont également besoin de soutien. Les personnes sans un réseau social ou membres de la famille et amis, trouvent difficile d'organiser suffisamment de soutien.</p>
--	--	--	--	---

					« Je sais, j'étais toujours sur mon propre chef ... il est difficile de revenir à la maison et de n'avoir personne autour. » (femme de 73 ans)
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			<p>Partie 1 : développement du programme</p> <p>Le programme a augmenté l'approche centrée sur le patient dans les soins des patients hospitalisés de cette population ainsi que l'usage d'EBN dans la pratique, par l'hôpital universitaire de Bâle. Les sessions éducationnelles étaient bien reçues par les participants et ont été évaluées comme bien et excellent. Les résultats de l'évaluation pilote a suggéré des options pour une optimisation du programme. L'évaluation du programme a montré un haut niveau de satisfaction par les patients. La satisfaction est un phénomène multifactoriel qui est influencé par des facteurs tels que le dévouement de l'équipe et les qualités de l'organisation.</p> <p>Prioriser les sujets avec l'approche centrée sur le patient semble avoir été difficile pour les patients. Les patients s'orientaient par rapport aux spécifications des infirmières et rarement suggéraient leurs propres sujets. Étant donné que les infirmières et les patients évaluaient le contenu éducationnel différemment, la mise en place de l'approche centrée sur le patient a montré une amélioration.</p> <p>Lorsqu'on regarde l'utilité du contenu des sessions d'éducation, on peut dire que les conseils médicaux ont prouvé être aidants et importants pour les participants. De plus, les idées des patients reflétaient le contenu du modèle de gestion de maladies chroniques de Vincenzi et Siring, tel que le support d'une troisième personne, la qualité de vie liée à la santé et leurs croyances en santé.</p> <p>Les patients se sont données de hauts scores pour leurs comportements d'autogestion. La moyenne des scores était de 16.3 points, significativement meilleure que 29.6 points reportés dans de précédentes études. C'était très satisfaisant que les participants montrent une très bonne adhérence aux sessions de la pesée et de la prise de la médication. Cependant, les patients ont amenés de nouveaux problèmes lors des interviews conduites à la maison, tels que des incertitudes, des peurs et un manque d'énergie. De plus, mettre en place les contenus des sessions dans le quotidien n'était pas sans problèmes. Les résultats suggéraient que dans le futur, les sessions éducationnelles nécessiteraient d'être davantage adaptées individuellement aux patients.</p>

				<p>Il est important de prendre en considération que cette évaluation a uniquement inclue un petit échantillon de patients qui ont suivi la session d'éducation et ont montré une bonne fonction cognitive et des capacités de langage. Néanmoins, les résultats montrent du potentiel pour la poursuite du développement.</p> <p>La discussion à propos de la poursuite du développement du programme éducationnel a relevé que pour augmenter le soutien donné aux patients en transition vers la maison, les infirmières avaient besoin de plus de connaissances sur les perspectives des patients et sur leur lieu de vie. La seconde partie de l'étude se focalise sur ces idées.</p> <p>Partie 2 : perspectives des patients dans la transition de l'hôpital vers le domicile</p> <p>Une meilleure compréhension des facteurs bénéfiques et des obstacles des perspectives des patients devrait aider au développement du programme d'éducation d'ICC par la suite. Le but est de promouvoir un soutien additionnel pour le développement du comportement d'autogestion durant l'hospitalisation et ainsi améliorer la transition vers le domicile. Le sentiment d'être à l'aise avec soi-même est comparable avec l'équilibre relatif : il s'agit de donner du sens à la vie malgré les dysfonctionnements du corps. Le degré auquel ce sentiment est obtenu est influencé par l'évolution de la maladie, chaque changement peut entraîner des perturbations dans la vie de tous les jours. Les patients sont constamment en train de chercher, construire et maintenir le sentiment d'être à l'aise avec soi-même tout au long de leur maladie. Comme décrit dans d'autres études, ces résultats montrent également que la personnalité, les croyances et les valeurs ont une influence sur le coping. Gérer la maladie dépend des ajustements psychologiques et de la santé mentale. Il y a des patients qui se sentent libre malgré leur maladie et d'autres qui se sentent piégés dans leur maladie.</p> <p>Les interviews indiquent qu'avec les sessions d'éducation, l'environnement de vie a besoin d'être évalués. Les thèmes centraux pour ces évaluations sont les attitudes des patients face à la vie, aux stratégies de coping, à l'état psychologique, au style de vie et à la prise de conscience de la finitude. La question fondamentale est : « <i>De quoi les patients ont besoin pour atteindre la motivation intrinsèque ?</i> ». Le but doit être que les patients travaillent sur</p>
--	--	--	--	---

					<p>leur compétences d'autogestion pendant qu'ils sont à l'hôpital avec du soutien de la part de l'équipe de soins. Un réseau social de santé soutenant devrait être promu dans la transition entre les traitements hospitaliers et ambulatoires.</p> <p>La famille et les amis jouent un rôle important dans la gestion du de la vie quotidienne et de la mise en place de l'autogestion. Ils ont besoin de connaissance et soutien pour développer un réseau social durable. Ceci implique qu'ils devraient être inclus dans le travail fait avec le patient et avoir l'opportunité de développer leurs compétences.</p> <p>L'évaluation du programme et l'étude de la théorie ancrée rapportée a démontré le succès de l'éducation du patient est plus que la mise en place de guidelines. Une approche centrée sur le patient est essentiel d'incorporer les caractéristiques individuelles de l'environnement de vie de l'individu dans les sessions d'éducation.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	<p>Les résultats de cette initiative de développement de la pratique aideront à combler l'écart entre les preuves et la pratique. La réflexion démontre que le développement d'une pratique durable utilisant l'approche centrée sur la personne nécessite beaucoup de travail et du temps. Un prérequis pour les infirmières avant qu'elles puissent fournir des sessions d'éducation et d'autogestion était le besoin de renforcer leurs connaissances et compétences.</p>
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	<p><i>Les auteurs ne mentionnent pas les limites méthodologiques de leur étude, uniquement celles du contenu du programme lui-même.</i></p> <p>L'évaluation du programme éducationnel a démontré un haut niveau de satisfaction des patients. Cependant, parce que les perspectives des patients n'avaient pas été suffisamment intégrées dans le programme, des difficultés surviennent dans la mise en œuvre de l'autogestion. L'objectif de l'intégration de la perspective du patient n'a pas été suffisamment atteint. De même, les valeurs personnelles, les croyances, les connaissances antérieures, des stratégies et des ressources d'adaptation ne sont pas incorporés suffisamment dans le contenu des sessions. L'expérience montre que le choix des sujets d'autogestion par le patient n'est pas un exercice évident, les infirmières ont donc besoin de bonnes compétences en communication et de connaître la situation de la maison du patient. La théorie ancrée a été utilisée dans la deuxième partie de cette recherche pour compléter les</p>

					connaissances qui faisaient défaut en ce qui concerne les situations d'accueil des patients et de leurs perspectives. L'examen approfondi du point de vue du patient a montré que certains sujets ont été négligés et doivent être traités pour une meilleure transition de l'hôpital à la maison à l'avenir. Il est fondamental de comprendre l'environnement de vie des patients et de soutenir les patients dans leur gestion de soi. Par conséquent, la participation des patients est essentielle à l'amélioration des soins. Les valeurs, les croyances et les besoins des patients doivent être identifiés et incorporés dans la modification de la pratique du traitement.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	<p><i>Les auteurs ne mentionnent pas de piste pour des recherches futures. Mais pour la pratique ils mettent en avant l'approche centrée sur la personne et de s'intéresser à l'environnement de vie pour les aider à améliorer leurs adhérence aux auto-soins.</i></p> <p>Implications pour la pratique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les connaissances et compétences de l'équipe de soins ont besoin d'être élargies pour atteindre un changement durable dans la pratique. - Le processus de changement de la pratique requière l'usage de de différentes approches méthodologiques
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	<p><i>L'article se présente sous une structure très différente des autres (en deux parties) dû à son devis mixte et parce qu'il s'agit du développement d'un programme. Pas toujours facile à s'y retrouver.</i></p> <p><i>La présentation des résultats de la partie 1 peuvent porter à confusion, les échelles/questionnaires ne sont pas suffisamment distinguées.</i></p> <p><u>Plusieurs limites dans leur étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Petit échantillon (n=15) - Pas de groupe contrôle pour comparer avec l'éducation habituelle - Récolte des données sur adhérence aux auto-soins n'as été faite qu'à la fin de l'intervention et n'as pas été réalisé au début pour avoir de données de base avec lesquelles comparer. Il y a un bon score mais on ne sait pas s'il y a eu une amélioration.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou	X			<ul style="list-style-type: none"> - Une ETP basée sur une approche centrée sur la personne a permis une bonne adhérence aux auto-soins et a été bien apprécié par les patients durant l'hospitalisation. Les patients avaient la possibilité de choisir les sujets d'éducation selon leurs besoins (parmi une liste de sujets prédéfinis car les trouver tout seuls était trop difficile pour eux).

	de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				<ul style="list-style-type: none"> - <i>Malgré que ce soit centré sur la personne, les patients ont dit qu'ils n'avaient pas été suffisamment préparés aux problèmes rencontrés à domicile. Les infirmières doivent plus prendre en compte l'environnement du patient à domicile pour mieux adapter l'éducation.</i> - <i>Utiliser un journal de symptômes comme outils d'apprentissage est une piste intéressante.</i>
--	--	--	--	--	---

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Références complètes :

Domingues, F. B., Clausell, N., Aliti, G. B., Dominguez, D. R., & Rabelo, E. R. (2011). Education and Telephone Monitoring by Nurses of Patients with Heart Failure: Randomized Clinical Trial. *Arq Bras Cardiol*, 96(3), 233-239.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Education et suivi téléphonique par des infirmières de patients avec insuffisance cardiaque : Essai clinique randomisé. »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Introduction : Différentes approches infirmières dans la prise en charge des patients avec IC ont démontré des bénéfices dans la réduction de la mortalité. Mais la combinaison d'une éducation durant l'hospitalisation suivie de contacts téléphoniques a été peu explorée.</p> <p>Objectif : Comparer le groupe d'intervention qui a reçu une éducation infirmière durant l'hospitalisation suivie d'appels téléphoniques après le retour à domicile, avec le groupe contrôle qui a reçu uniquement l'éducation hospitalière. Les variables ont été les connaissances sur l'IC et sur les auto-soins, le nombre de visites aux urgences, de réhospitalisations et de décès durant une période de 3 mois.</p> <p>Méthode : Essai clinique randomisé. Des patients adultes avec IC et fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) < ou = à 45% qui pouvaient être contactés par téléphone après la sortie de l'hôpital. Les connaissances sur l'IC ont été évaluées au moyen d'un questionnaire qui contient également des questions sur les autos-soins, lequel a été complété durant l'hospitalisation puis 3 mois plus tard. Pour les patients du groupe intervention les contacts ont lieu par téléphone et les interviews ont été conduites pour les deux groupes à la fin de l'étude.</p> <p>Résultats : 48 patients pour le groupe intervention et 63 pour le groupe contrôle. Âge moyenne 63 ans avec écart-type de 13ans et la FEVG était similaire chez les 2 groupes (environ 29%). Les scores des connaissances sur IC et auto-soins étaient similaires dans l'évaluation de base. Trois mois</p>

				plus tard, les deux groupes ont connu une amélioration significative des scores des connaissances ($p < 0.001$). Les autres variables étaient similaires. Conclusion : L'intervention éducative infirmière durant l'hospitalisation été bénéfique sur les connaissances sur la maladie et les auto-soins pour tous les patients avec IC, indépendamment des contacts téléphoniques après la sortie de l'hôpital.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X		Malgré le progrès du traitement de l'IC, cette maladie reste l'une des principales causes d'hospitalisation dans plusieurs pays et est associée à des taux élevés de morbidité et mortalité, coûts pour la santé et tout particulièrement pour la qualité de vie.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		Les différentes approches aux soins en IC qui ont été investiguées dans des essais cliniques ont augmenté la complexité du traitement. Des méta-analyses récentes démontrent qu'en plus du traitement pharmacologique optimisé, les soins avec IC par une équipe multidisciplinaire réduit les taux de mortalité et de réhospitalisation et améliore la qualité de vie des patients. Différentes stratégies infirmières basées sur l'éducation et dans le suivi intensif des patients avec IC sont en employées. Des études randomisées d'interventions infirmières qui incluent des visites à domicile et un contact téléphonique systématique ont démontrés que ces interventions ont été efficaces dans la prévention des réhospitalisations et dans la réduction des coûts en relation avec les traitements de l'IC. Une étude nord-américaine d'intervention qui a inclus des contacts téléphoniques et des visites à domicile réalisées par une infirmière spécialisée en IC après la sortie de l'hôpital, a démontré que l'intervention a effectivement réduits les taux de morbidité et mortalité. Une autre étude qui inclut des contacts téléphoniques par des infirmiers spécialisés a montré des résultats similaires. L'évidence d'un potentiel synergique de la combinaison de différentes stratégies n'a pas encore été explorée. En particulier, la combinaison d'un programme éducationnel intra-hospitalier suivi de contacts téléphoniques réalisé par des infirmiers après la sortie de l'hôpital a peu été explorée.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X	<i>Aucune théorie, ni concepts sont présentés</i>

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	<i>Pas d'hypothèses posées mais des objectifs.</i> L'objectif de cet essai randomisé est de comparer le groupe d'intervention qui a reçu une éducation infirmière durant l'hospitalisation suivie d'appels téléphoniques après le retour à domicile, avec le groupe contrôle qui a reçu uniquement l'éducation hospitalière. Les variables ont été les connaissances sur l'IC et sur les auto-soins, le nombre de visites aux urgences, de réhospitalisations et de décès durant une période de 3 mois.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			La plupart des données récoltées concernant les stratégies d'éducation dirigées par des infirmières en IC étaient dans des études conduites en milieux ambulatoires.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Essai clinique randomisé
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les patients ont été sélectionnés entre 2005 et 2008 à l'hôpital universitaire de Porto Alegre au Brésil. Critères d'inclusion : patients avec au moins 18 ans, souffrant d'IC, avec une fraction d'éjection plus petite ou égale à 45 %, pouvant être contactés par téléphone. Critères d'exclusion : patients ayant souffert d'un infarctus du myocarde ou subi une chirurgie de revascularisation dans les derniers 3 mois, IC secondaire à sepsis, patients avec séquelles neurologiques cognitives.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			48 patients avec IC décompensée dans le groupe intervention et 63 dans le groupe contrôle. Soit 111 patients au total. Après la randomisation, 9 patients ont été exclus du groupe intervention, donc seulement 48 patients ont reçu l'intervention. Durant l'étude, 6 participants du groupe intervention sont décédés et 13 du groupe contrôle. En tout, 87 patients ont complété l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Questionnaire sur l'IC et les auto-soins : ce questionnaire a été basé sur d'autres instruments trouvés dans la littérature et validés par les groupes d'auteurs, et également basé sur les recommandations pour instruire et évaluer les patients fournies par le Conseil de soins infirmiers cardiovasculaires de l'association américaine de cardiologie. Cet instrument résulte en des scores variant de 0 à 10 points pour les 2 variables.

	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			<p>Le score des connaissances de l'IC et les auto-soins a été considéré comme les variables primaires.</p> <p>Le nombre de visites aux urgences, des réhospitalisations et de décès à la fin de la période de 3 mois ont été considérés comme les variables secondaires.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>Un des auteurs a localisé des participants potentiels pour l'étude par une fouille quotidienne dans l'hôpital. Les patients inclus dans l'étude ont reçu une intervention éducative par des infirmières durant l'hospitalisation. Les patients ont reçu entre 3 à 5 sessions. La fréquence des sessions a été déterminée sur la base du contexte de l'information transmise et le temps nécessaire pour que le patient assimile les informations. Ceci jusqu'à sa sortie de l'hôpital. Dans la première visite, les questionnaires des connaissances de l'IC et des auto-soins ont été appliqués, suivis d'une session éducationnelle sur l'IC, le traitement pharmacologique et principalement les non pharmacologiques. A la fin de cette session, ils recevaient une brochure (« Manuel du patient avec IC ») qui a été développé par le groupe de l'IC de l'institution. Cette visite durait entre 45-50 min. Un tableau a été annexé à chaque lit pour que le patient note son poids et pour qu'il puisse prendre à la maison pour continuer à le faire. Les patients ont été encouragés à remplir ce tableau quotidiennement. De la 2^{ème} à la 5^{ème} visite, le Manuel de l'IC a été lu à haute voix avec les patients par un des auteurs, en renforçant les informations et en répondant aux questions liées au traitement et aux auto-soins. De plus durant cette session, le patient révisait le tableau du poids en préparation à un retour à domicile. Durant toutes les visites, les proches-aidants des patients ont été invités à écouter les informations. Après la sortie de l'hôpital, les patients ont été randomisés en 2 groupes : le groupe intervention qui recevait des contacts téléphoniques systématiques durant 3 mois, et le groupe contrôle qui recevait les soins usuels, cela consiste en un suivi du patients par une visite à la clinique ambulatoire.</p> <p>Les patients du groupe intervention reçoivent des contacts téléphoniques d'une infirmière de l'étude durant une période de 3 mois. Un contact téléphonique par semaine durant le 1^{er} mois et tous les 15 jours durant le 2^{ème} et 3^{ème} mois, soit 8 appels téléphoniques au total. Ces appels ont débutés 7 jours après la sortie de l'hôpital et avaient pour but d'éclaircir et</p>

				<p>renforcer les informations reçues durant l'hospitalisation, de surveiller des signes et symptômes de la décompensation cardiaque et d'investiguer les visites aux urgences ou les réhospitalisations. Parfois, l'infirmier recommandait au patient d'aller consulter un médecin ou les urgences en cas de signes d'IC décompensée.</p> <p>Tous les participants étaient conviés à revenir à l'hôpital après 3 mois pour compléter le même questionnaire qu'au début.</p> <p><u>Ethique</u> : Le protocole a été approuvé par le Comité d'éthique de l'institution. Tous les participants ont signé le consentement éclairé.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		<p>Les variables continues ont été exprimées avec des moyennes et écarts-type, quartiles et intervalles interquartiles. Les variables par catégories ont été exprimées par des fréquences et des pourcentages. Dans les variables quantitatives, le t-Test de Student et le U-Test de Mann-Whitney ont été utilisés pour analyser les différences entre les groupes. Dans les variables par catégories, les analyses ont été faites avec le test Chi-carrée de Pearson. Le risque relatif (RR) et l'intervalle de confiance de 95% ont également été calculés. Une analyse ANOVA a été réalisée pour les moyennes répétées pour comparer le changement des connaissances de l'IC entre les groupes. La valeur $p < 0.05$ a été considérée comme statistiquement significative pour toutes les analyses.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Variables primaires : à la fin de l'étude, une amélioration significative ($p < 0.001$) des connaissances de l'IC et des auto-soins a été observée lorsqu'on compare avec le niveau de base. Des 111 patients inclus dans l'étude, le score moyen dans la période de base a été de 4.6 avec un écart type de 1.9 pour le groupe intervention et de 4.5 avec un écart-type de 1.9 pour le groupe contrôle. Il n'y a pas eu de statistiques significatives entre les 2 groupes (6.1 avec écart-type de 2.1 contre 5.8 avec écart-type de 1.9 ; $p = 0.41$).</p> <p>Variables secondaires : Il y a eu une différence dans l'occurrence des événements cliniques entre les 2 groupes, mais ce n'était pas significatif. Le groupe intervention a présenté 34% de moins de risques de visite aux urgences que le groupe contrôle. Toutes ces données ont été collectées sur les dossiers médicaux informatisés et si l'information n'était pas disponible, les patients étaient contactés directement.</p>

					Concernant les réhospitalisations et la mort dans une période de 3 mois, le groupe intervention a présenté 10% de moins de risques que le groupe contrôle ($p=0.74$). Le temps avant un évènement clinique a été en moyenne 21 jours (9,5 – 55) après la sortie de l'hôpital, pour tous les patients. Ceux du groupe intervention avaient une moyenne de jours plus grande que celle du groupe contrôle (26 contre 19), mais cette différence n'était pas significative ($p=0.56$). La probabilité d'un évènement clinique dans les 90 jours après la sortie de l'hôpital était d'environ 50 % pour les 2 groupes.
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			La présente étude a démontré que les 2 groupes ont présenté une amélioration du score des connaissances sur IC et auto-soins, en comparaison avec la période de base, au bout de 3 mois, ceci indépendamment des contacts téléphoniques après la sortie de l'hôpital. Ainsi, nos données suggèrent que la période de l'hospitalisation peut être le scénario idéal pour le début d'un processus d'éducation thérapeutiques, conformément à des études antérieures avec des patients avec IC. Dans ce contexte, l'infirmier a un rôle fondamental dans l'éducation des patients sur les aspects importants des auto-soins comme la médication, et pour l'éclaircissement de doutes communs. Dans cette étude, le monitoring par téléphone après le retour à domicile ne s'est montré plus efficace que l'éducation hospitalière isolée, contrairement à d'autres résultats publiés dans la littérature. Dans cette étude, les patients présentent la maladie sous une forme plus grave (fraction d'éjection moyenne de 29 %, écart-type de 8%) et le temps de suivi a été plus court, ce qui a pu limiter les capacités d'apprentissage des aspects relatifs à la maladie. Dans cette étude, l'amélioration des connaissances de l'IC et auto-soin n'a pas suffi à réduire les réhospitalisations et ne s'est probablement pas traduit en une plus grande adhérence au traitement. Des résultats similaires ont également été relatés dans une étude nord-américaine récente. Le temps de suivi de 3 mois, peut être considéré comme une période relativement court pour que les patients aient pu réaliser les altérations nécessaires du style de vie, avec l'objectif de promouvoir le maintien de la stabilité clinique.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
					Premièrement, certains patients n'ont pas pu être contactés par téléphone au début de l'intervention ou après 3 mois, dû à des numéros de téléphone incorrects, changements de numéro ou lignes bloquées. La deuxième limite

					est le niveau socio-économique et culturel des patients, qui est différent de celui d'autres études internationales. Cette population n'est peut-être pas aussi prête pour ce genre d'approches par téléphone. Enfin, la durée de l'étude de 3 mois peut être considérée comme courte pour qu'il y ait des changements dans les habitudes de santé et dans le comportement, et que cela se reflète par une réduction des visites aux urgences, des réhospitalisations et des décès.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs suggèrent que de futures études soient conduites afin d'évaluer différentes formes de monitoring et suivi des patients avec IC post-hospitalier.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			<i>L'article présente une très bonne structure ce qui facilite sa lecture et sa compréhension. Le questionnaire utilisé aurait pu être mieux expliqué pour mieux comprendre comment les variables sont mesurées.</i>
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			<ul style="list-style-type: none"> - <i>Renforcer l'éducation par des appels téléphoniques (8 appels sur une durée de 3 mois) n'a pas été efficace dans cette étude. Il n'y a pas eu d'amélioration après cette intervention.</i> - <i>L'échec des appels téléphoniques met en avant l'efficacité de débiter l'ETP durant l'hospitalisation (semble être le meilleur moment).</i> - <i>L'éducation durant l'hospitalisation a été faite en plusieurs sessions (3-5) selon le besoin des patients.</i>

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Références complètes :

Dunbar, S. B., Clark, P. C., Reilly, C. M., Gary, R. A., Smith, A., McCarty, F., ... Ryan, R. (2013). A trial of family partnership and education interventions in heart failure. *Journal of cardiac failure*, 19(12), 829-841.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Un essai de partenariat familial et d'interventions d'éducation dans l'insuffisance cardiaque. »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Introduction : Le régime hyposodé et l'adhérence médicamenteuse sont difficiles pour les personnes avec IC. Comme ces comportements se pratiquent souvent dans le contexte familial, cette étude a évalué les effets d'un enseignement familial et d'une intervention de partenariat sur le régime hyposodé et l'adhérence médicamenteuse.</p> <p>Méthode : Le patient avec IC et le membre de la famille (MF) ont été randomisés en : soins usuels, éducation patient-MF, ou intervention de partenariat familial. Le sodium dans l'alimentation, le sodium dans les urines et l'adhérence médicamenteuse ont été mesurés avant la randomisation pour des valeurs de référence, puis au bout de 4 et 8 mois.</p> <p>Résultats : Le groupe d'éducation patient-FM et celui de l'intervention de partenariat familial ont réduit le sodium urinaire en 4 mois (le groupe d'intervention de partenariat familial a différé du groupe de soins usuels au bout des 8 mois) et le sodium alimentaire en 4 mois également (plus bas que le groupe de soins usuels). La proportion de sujets adhérant au régime hyposodé est plus grande au bout de 8 mois dans les 2 groupes d'intervention que dans le groupe contrôle. Il n'y a pas eu de différence entre les groupes et à travers le temps concernant l'adhérence médicamenteuse.</p> <p>Conclusions : Le régime hyposodé, mais pas l'adhérence médicamenteuse, a été amélioré par l'éducation familiale et l'intervention de partenariat familial, en comparaison avec le groupe ayant reçu les soins usuels. De plus grands efforts dans des études et dans l'incorporation de</p>

					l'éducation focalisée sur la famille et des interventions de support pour les soins d'IC sont garantis.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			<p>L'autogestion de l'IC, en particulier la réduction de sodium alimentaire et l'adhérence médicamenteuse, est difficile pour les patients et leurs familles. Une des recommandations de la gestion de l'IC est un régime hyposodé (2-3g par jour) et seulement 2mg par jour chez ceux qui sont considérés être en classe III de la maladie (selon classement NYHA). Il est difficile d'adhérer à cette recommandation et comporte des risques de récurrence. En effet, les efforts pour consommer un régime hyposodé sont contrecarrés par des quantités envahissantes de sodium cachées dans la nourriture, les préférences culturelles, et des niveaux excessifs du goût de la salure auxquels chacun a été habitué. De plus, les personnes reçoivent rarement un feed-back objectif à propos de leur régime, et pensent donc souvent à tort qu'ils ont adhéré à la recommandation.</p> <p>L'adhérence médicamenteuse est également difficile, elle varie entre 31% et 79%. Un non suivi de ces recommandations (d'un régime hyposodé et d'une adhérence médicamenteuse) a été associé à une rétention de liquides et à des hospitalisations. Suivre ces recommandations requiert des connaissances et des capacités, une éducation seule n'est peut-être pas suffisante à améliorer les auto-soins. Le support social, la motivation et la communication fournie par les membres de la famille sont vitaux pour des auto-soins efficaces. Ils partagent ou prennent l'entière responsabilité dans la préparation des repas pauvres en sodium et/ou dans la préparation des médicaments/semainiers. Il semble donc logique d'inclure l'éducation à la famille, comme composante dans les soins d'IC.</p> <p>La structure de la famille et leur fonctionnement peut aussi affecter les patients psychologiquement ainsi que dans leurs comportements (comme auto-soins). Un manque de soutien a été associé à une faible autogestion dans les maladies chroniques, y compris l'IC, et les critiques familiales ont été associées à des mauvais comportements de santé et alimentaires, notamment dans le diabète, l'asthme et la tentative de perte de poids.</p> <p>D'autres éléments (caractéristiques individuelles) peuvent influencer l'autogestion de l'alimentation hyposodée et de l'adhérence médicamenteuse : l'âge, le sexe, l'ethnie, le stade de la maladie, les comorbidités, mais aussi la motivation, l'auto-efficacité, la dépression, les</p>

					connaissances prérequis et les compétences à faire le comportement. Ces facteurs sont importants à prendre en compte dans l'étude.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Il y a encore peu de preuves concernant la famille dans les guidelines. Une étude pilote a démontré une réduction dans la consommation de sodium grâce à une intervention de débriefing aux familles sur le soutien à l'autonomie en comparaison au groupe ayant reçu uniquement l'éducation thérapeutique simple. L'étude a été faite sur 3 mois et il a été suggéré de faire une intervention à plus long terme pour le maintien du comportement.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La théorie de l'auto-détermination (une théorie motivationnelle) dit que la performance d'un comportement désiré peut être influencée par le soutien à l'autonomie lequel est caractérisé par l'empathie, le choix, la résolution de problèmes et éviter les ordres/langage de contrôle (« tu dois/devrais »). Le soutien à l'autonomie a pu augmenter l'adhérence aux changements de comportements tels que contrôle des glycémies, perte de poids, arrêt de consommation de tabac et adhérence médicamenteuse.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Le but de l'étude est de tester une intervention de partenariat conçue pour réduire la consommation de sodium et augmenter l'adhérence médicamenteuse, en comparaison avec une intervention d'éducation familiale et les soins usuels. Hypothèses : 1. Les patients avec IC recevant l'intervention de partenariat familial auront une plus grande amélioration du régime hyposodé et une plus grande proportion d'adhérence que ceux recevant l'éducation familiale ou les soins usuels. 2. Les patients avec IC recevant l'intervention de partenariat familial auront une meilleure adhérence à la médication d'IC que ceux recevant l'éducation familiale ou les soins usuels. Les connaissances, le soutien à l'autonomie et les critiques familiales ont aussi été évaluées.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et	X			<i>Les auteurs se basent sur la théorie de l'auto-détermination et leurs recensions des écrits.</i>

	recherches antérieures ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			<p>Un devis de 3 groupes randomisés avec une collecte de données de base et après 4 et 8 mois. Ces 3 groupes étaient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soins usuels (SU) 2. Éducation patient-MF (EPM) 3. Intervention de partenariat familial (IPF) <p>Les interventions ont commencé après 1-2 mois après la mesure des données de base. Le temps entre les données de base et le 4^{ème} mois a été considéré comme la phase d'initiation au changement de comportement (le plus grand changement est espéré à ce moment-là) et le temps entre le 4^{ème} et le 8^{ème} mois a été considéré comme la phase de maintenance du comportement.</p>
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			<p>L'échantillon a été recruté dans 3 cliniques ambulatoires d'IC travaillant en multidisciplinarité.</p> <p>Critères d'inclusion : diagnostic d'IC, âgés entre 30 et 79 ans, NYHA de classe II ou III, parler anglais de manière fluide, accès au téléphone, une médication IC optimale, éligible pour un régime hyposodé, une fonction rénale adéquate. Le membre familial était la personne aidant principalement le patient aux auto-soins (en interaction avec lui au moins 2-3 fois par semaine).</p> <p>Critères d'exclusion : infarctus du myocarde dans les 6 derniers mois, angor significatif, IC secondaire à une cause non-traitée, une chirurgie cardiaque planifiée, diagnostic psychiatrique, altération cognitive, problèmes de vision ou audition. Les membres de la famille doivent avoir plus de 19 ans, pas de caractéristique qui empêcherait la participation (altération cognitive, diagnostic psychiatrique...).</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			<p><i>La taille de l'échantillon est donnée dans le chapitre résultats.</i></p> <p>170 patients ont été sélectionnés, mais suite à des décès et autres raisons empêchant la participation, 117 patients ont complétés la récolte de données de base et ont été randomisés. Parmi eux, 21 ont quitté l'étude durant les 4 premiers mois et 11 autres ont arrêté entre le 4^{ème} et 8^{ème} mois.</p>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Les caractéristiques démographiques et cliniques ont été recueillis dans le dossier médical et par un questionnaire. L'indice de comorbidités de Charlson a été utilisé pour quantifier d'autres conditions chroniques. Le</p>

	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			<p>poids et la taille ont été obtenus dans le Centre de recherches cliniques et le BMI a été calculé avec la formule standard. Les types et dosages de diurétiques ont été collectés et les équivalences de furosémide ont été calculés pour les effets résiduels des diurétiques de l'anse sur l'excrétion du sodium. Les caractéristiques des MF (âge, sexe, lien avec patient et éducation) ont été obtenus au travers d'un questionnaire.</p> <p>Le régime hyposodé a été mesuré de 2 façons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients complétaient le questionnaire 3-DFR (3-day food record, qui correspond à ce qu'ils ont mangé et les portions durant 3 jours). Il était ensuite examiné par un diététicien (ne sachant pas à quel groupe chacun appartenait), en utilisant un logiciel (Food Processor SQL, qui a enregistré plus de 30'000 repas avec leurs valeurs nutritionnelles) afin d'obtenir une valeur de consommation de sodium. - Comme 95% du sodium ingéré est éliminé dans les urines lorsque la fonction rénale est adéquate, les patients ont dû collecter les urines sur 24h, lesquelles ont été analysées pour le sodium, mais également l'urée et la créatinine pour s'assurer que la fonction rénale était bonne. <p>L'adhérence médicamenteuse a également été mesurée de 2 manières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De manière objective par le MEMS (Medication Events Monitoring Système) qui est un dispositif microélectronique de surveillance qui s'applique comme un couvercle sur le semainier. Le MEMS devait être utilisé durant 2 semaines pour chaque mesure, et la prise de la médication journalière de premier lieu (IECA, bêtabloquants) était distinguée de celle des diurétiques. Le système enregistrerait à chaque fois que le couvercle était ouvert en envoyant l'information vers un ordinateur pour être analysée. Le pourcentage du dosage prescrit qui avait été pris ainsi que le pourcentage de jours durant lesquels les doses étaient prises correctement ont été calculés. - Ils ont également complété le questionnaire MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) qui évalue les comportements de la prise de la médication. Scores de 1 à 12 points : <6 représente une faible adhérence, 6-8 représente une adhérence moyenne et >8 représente une grande adhérence.
--	---	---	--	--	---

				<p>Pour évaluer les connaissances sur l'IC, les patients ont répondu au questionnaire AHFKT (Atlanta Heart Failure Knowledge Test), comportant 17 items à propos de la physiopathologie, le régime, l'évaluation des symptômes, les comportements sur la prise de médication. Le score est obtenu en pourcentage.</p> <p>La perception du patient vis-à-vis du soutien à l'autonomie a été mesurée à l'aide du questionnaire FCCQ-P (Family Care Climate Questionnaire – Patient version), comprenant 15 items interrogeant sur la perception que les patients ont du soutien des MF au regard des changements de style de vie.</p> <p>La perception vis-à-vis des critiques de la famille a également été évaluée, les patients ont rempli l'échelle FEICS-PC (Family Emotional Involvement and Criticism Scale). Celle-ci permet de mesurer les critiques venues de la part de la famille, qui sont contraires au soutien à l'autonomie.</p> <p>Les symptômes de dépression ont été associés avec une réduction des comportements d'autogestion et d'adhérence. Pour cette raison, ils ont été mesurés à l'aide de l'inventaire de la dépression de Beck II (BDI-II).</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X		<p>Le groupe de soins usuels a reçu une brochure d'informations de la société américaine de l'IC, s'intitulant « Prendre contrôle de votre insuffisance cardiaque » et ont également reçu les soins usuels de la part des soignants. Lors du recrutement il a été assuré qu'ils reçoivent la même éducation thérapeutique dans les 3 institutions (IC, médication d'IC, régime hyposodé), les membres de la famille avaient tendance à être inclus s'ils étaient présents. Ces patients-là étaient tenu informés des avancements de l'étude.</p> <p>Au sein du groupe d'éducation patient-MF, après la mesure des données de base, les MF ont participé à une séance éducative d'environ 1h délivrée par une infirmière ayant un master en recherche. Le contenu de cette séance était sur l'IC, les symptômes d'une surcharge liquidienne, les justifications et les moyens pour adopter un régime hyposodé, les repères pour prendre la médication régulièrement et maintenir le semainier rempli, ainsi que d'autres activités d'autogestion telles que maintenir une activité physique régulière et se peser quotidiennement. Durant cette séance il y avait aussi du temps pour poser des questions. Après 2 mois, les patients-MF assistaient à nouveau à une séance éducative, cette fois-ci environ 2h,</p>

					<p>qui avait pour but de renforcer les comportements d'un régime hyposodé et de l'adhérence médicamenteuses. Cette séance donnée par une infirmière et une diététicienne, comprenait un apprentissage actif par des activités telles que la sélection de nourriture avec peu de sodium, la planification de repas et des recettes adaptés. Ils ont également reçu plusieurs brochures (« Prendre contrôle de votre IC », « Comment suivre un régime hyposodé » et « Médication de l'IC ») ainsi qu'un DVD (« Les bases de l'IC pour une meilleure prise en soins »). Une auto-surveillance et un feedback spécifique sur le comportement cible sont importants pour le succès du changement de comportement. Les participants recevaient un feedback individuel sous forme écrite, indiquant leurs scores des mesures de leur régime hyposodé (3DFR, urines de 24h) et leur adhérence médicamenteuse (MEMS). Pour la phase de maintien, les patients et les MF ont reçu un appel téléphonique pour renforcer les séances éducatives. Durant cet appel, l'infirmière discute à propos des résultats. Puis ils ont reçu également un courrier contenant des stratégies pour le régime hyposodé et de nouvelles recettes et des informations sur les comportements de prise de médication.</p> <p>Pour le groupe de partenariat, après la récolte de données de base, le même protocole d'éducation que le groupe d'éducation patient-MF a lieu. Mais ils reçoivent en complément deux séances de 2h en petit groupe menés par une infirmière ayant un master en recherche. Ces séances avaient pour but de renforcer le régime hyposodé et l'adhérence médicamenteuse avec les patients et les MF ensemble. Les thèmes des discussions des séances étaient la perception de vivre avec l'IC ou d'un MF avec l'IC, les principes d'une communication soutenant l'autonomie, puis des jeux de rôles avec des scénarios d'auto-soins pour mettre en pratique les approches de soutien à l'autonomie validées précédemment. Ils ont reçu des brochures et un DVD à propos du partenariat de famille et la communication de soutien à l'autonomie. Pour la phase de maintien, les participants ont reçu un appel téléphonique pour renforcer les séances éducatives. Durant cet appel, l'infirmière discute à propos des résultats du régime hyposodé et de l'adhérence médicamenteuse. Ils ont également reçu un document adapté au patient et au proche avec des scores du soutien et des critiques familiales pour renforcer leur collaboration. Puis il</p>
--	--	--	--	--	---

					leur était fourni le même courrier que le groupe d'éducation patient-MF (infos, recettes,...) avec des conseils sur le soutien en supplément. <u>Ethique</u> : Le protocole et le consentement éclairé ont été approuvés par la commission d'examen de l'université institutionnelle d'Emory. Patients et MF ont signés le consentement éclairé.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Des analyses de variables (ANOVAs), des tests de chi-square et des corrélations de Pearson ont été exécutés pour tester les associations entre catégories ou variables continues et pour les différences de groupe dans les données de base. Les données manquantes ont été évaluées pour déterminer la mesure en question par des tests MCAR, CD-MCAR et MAR. Un $p \leq .05$ est considéré comme significatif.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<i>La présentation des résultats n'est pas bien structurée.</i> <u>Caractéristiques</u> : L'âge allait jusqu'à 78 ans, la plupart des personnes étaient dans la cinquantaine. Les patients avec IC étaient principalement classe 2 du NYHA, avec une tendance au surpoids, et 36% avaient des symptômes dépressifs modérés. Les MF étaient principalement des épouses, et la 2 ^{ème} plus grande catégorie était les enfants adultes, 83% étaient des femmes. Les doses de furosémide ne diffèrent pas entre groupes. <u>Régime hyposodé</u> : Dans les données de base, il n'y avait pas de différence entre les groupes. Grande diminution (de 677mg/j) du sodium dans les urines entre les données de base et le 4 ^{ème} mois chez le groupe intervention de partenariat familiale, avec encore une diminution jusqu'au 8 ^{ème} mois (de 216mg/j). Le groupe d'intervention de partenariat familial avait une baisse significative du sodium dans les urines, en comparaison le groupe de soins usuels, au 8 ^{ème} mois. Le groupe d'éducation patient-MF a diminué son sodium dans les urines de 556 mg/j entre la mesures des données de base et le 4 ^{ème} mois, puis s'est maintenu stable jusqu'au 8 ^{ème} mois. Le groupe de soins usuel a diminué le sodium dans les urines de 524mg/j jusqu'au 4 ^{ème} mois puis a augmenté jusqu'au 8 ^{ème} mois. Concernant le 3DFR, les groupes EPM et IPF ont diminué la consommation de sodium (respectivement 706mg/j et 724mg/j) jusqu'au 4 ^{ème} mois, puis l'ont un peu augmenté jusqu'au 8 ^{ème} mois. Le groupe SU a augmenté de 402mg/j puis diminué de 425mg/j. Les corrélations entre le 3DFR et les taux de sodium dans les urines étaient significatif ($p > .05$). Comparaisons :

					<ul style="list-style-type: none"> - Les participants avec des données manquantes au 8^{ème} mois (soit dû à une perte de participants ou dû à une récolte inadéquate des urines) avaient tendance à avoir de plus grands symptômes de dépression. - Il y avait une différence significative entre les sexes, les femmes avaient un plus faible taux de sodium dans les urines en comparaison avec les hommes. Les femmes avaient également de plus faibles valeurs de sodium dans le 3DFR que les hommes. - De plus grands taux de sodium urinaire ont été trouvés chez ceux avec un plus haut score au BDI-II et chez ceux avec des équivalents de furosémide plus élevés. <p><u>Adhérence au régime hyposodé</u> : L'adhérence au régime hyposodé a été défini comme un sodium $\leq 2,5\text{mg/j}$ basé sur les guidelines (2-3 g/j). Au bout de 8 mois, les groupes EPM et IPF ont doublé leur pourcentage d'adhérence depuis la récolte des données de base. Ces 2 groupes ont 50% de plus de personnes adhérentes que le groupe SU.</p> <p><u>Adhérence médicamenteuse</u> : l'adhérence à la médication était élevé (>80%) à la récolte de données de base et au fil du temps malgré les nombreuses données manquantes en raison d'une mauvaise compliance avec le système de la part des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les hommes avaient tendance à manquer plus les doses de médication à la récolte du 4^{ème} mois - Les patients plus jeunes avaient tendance à manquer plus de doses de diurétiques - Les patients avec plus de comorbidités avaient une plus grande adhérence médicamenteuse - Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour la proportion d'une haute adhérence dans les 3 récoltes de données réalisées. <p><u>Connaissances en IC, soutien à l'autonomie et perception des critiques</u> : Aucune différence entre les groupes n'a été trouvée pour les 3 questionnaires (AHFKT, FCCQ-P et PFC) lors de la récolte des données de base. Une évaluation immédiate après une session d'éducation suite à cette première récolte, montre une hausse des connaissances de 70% à 83.4% pour le groupe EPM et de 70% à 84% pour le groupe IPF. Le groupe SU, n'ayant pas eu cette session, n'a pas eu cette évaluation. Au 4^{ème} mois,</p>
--	--	--	--	--	--

					le score des connaissances du groupe IPF était légèrement plus élevé que celui des SU. Les scores du FCCQ-P étaient hauts pour tout le monde, mais les participants du groupe IPF ont démontré une légère augmentation au 8 ^{ème} mois. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour le score du PFC.
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	<ul style="list-style-type: none"> - L'intervention de partenariat de famille a réduit en 8 mois la consommation de sodium alimentaire en comparaison avec le groupe SU. - Les sessions téléphoniques incluant de l'éducation et des conseils de soutien à l'autonomie ont maintenu la réduction initiale de la consommation de sodium dans le groupe IPF, démontrant l'importance de renforcer l'éducation du régime hyposodée et de la communication familiale de soutien. - Les groupes IPF et EPM ont augmenté la proportion de participants dont les scores reflétaient une baisse de la consommation de sodium proche de l'objectif de <2,5mg/j en 8 mois. - Une éducation familiale structurée et des approches de soutien, répétitive et en renforçant l'éducation du patient et de la famille, ainsi que les méthodes pour fournir des feedbacks au patients à propos de ses résultats, ont été essentiels pour effectuer un changement clinique dans l'apport de sodium alimentaire. - Comme dans d'autres études les femmes ont eu tendance à avoir une meilleure adhérence au régime hyposodé que les hommes. Ceux avec des symptômes de dépression plus prononcés ont eu une moins bonne adhérence et étaient plus susceptibles à abandonner l'étude et à récolter leur urine de manière incomplète. - L'importance des équivalents de furosémide est peut-être le reflet de la sévérité de la maladie, ceux avec de plus grandes doses de diurétiques ont eu de plus grandes difficultés avec l'adhérence au régime. - Les interventions n'ont pas affecté l'adhérence médicamenteuse. Celle-ci était élevée à la récolte des données de base (tous les groupes près ou >80%). Le manque d'effet et peut-être dû à l'effet plafond (pic des résultats) à la récolte des données de base qui limiteraient l'opportunité d'une hausse. Une autre possibilité d'explication serait le fait que cette étude n'ait pas mis suffisamment l'accent sur les comportements de
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			

					<p>prise de médication, mais plus sur le régime hyposodé Alternativement une plus grande dose d'intervention aurait peut-être été nécessaire. L'accès aux médicaments et des facteurs socio-économiques peuvent également influencer l'adhérence.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans une étude avec 439 personnes fonctionnellement indépendantes avec de l'IC, 78% ont rapporté que des critiques de la part de membres de la famille ou les harceler à propos de leurs soins d'IC, ainsi que les barrières de la famille étaient négativement associées à l'adhérence de l'autogestion des patients. Dans la présente étude, l'utilisation de scénarios et de discussions a été une méthode d'enseignement efficace pour les stratégies de soutien à l'autonomie, laquelle a augmenté les résultats de la perception de soutien à l'autonomie par les patients (mais pas statistiquement significatif). Une plus grande dose d'intervention aurait peut-être été nécessaire pour observer un changement. Les scores étant élevés, il s'agit peut-être d'un effet plafond. - Il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes d'intervention (IPF et EPM) au bout des 8 mois, dans l'apport de sodium alimentaire. Le fait qu'il y ait eu la présence du patient et de son proche dans le groupe EPM a peut-être contribué à un sentiment de partenariat. Toutefois, comme le démontrent les résultats du sodium urinaire, le groupe IPF a eu plus rapidement le déclin dans l'apport en sodium alimentaire, ce qui indique qu'une intervention focalisée dans l'éducation des familles à la communication de soutien a été bénéfique à l'initiation du changement, mais aussi à son maintien. - Les savoir sur l'IC ont augmenté de manière significative immédiatement après les sessions d'éducation de base. Mais la rétention des connaissances a remarquablement diminué au fil du temps. - L'autogestion de l'IC est complexe et continue, c'est pourquoi les patients et MF nécessitent une éducation répétitive et continue pour comprendre pleinement comment gérer la maladie et son progrès. Il est important d'avoir les connaissances mais aussi d'avoir les ressources à propos de l'alimentation possible et pour aider à gérer les activités quotidiennes.
--	--	--	--	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> - Les stratégies pour augmenter les connaissances et le soutien à l'autonomie dans la famille ont été efficaces pour augmenter les comportements d'autogestion et pour réduire les apports en sodium alimentaire. Cette prise en charge de relations théoriques additionnée s'additionne aux connaissances sur comment le patient est motivé à l'adhérence des comportements d'autogestion en IC, et fourni une argumentation supplémentaire à l'utilité de la théorie d'auto-détermination dans la compréhension des comportements en auto-soins en IC.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - De nombreux participants ont abandonné l'étude. La population avec IC a eu l'expérience d'une exacerbation des symptômes, de fréquentes hospitalisations, ou même de la mort, rendant l'intervention plus difficile et nécessitant une correction des données manquantes. - Les feedbacks sur les mesures de sodium sont basées sur la récolte faite 4 mois auparavant. - Les mesures de l'apport de sodium alimentaire étaient imprécises et ont peut-être été affectées par une auto-évaluation (questionnaire) inexacte ou incomplète, par la médication et diurétiques de l'anse, ainsi que par d'autres mécanismes physiologiques. - L'utilisation du MEMS n'a pas été la meilleure approche pour mesurer l'adhérence à la médication, car beaucoup étaient contre utiliser ce système et ont donc utilisé d'autres moyens comme des semainiers. De plus, le système était problématique, surtout pour mesurer 2 médicaments simultanément.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Il serait nécessaire d'explorer des stratégies d'éducation dans les milieux cliniques et de recherche pour améliorer la rétention des connaissances. Plus d'études sont nécessaires pour identifier les facteurs saillants et les manières efficaces pour fournir les soins de la famille.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une	X			<i>Cet article est très complet et détaillé. Très intéressant qu'il étudie deux aspects différents de l'éducation simultanément en randomisant les patients en 3 groupes.</i>

	analyse critique minutieuse ?				<i>La structure de l'article est bonne, sauf dans le chapitre résultats qui mériteraient d'être présentés de manière plus claire avec une meilleure répartition (sous-chapitres).</i>
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			<ul style="list-style-type: none"> - <i>L'implication des proches dans l'éducation efficace dans l'augmentation de l'adhérence au régime hyposodé (mais pas de l'adhérence médicamenteuse).</i> - <i>L'implication des proches ne comporte pas uniquement la même éducation qu'aux patients mais aussi une éducation sur la communication qui favorise le soutien.</i> - <i>Le feedback au patient est une stratégie intéressante.</i> - <i>Utilisation de diverses activités (ateliers et jeux de rôles) comme moyen d'apprentissage dans ce programme.</i>

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Références complètes :

Masterson Creber, R., Patey, M., Vaughan Dickson, V., DeCesaris, M., & Riegel, B., (2015). Motivational Interviewing Tailored Interventions for Heart Failure (MITH-HF) : Study design and methodes. *Contemporary Clinical Trials* 41, 62-68.

Masterson Creber, R. M., Patey, M., & Riegel, B. (2014). Abstract 19245: Motivational Interviewing Tailored Intervention to Promote Heart Failure Self-care (MITI-HF): Primary Study Results. *Circulation*, 130, Issue Suppl 2.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Entrevue motivationnelle Tailored Interventions pour insuffisance cardiaque (MITI-HF): conception et méthodes d'étude »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Background : Les auto-soins sont importants pour l'optimisation de la santé des patients souffrant d'insuffisance cardiaque (IC). Les meilleures stratégies pour la promotion des auto-soins ne sont pas claires.</p> <p>Méthode : Essai pilote randomisé aveugle avec deux groupes. Les patients atteints d'IC ont été recrutés dans un hôpital urbain et randomisés 2 : 1 à l'intervention d'entrevue motivationnelle (EM) ou les soins habituels. Les critères d'admission incluent les patients ayant un diagnostic d'IC, vivant dans un rayon de 30 miles de l'hôpital, n'étant pas sous Milrinone ou sur une liste de pré-transplantation. L'intervention EM a été effectuée durant une visite à domicile et 3-4 appels téléphoniques ont été réalisé par une infirmière sur une durée de 90 jours. Les auto-soins ont été mesurés avec le Self Care Heart Failure Index, qui utilise un score de 0-100. Plus les scores sont élevées, meilleurs sont les auto-soins; un changement de 8 points est cliniquement pertinent.</p> <p>Résultats : 67 participants ont terminé l'étude (âge moyen 62 ± 12,8 années), 54 % étaient noirs, 30 % de femmes et 63 % avaient un niveau d'études ≤ collège. La plupart étaient symptomatiques (84 % NYHA III ou IV), avec 5,5 ± 2,8 comorbidités supplémentaires. Les participants du groupe d'intervention ont eu une amélioration de 9 points le maintien des auto-soins</p>

					<p>par rapport au groupe contrôle ($p = 0.026$). Les participants qui se sont déclarés avoir un mauvais état de santé général au départ ont présenté une amélioration de 10 points dans le maintien des auto-soins ($p = 0.013$). Les participants ayant une mauvaise qualité de soutien par rapport à ceux ayant une bonne qualité de soutien ont eu une amélioration de 11,5 points dans l'entretien auto-soins ($p = 0,028$). Etre atteint d'apnée du sommeil a été associé à une augmentation > 20 points dans le maintien des auto-soins ($p = <0,001$) et avoir des ressources financières insuffisantes a été associée à une baisse de 13 points dans le maintien des auto-soins sur 90 jours ($p = 0,002$).</p> <p>Conclusions : Les patients avec IC ayant reçu l'intervention EM ont eu une amélioration cliniquement et statistiquement significative dans le maintien des auto-soins durant 90 jours. Les patients plus vulnérables (atteints de maladies concomitantes telles que l'apnée du sommeil, mauvais état de santé générale et la mauvaise qualité du soutien) ont bien réagi à l'intervention EM et à l'amélioration de du maintien des auto-soins. Dans l'ensemble, EM est une approche efficace pour améliorer le maintien des auto-soins.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?			X	Traditionnellement, les programmes d'éducation des patients se concentrent sur la diffusion d'informations didactiques. Cependant, l'éducation seule est rarement suffisante pour influencer les comportements d'auto-soins, en particulier dans le cas de l'insuffisance cardiaque, où il y a souvent des comorbidités. Dans l'ensemble, les approches éducatives pour améliorer les auto-soins ont été développés et testés avec peu d'impact sur les résultats de soin de l'insuffisance cardiaque.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>L'insuffisance cardiaque est un syndrome cardiovasculaire touchant plus de 5,7 millions d'Américains. Sa prévalence est en augmentation avec 870.000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année, en particulier chez les patients âgés de plus de 80 ans. La gestion de l'insuffisance cardiaque est complexe, car elle se produit souvent dans le contexte de maladies chroniques multiples, dont chacune exige des auto-soins spécifiques.</p> <p>La promotion des auto-soins contribue à diminuer la prévalence des symptômes et empêcher la ré-hospitalisation des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. L'initiation aux auto-soins est efficace durant les premiers symptômes de la maladie et peut retarder l'apparition d'une</p>

				<p>décompensation aiguë et une hospitalisation. En partie à cause du coût élevé des hospitalisations, environ 39 milliards de dollars ont été dépensés pour le traitement de l'insuffisance cardiaque aux États-Unis en 2012; par conséquent, trouver de meilleures stratégies pour la participation des patients dans leurs auto-soins est nécessaire.</p> <p>L'auto-soin pour les patients souffrant IC a été défini comme un processus de prise de décision comprenant à la fois le maintien de soins et la gestion des auto-soins. Le maintien des auto-soins consiste à choisir les pratiques de santé positive qui peuvent aider à prévenir une exacerbation aiguë. La gestion des auto-soins se fonde sur ces comportements de routine et comprend la prise de décision et la mise en place d'actions lors de signes et symptômes d'aggravation. Les auto-soins des patients souffrant d'IC doivent être adaptés à l'individu parce que chaque personne a sa propre expérience des symptômes, un statut fonctionnel différent ainsi que des valeurs et des motivations différentes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		<p>L'EM se base sur des conseils axés sur le client, sur la thérapie cognitivo-comportementale et sur la thérapie cognitive sociale et intègre également le modèle transthéorique de changement de comportement, qui évalue la préparation d'un patient à changer de comportement et développe des stratégies pour se déplacer vers prendre des mesures pour changer le comportement. L'EM intègre aussi les concepts de l'établissement de relations de la thérapie humaniste avec des stratégies actives orientées vers les étapes du changement.</p> <p>Les caractéristiques de l'EM sont: exprimer l'empathie, le développement de divergence les croyances et les comportements, rouler avec la résistance, et soutenir l'auto-efficacité. L'intervieweur maintient une approche non moralisatrice et permet au patient de déterminer la nécessité d'un changement de comportement, plutôt que d'offrir des conseils non sollicités sur la nécessité d'un changement. L'intervieweur explore les moyens de mettre en œuvre le changement seulement une fois que le patient exprime le désir et la confiance de changer.</p> <p>L'objectif de l'EM est d'aider les individus par le biais de l'ambivalence présente dans les comportements problématiques ou insalubres et pour les aider à exprimer verbalement motivation à changer ou non en utilisant un ton de non-jugement, empathique et encourageante. L'EM peut aider les gens à</p>

					identifier la façon dont leur comportement actuel se confronte avec leur capacité à atteindre objectifs de santé personnels, en particulier dans le contexte de la faible volonté de changement.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			L'utilisation d'une approche EM pourrait aider les patients souffrant d'IC à se concentrer sur leur motivation interne au changement d'une manière non conflictuelle, centrée sur le patient et sur la collaboration. Ils devraient également affirmer leur capacité à pratiquer l'auto-soins de manière compétente pertinente.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			<p>Les premières données de deux études pilotes ont suggéré qu'une entrevue motivationnelle est bénéfique pour les adultes souffrant d'IC grâce à l'amélioration de leurs auto-soins. L' EM était efficace pour augmenter la participation des patients dans les discussions sur les auto-soins et meilleure gestion des comportements d'auto-soins. Un EM améliorerait l'adhésion aux médicaments anti-hypertensifs chez les patients afro-américains hypertendus et ont constaté que EM a été efficace.</p> <p>EM en IC</p> <p>Développé à la base pour la toxicomanie, l'EM est maintenant également utilisé pour aider les patients dans les maladies cardiovasculaires, y compris l'IC dans les paramètres aigus et ambulatoires. L'EM a été utilisés pour augmenter l'activité physique chez les personnes âgées souffrant d'IC, ainsi que la qualité de vie. L'EM a été spécifiquement utilisé pour améliorer les auto-soins dans l'IC dans les petites études pilotes; Cependant, des études plus importantes comme l'étude Ogedegbe sont nécessaires pour construire des preuves et confirmer les résultats prometteurs des essais pilotes plus petits.</p> <p>Pour faire face à la réalité des échanges entre les soignants et les patients dans les milieux cliniques, le "bref EM" qui peut être mis en œuvre sur une courte durée a été développé. Bien que conçu à l'origine pour traiter la toxicomanie, le bref EM a une large application à d'autres maladies chroniques.</p>
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Quantitatif, un essai pilote contrôlé randomisé, prospectif
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle	X			Les participants sont randomisés pour recevoir soit l'intervention EM soit les soins habituels :

	suffisamment détaillée ?			<p>Le groupe EM reçoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • matériel éducatif des patients • 1 visite à domicile post-hospitalisation • 3-4 appels téléphoniques par une infirmière sur 90 jours. <p>Le groupe de soins habituels (contrôle) reçoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • matériel éducatif aux patients • soins post-hospitalisation habituelle. <p>Les adultes atteints d'insuffisance cardiaque sont inscrits dans l'étude MITI-HF à partir de deux unités urbaines de cardiologie d'hospitalisation.</p> <p>Critères d'inclusion : être hospitalisés avec un diagnostic primaire ou secondaire d'IC, être capable de lire et parler l'anglais, être âgé de 18 ans ou plus, vivre dans un environnement où ils peuvent indépendamment se livrer à l'auto-soin, vivre à moins de 30 miles de l'hôpital universitaire, être alphabétisé, avoir une IC symptomatique de classe II-IV) et être disposés à participer.</p> <p>Critères d'exclusion : Etre sous traitement de Milrinone, être sur une liste pour une transplantation cardiaque ou pour l'implantation d'un dispositif d'assistance ventriculaire, être enceinte, être psychotique ou souffrir de déficience cognitive suffisamment importante pour nuire à la capacité de donner un vrai consentement, participer à l'intervention, ou compléter les instruments d'étude.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		La taille de l'échantillon cible est de 65 participants; Toutefois, pour tenir compte d'un taux d'usure de 35% environ, 100 participants seront recrutés.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		<p>Self-Care Indice de Heart Failure</p> <p>Les auto-soins sont mesurés à l'aide du SCHFI v 6.2. Un questionnaire sur 22 items, qui quantifie le maintien, la gestion des auto-soins, et la confiance des soins personnels (auto-efficacité). Chaque score de l'échelle va de 0 à 100; des scores plus élevés indiquent des meilleurs auto-soins.</p> <p>Kansas City cardiomyopathie Questionnaire (KCCQ)</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		

				<p>La qualité de vie est mesurée avec le KCCQ, qui compte 23 items qui peuvent être quantifiés en cinq sous-échelles: limitations physiques, symptômes, qualité de vie, interférence sociale, et auto-efficacité. Les scores des sous-échelles étaient compris entre 0 et 100. Des scores plus élevés indiquent de meilleurs résultats.</p> <p>Heart Failure somatique Perception Scale (HFSPS) v. 3, mesure les symptômes physiques aigus. Les scores sont calculés en additionnant les réponses; des valeurs plus élevées reflètent des pires symptômes physiques. Les réponses aux 18 items vont de 0 (je n'ai pas eu ce symptôme) à 5 (symptôme très gênant). Le score total varie de 0 à 90 avec des scores plus élevés indiquant le pire symptôme de détresse physique. La fiabilité déclarée de l'échelle HFSPS est de 0,90 et elle est également valide.</p> <p>Hospitalisations ont été quantifié par suite aux dires des patients et confirmé avec le dossier de santé électronique.</p> <p>Variables démographiques et cliniques.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X		<p>Les assistants de recherche collectent les données sur les questionnaires de base par téléphone environ deux semaines après la sortie de l'hôpital. Les données de suivi sont collectées 90 jours après la collecte de données de références. Si les participants n'ont eu aucun souvenir de l'étude ou de la signature du consentement éclairé lors de l'appel de base, ils ont été exclus de l'étude car la cognition n'était pas suffisante pour continuer.</p> <p>Pour atteindre l'équilibre dans les groupes d'étude sur les caractéristiques démographiques et cliniques importantes et d'augmenter la puissance statistique, la randomisation est effectuée par minimisation en utilisant le programme Minim. Les participants sont stratifiés en fonction de la classe fonctionnelle NYHA et du sexe. La randomisation à l'intervention ou le groupe de soins habituels se produit après la signature du consentement éclairé et les scores de cardiologue classent fonctionnelle NYHA. L'un des chercheurs principaux et tous les assistants de recherche sont aveuglés à la randomisation des participants. L'autre chercheur principal n'a pas été aveuglé afin de rester entièrement disponible auprès du personnel pour les questions autour de la mise en œuvre de l'étude.</p>

					<p>Avant le début de l'étude, deux infirmières diplômées ont reçu deux jours de formation sur la théorie de l'EM, la technique et les compétences d'auto-soins. Le principal enquêteur, un expert en EM, a supervisé les deux jours de formation. Compte tenu de l'importance de la formation des compétences de communication et de meilleurs résultats dans les études où la pratique des compétences a eu lieu, les interventionnistes ont développé leurs compétences EM grâce à des simulations et des jeux de rôle avec des patients acteurs avant d'interagir avec les participants de l'étude.</p> <p>Les infirmières spécialisées dans l'IC réalisent l'intervention EM. La même infirmière suit le participant tout au long l'étude. L'intervention comprend une séance d'intervention EM à domicile suivi par trois à quatre appels téléphoniques sur 90 jours. L'intervention commence avec le travaille avec le participant sur la résolution de la résistance ou de l'ambivalence à changer sur des aspects spécifiques de l'auto-soin. La conversation évolue ensuite vers la planification des actions. Avant de rencontrer le participant, l'infirmière a également eu accès au résultat de la Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI), qui indiquent les éléments ou peu d'auto-soins sont effectués par le patient qui peuvent être utilisé pour la discussion. «A quelle fréquence faites-vous une activité physique" Par exemple, si un participant répond "Jamais ou rarement» ou «parfois», et qu'articule que son objectif est: "d'être en mesure d'assister aux matchs de football de son petit-fils cet automne" l'infirmière adapte l'intervention sur l'activité physique. Fait important, le style centré sur la clientèle est cohérent tout au long du processus de construction de la motivation, où conseils et un soutien préventif sont fournis sans tomber dans un style ouvertement éducatif ou directif.</p> <p>Afin de s'assurer de la fidélité et fiabilité des séances d'intervention, toutes les séances sont enregistrées numériquement, transcrites et analysées par les chercheurs. Une rétroaction corrective par rapport à leur écart concernant le protocole de l'étude a été fourni aux interventionnistes En plus de rétroaction continue avec les interventionnistes, un psychologue et formateur certifié en EM examine également les transcriptions aléatoires et fournit une rétroaction aux interventionnistes sur la qualité de EM ainsi que sur le respect du protocole.</p> <p>Les photos contenues dans le matériel éducatif sont en rapport avec la démographie et la culture de la population étudiée. Toutes les fiches</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>pédagogiques visent les changements de comportement par le biais de la participation des participants, comme écrire les noms des proches voudraient l'aider à voir les habitudes qui pourraient bloquer leur progression vers le changement</p> <p>Ethique : Cette étude est réalisée en conformité avec le Code de déontologie énoncé dans la Déclaration d'Helsinki.</p> <p>L'étude a été approuvée par l'Université de Pennsylvanie Institutional Review Board. Les participants ont donné par écrit leur consentement éclairé et les procédures de collecte de données sont conformes à l'information Portability santé et les règlements de la Loi sur la responsabilité.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Des statistiques descriptives standardisées de fréquence, tendancieuse centrale, et la dispersion sont utilisées pour décrire toutes les mesures de l'étude à l'inclusion. Les comparaisons sociodémographique et les caractéristiques cliniques entre le groupe intervention et le groupe de soins habituels au départ seront signalées à l'aide de t de Student, de l'analyse Pearson ou ANOVA le cas échéant. Les différences entre les groupes dans l'amélioration des auto-soins seront quantifiées à l'aide de tests t sans assumer de variance égale. Des analyses seront effectuées en utilisant StataSE (College Station, Texas).
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			67 participants ont terminé l'étude (âge moyen 62±12,8 années), 54 % étaient noirs, 30 % de femmes et 63 % avaient un niveau d'études ≤ collège. La plupart étaient symptomatiques (84 % NYHA III ou IV), avec 5,5±2,8 comorbidités supplémentaires. Les participants du groupe d'intervention ont eu une amélioration de 9 points le maintien des auto-soins par rapport au groupe contrôle (p = 0.026). Les participants qui se sont déclarés avoir un mauvais état de santé général au départ ont présenté une amélioration de 10 points dans le maintien des auto-soins (p = 0.013). Les participants ayant mauvaise qualité de soutien par rapport à ceux ayant une bonne qualité de soutien ont eu une amélioration de 11,5 points dans l'entretien auto-soins (p = 0,028). Avoir l'apnée du sommeil a été associé à une augmentation > 20 points dans le maintien des auto-soins (p = <0,001) et ayant des ressources financières insuffisantes a été associée à une baisse de 13 points dans le maintien des auto-soins de plus de 90 jours (p = 0,002).

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		Cet article décrit le développement et la mise en œuvre du MITI-HF, un essai contrôlé randomisé testant une intervention EM pour soutenir les auto-soins dans l'IC. La force prévue de l'étude est une forte participation des Afro-Américains avec plusieurs maladies chroniques. Les patients avec IC ayant reçu l'intervention EM ont eu une amélioration cliniquement et statistiquement significative dans le maintien des auto-soins durant 90 jours. Les patients plus vulnérables (atteints de maladies concomitantes telles que l'apnée du sommeil, mauvais état de santé générale et la mauvaise qualité du soutien) ont bien réagi à l'intervention EM et à l'amélioration de du maintien des auto-soins. Dans l'ensemble, EM est une approche efficace pour améliorer le maintien des auto-soins.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Non, sûrement car tous les résultats n'ont pas encore été publié
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les faiblesses prévues sont l'absence d'une mesure d'auto-soins objective (podomètre par exemple).
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			L'importance de cette étude est qu'elle teste une intervention EM innovante qui a un fort potentiel pour être intégré dans les soins de transition.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			<i>L'article est bien structuré et l'étude est très détaillée</i> <i>Cette grille de recherche a été remplie en utilisant deux sources différentes : l'une contenait la méthode et le déroulement de l'étude et l'autre les premiers résultats de l'étude.</i>

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			<i>L'entretien motivationnel semble être un moyen efficace d'accroître l'adhérence thérapeutique des patients souffrant d'IC. Il pourrait facilement être intégré dans le cadre de l'insuffisance cardiaque en suisse.</i>
--------------------	---	---	--	--	--

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Références complètes :

Monteiro Mantovani, V., Brasil Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Mussi, C., & Rabelo-Silvia, E.-R., (2015). Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. Acta Paul Enferm. (28)1, 41-47.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Adhérence aux traitements chez les patients souffrant d'IC recevant des visites à domicile dispensées par des infirmières »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Objectif: évaluer l'adhérence aux traitements des patients atteints d'IC recevant des visites d'infirmières à domicile à la suite d'une hospitalisation</p> <p>Méthodes: 3 visites à domicile ont été effectuées dans les 45 jours suivant la sortie de l'hôpital. L'adhérence au traitement a été évaluée dans la 1^{ère} et 3^{ème} visites à travers un questionnaire.</p> <p>Au cours de la 1^{ère} et 2^{ème} visites, les patients ont reçu un enseignement sur l'observance du traitement et les auto-soins.</p> <p>Résultats: 32 patients ont été inclus, l'âge moyen était de 65 ± 16 ans, 18 (58%) étaient des hommes. Les 32 patients ont reçu un total de 96 visites à domicile. Le score d'adhérence aux traitements est passé de 16 ± 2,6 à la 1^{ère} visite à 20,4 ± 2,7 à la 3^{ème} (p = 0,001). La surveillance du poids et la restriction hydrique ont été améliorées après l'intervention.</p> <p>Conclusion: Les interventions d'éducation à domicile ont permis l'amélioration de l'adhérence aux traitements des patients récemment hospitalisés pour IC.</p>
Introduction	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les principales raisons de réhospitalisation chez les patients souffrants d'ICC sont une la mauvaise observance du

Enoncé du problème					traitement et l'incapacité du patient à identifier les signes et symptômes de décompensation cardiaque.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>Bien que l'éducation de la santé et les traitements pharmacologiques sont davantage intégrés dans les soins aux patients, le taux de réhospitalisation chez les patients atteints d'IC reste encore élevé</p> <p>Plusieurs stratégies ont été mises en œuvre dans le but d'améliorer l'observance du traitement chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Les visites à domicile et les appels téléphoniques, par exemple ont tous deux été montrés, une utilité sur l'observance du traitement et les soins. Il a été démontré dans de précédentes études que les visites à domicile sont un moyen pour approcher les patients et leurs familles pour leur fournir des informations concernant l'IC et les auto-soins. Elles permettent le renforcement et le suivi des instructions fournies durant l'hospitalisation, l'évaluation systématique de l'adhérence au traitement, ainsi que la reconnaissance des signes et symptômes de décompensation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		<i>Pas de cadre théorique, ni de concepts définis</i>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		<p><i>Pas d'hypothèse formulée clairement.</i></p> <p>Objectif : évaluer l'observance du traitement chez les patients atteints d'IC ayant reçu des visites à domicile par des infirmières après une hospitalisation, au cours de laquelle ils ont reçu des informations concernant l'IC et ses traitements.</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			<p>Les visites à domicile et les appels téléphoniques, par exemple ont tous deux été montrés, une utilité sur l'observance du traitement et les soins. Il a été démontré dans de précédentes études que les visites à domicile sont un moyen pour approcher les patients et leurs familles pour leur fournir des informations concernant l'IC et les auto-soins. Elles permettent le renforcement et le suivi des instructions fournies durant l'hospitalisation, l'évaluation systématique de l'adhérence au</p>

					traitement, ainsi que la reconnaissance des signes et symptômes de décompensation.
Méthodes					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Devis quantitatif, étude expérimentale en 2 temps : récolte de données et nouvelle récolte après l'intervention
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Au domicile de 32 patients ayant été hospitalisés récemment pour IC décompensée dans deux hôpitaux au sud du Brésil. Critères d'inclusion : âgés d'au moins 18 ans, avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche $\leq 45\%$, qui vit à moins de 25 km des hôpitaux où l'étude a été menée. Critères d'exclusion : Patients atteints de troubles de la communication ou de maladies neurologiques dégénératives.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			32 patients est un échantillon permettant d'obtenir des résultats significatifs <i>selon le calcul des auteurs</i>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Echelle d'évaluation de l'adhérence comprend 10 questions concernant la prise des médicaments, la surveillance du poids, la consommation de sel et de liquide, les RDV médicaux et les examens réguliers. Chaque question est suivie de 3 ou 4 réponses possibles. Le score total peut aller de 0 à 26. Un score de 18 est considéré comme le minimum pour l'observance du traitement, car il correspond à un taux d'adhérence de 70%. Echelle adaptée et validée pour le Brésil. Donnée cliniques : mesures anthropométriques, antécédents médicaux, comorbidités, échocardiographie, traitements pharmacologiques Données démographiques : sexe, âge, statut socio-économique, niveau d'éducation
	-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			<p>Visite 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire d'adhérence • Examen physique • Evaluation du statut fonctionnel avec l'échelle NYHA • Enseignement, sujets abordés : consommation de sel et d'eau, surveillance quotidienne du poids, identification de signes et symptômes d'une décompensation, mécanisme d'action et effets secondaires des médicaments, et vaccins (grippe et pneumonie). • Temps pour que les patients et leur famille puissent poser des questions à la fin de la visite <p>Visite 2 (après 2 semaines)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen physique • Evaluation du statut fonctionnel avec l'échelle NYHA • Renforcement des recommandations au sujet des traitements et des auto-soins par l'infirmière • Temps pour les questions <p>Visite 3 (après 2 semaines)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire d'adhérence • Examen physique • Evaluation du statut fonctionnel avec l'échelle NYHA • Renforcement des recommandations au sujet des traitements et des auto-soins par l'infirmière <p>Ethique : suivi le développement de normes nationales et internationales de l'éthique de la recherche impliquant des sujets humains.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			p<0.05 est considéré comme statistiquement significatif.

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Un total de 32 patients avec un âge moyen de 65 ± 16 ans ont été inclu dans l'étude, dont 18 (58%) étaient des hommes. La plupart des patients vivaient avec au moins deux membres de leur famille. 21 patients (67%) avaient été hospitalisés au moins une fois pour une IC décompression au cours des 12 mois précédents. Le nombre de patients qui étaient dans les classes fonctionnelles I et II, a augmenté accrue entre la 1ère visite à domicile (58 %) et la 3ème visite à domicile (75%).</p> <p>L'adhérence a augmenté significativement entre la 1ère (score entre 11 et 22) et la 2ème visite (score entre 15 et 25)</p> <p>53.1% des patients ont obtenu 18 à la 1ère visite contre 81.3% à la 3ème → statistiquement significatif</p> <p>Aucun score n'a diminué au cours des visites</p>
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	<p>Les informations concernant les traitements et les surveillances fournies par les infirmières ont eu un impact positif sur l'observance du traitement.</p> <p>La surveillance quotidienne du poids et le contrôle des apports liquidiens ont affiché le plus fort taux d'augmentation de l'adhérence</p> <p>Amélioration du statut fonctionnel (NYHA) entre la 1ère et la 3ème visite</p> <p>D'autres auteurs mettent en avant que :</p> <p>Une mauvaise observance du traitement est l'un des principaux facteurs de risque de décompensation et d'hospitalisation.</p> <p>Les facteurs de risque d'une faible adhérence sont : le niveau d'éducation, les troubles psychologiques, les caractéristiques, la complexité et les coûts de la maladie, la posologie, les effets secondaires du traitement, les comorbidités, et la relation entre les professionnels.</p> <p>Hospitalisations antérieures augmenteraient les niveaux d'adhérence.</p> <p>La prise en charge de patients par une équipe conduit à des améliorations significatives de la qualité de vie et l'observance.</p>

					<p>Les interventions éducatives (par téléphone et visite à domicile) peuvent avoir un impact considérable sur les comportements d'auto-soins des patients souffrant IC.</p> <p>Les visites à domicile par des infirmières sont une stratégie efficace pour augmenter les auto-soins et l'adhésion aux traitements.</p> <p>Les prises en charges pluridisciplinaires sont efficaces chez les patients souffrant d'IC. Par ailleurs, les visites à domiciles sont les plus efficaces car elles permettent de favoriser l'autonomie et l'indépendance, de réduire l'anxiété et la dépression, ainsi que d'améliorer la qualité de la vie, l'interaction entre le personnel infirmier, la famille et les patients ce qui permet d'établir une alliance thérapeutique forte, ce qui se favorise probablement l'amélioration des auto-soins.</p> <p>La première étape pour effectuer une gestion des auto-soins est la surveillance des symptômes pour éviter les ré-hospitalisations. Une équipe multidisciplinaire devrait se concentrer sur les facteurs qui peuvent aggraver la situation, les réactions du patient à l'effort physique, ainsi que la manifestation de signes et symptômes de décompensation. Le succès des interventions pour les patients souffrant d'IC dépend principalement de la participation active et l'adhésion ainsi que sur la sélection d'un programme thérapeutique adéquate par l'équipe de soins de santé. En outre, les obstacles à l'adhésion doivent toujours être identifiés et surmontés pour assurer que le traitement est efficace.</p>
	-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	<i>Résultats sont clairement expliqués Cependant, cet article ne contient pas de cadre de références, pas de perspectives pour le futur clairement citées, pas de discussion concernant les limites de l'étude.</i>
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			<i>Le renforcement par des visites à domicile est efficace pour augmenter l'adhérence des patients souffrant d'IC</i>

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Références complètes :

Motta Mussi, C., Ruschel, K., Nogueiro de Souza, E., Nogueira Mello Lopes, A., Trojahn, M. M., Camargo Paraboni, C., & Rejane Rabelo, E. (2013). Home visit improves knowledge, self-care and adhesion in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21, 20-28.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Les visites à domicile augmentent les connaissances, l'autogestion et l'adhésion dans l'IC : Un essai clinique randomisé HELEN-I »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Objectif : Vérifier l'effet d'une intervention éducative infirmière (visites à domicile et contact téléphonique) chez des patients récemment hospitalisés pour décompensation d'IC, sur leurs connaissances de la maladie, leurs habilités en auto-soins et leur adhérence au traitement, en comparaison avec l'accompagnement conventionnel des patients dans une période de 6 mois.</p> <p>Méthode : Essai clinique randomisé avec 200 patients. Le groupe intervention (101 patients) a reçu 4 visites à domicile et 4 contacts téléphoniques pour renforcer, durant 6 mois. Le groupe contrôle (99 patients) a reçu l'accompagnement conventionnel sans visites et sans contact téléphonique.</p> <p>Résultats : Amélioration significative des connaissances et des auto-soins ($p=0,001$ et $p<0,001$). Amélioration significative de l'adhérence au traitement ($p<0,001$)</p> <p>Conclusion : L'intervention a été efficace et mérite donc d'être considérée pour une mise en place au Brésil, visant à éviter les hospitalisations non planifiées.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'IC est la principale cause d'hospitalisation chez les individus âgés de plus de 65 ans. Environ 50% des patients qui sortent de l'hôpital sont réhospitalisés dans une période de 6 mois, dont 70% dû à une évolution de l'IC (principalement des congestions).

					Certains facteurs contribuent à ce taux élevé de réhospitalisations : la faible connaissance des patients sur la maladie et le traitement, l'incapacité à reconnaître les signes de péjoration, la difficulté d'accéder aux services de soins, l'âge avancé et l'isolement social.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Des stratégies d'accompagnement multidisciplinaires dans la gestion du traitement non pharmacologique ont été testées et ont amenées des bénéfices dans l'obtention et le maintien d'un état clinique stable. Cette approche non pharmacologique est basée sur un processus continu d'éducation et développement des capacités de pratiquer des auto-soins, avec des évaluations constantes. Des résultats de méta-analyses sur ces approches, rapportent une amélioration des connaissances sur le traitement, les auto-soins et l'adhésion, en plus d'augmenter la qualité de vie et de réduire les coûts. Cependant, il est difficile d'identifier quelle est la meilleure stratégie au vue de la diversité des interventions et des contextes dans lesquels elles sont appliquées. Des résultats de réduction de réhospitalisations et mortalité ont été suggérés lorsque l'intervention a eu un accompagnement à domicile. La variabilité des interventions quant au début (à l'hôpital ou après), au contexte de l'intervention (en ambulatoire, à domicile, dans une clinique spécialisée), à la durée (une seule visite, un accompagnement durant plusieurs mois) méritent d'être étudiés.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		<i>Aucun cadre théorique ou conceptuel n'est mentionné dans cet article.</i>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Cet essai clinique randomisé a été développé pour tester l'hypothèse que l'approche de visites à domicile durant 6 mois chez des patients souffrant IC décompensé, améliore les connaissances sur la pathologie, les habilités d'auto-soins, l'adhésion au traitement.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Cette étude est pertinente dans la perspective que la meilleure approche pour promouvoir des résultats positifs pour la santé est de s'assurer que les directions/orientations et les soins dispensés par l'équipe multidisciplinaire sont réalisés individuellement dans un contexte familiale et social de chaque patient.

Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Essai clinique randomisé, nommé Home based intErvention LEd by Nurse in Brazil (HELEN-I).
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Des patients hommes ou femmes, d'âge supérieure ou égale à 18ans, ayant été diagnostiqués d'IC avec disfonctionnement systolique (fraction d'éjection inférieure ou égale à 45%) et hospitalisés pour décompensation cardiaque. Ont été exclus ceux qui présentait des obstacles à la communication, qui avaient un diagnostic d'IC aiguë secondaire à un sepsis, myocardite, infarctus du myocarde, qui résident à plus de 20km des institutions ou qui ne pouvaient pas être contactés par téléphone. Les patients ont été sélectionnés dans les unités de soins de 2 institutions de la région Estado do Rio Grande do Sul, lors des fouilles journalières faites par l'équipe de recherches.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	La taille de l'échantillon n'est pas claire dans cette partie de l'article, mais elle est expliquée dans le premier paragraphe du chapitre résultats. Entre août 2009 et janvier 2012, 1452 patients potentiels pour l'étude ont été admis dans une des 2 institutions. Parmi eux, 916 présentaient au moins un des critères d'exclusions, 10 n'ont pas voulu participer, 326 ont été exclus pour d'autres raisons. Pour cette étude, 200 patients ont été randomisés : 101 dans le groupe intervention et 99 dans le groupe contrôle. Après la randomisation, 4 patients du groupe intervention sont décédés et n'ont ainsi pas reçu l'intervention (97 patients l'ont reçu). Durant le déroulement de l'intervention, 12 patients du groupe intervention et 18 du groupe contrôle sont décédés. Ainsi, en tout 151 patients ont été analysés.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les variables sont les changements dans les connaissances sur la maladie, dans les auto-soins et dans l'adhérence au traitement :
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Pour la variable sur les connaissances pathologiques, un questionnaire de 14 questions a été appliqué (1 point par question, 14 points au total, score transformé en pourcentage, les connaissances sont considérées adéquates à partir de 70%). - Pour mesurer les auto-soins, l'échelle EHFSBS (European Heart Failure Self Care Behavior Scale) a été utilisée, elle est composée de 12 questions (scores entre 12 et 60 points, 12 étant le mieux et 60 le pire).

					<p>- Pour vérifier l'adhérence, un questionnaire de 10 questions a été utilisé (score entre 0 et 26, 26 étant le mieux, score transformé en pourcentage, l'adhésion était considérée suffisante à partir de 70%).</p> <p>Tous les instruments ont été validés pour leur usage au Brésil.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>Le groupe intervention reçoit un accompagnement par des infirmiers spécialisés en soins chez des patients avec de l'IC, au moyen de 4 visites à domicile (au 10^{ème}, 30^{ème}, 60^{ème} et 120^{ème} jours après la sortie de l'hôpital) durant une période de 6 mois. Entre ces visites, 4 contacts téléphoniques ont lieu pour renforcer la direction à suivre.</p> <p>À chaque visite à domicile, l'infirmière effectuait une anamnèse et un examen clinique (guidé par le Score Clinique de Congestion), puis le patient répondait aux 3 questionnaires. Durant ces visites, le patient et le/les proche(s) (s'ils sont présents) sont informés sur la maladie, l'usage régulier des traitements médicamenteux et leurs effets, sur les actions non pharmacologiques telles que le contrôle du poids, la restriction hyposodée, la pratique d'exercice physique, et la vaccination annuelle. L'infirmière éclaircit aussi les doutes des patients et leurs proches. Elle les rend également attentif à l'observation de signes d'aggravation tels que la prise de 2kg en une semaine, une augmentation de la dyspnée à l'effort ou une augmentation de la toux. L'objectif est qu'ils puissent entreprendre des actions lorsqu'ils observent ces changements, c'est-à-dire augmenter la restriction hydrique ou hyposodée ou contacter précocement les services de santé.</p> <p>Les contacts téléphoniques étaient effectués avec un intervalle de 15 à 30 jours après les visites à domicile.</p> <p>Le groupe contrôle a maintenu l'accompagnement conventionnel dans les institutions d'origine, qui pouvait inclure des consultations ambulatoires ou non.</p> <p>Au bout des 6 mois, les patients des 2 groupes ont été évalués dans les institutions hospitalières de référence.</p> <p><u>Ethique</u> : l'étude a été approuvée par les Comités d'Ethique en Recherches des 2 institutions.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour	X			<p>Les variables continues ont été exprimées par moyenne et écart-type pour celles avec une distribution normale ou avec médiane, et par écart interquartiles pour les celles avec une distribution asymétrique.</p>

	répondre à chacune des hypothèses ?				<p>Les t-test de Student, chi-carré et u-test de Mann-Whitney ont été utilisés pour comparer les caractéristiques entre les groupes.</p> <p>Un $p < 0,05$ est considéré comme significatif.</p> <p>Un programme de statistiques a été utilisé pour les analyses.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La moyenne d'âge dans le groupe intervention est de 62,49ans avec un écart-type de 13,65. Puis dans le groupe contrôle, 63,37ans avec écart-type de 12,05. - Dans les 2 groupes le sexe prédominant est le masculin. - La moyenne de la fraction d'éjection est de 29,29% (écart-type de 8,04) dans le groupe intervention et de 30,31% (écart-type de 9,55) dans le groupe contrôle. - Le diabète et l'hypertension sont les comorbidités les plus présentes. <p>Connaissances de l'IC, auto-soins et adhérence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une amélioration des trois variables a été observée au terme de cette étude. - En 6 mois, le groupe intervention a augmenté de 24,8% le score du questionnaire des connaissances, contre seulement une augmentation de 9,76% dans le groupe contrôle. On remarque une augmentation significative entre le score de base et la 1^{ère} visite, puis entre la 3^{ème} et 4^{ème} visite. - En 6 mois, le groupe intervention a amélioré de 12,09 points son score au questionnaire sur les auto-soins, contre une amélioration d'uniquement 3,13 points pour le groupe contrôle. On remarque une amélioration significative entre la 1^{ère} et 2^{ème} visite, puis l'amélioration est plus constante. - Pour le questionnaire d'adhérence, le score a également augmenté dans le groupe intervention, avec une ponctuation plus grande que celle obtenue par le groupe contrôle. On remarque aussi une amélioration significative entre la 1^{ère} et 2^{ème} visite, puis l'amélioration est plus constante.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et		X		<p><i>Non, mais ils sont comparés aux résultats d'autres études semblables.</i></p> <p>Des résultats semblables ont été démontrés dans une récente publication avec des patients IC ayant reçu une intervention à domicile, des rencontres éducatives, un renfort par télémonitoring et une brochure d'orientation avec</p>

	conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			<p>un suivi de 9 mois. Le groupe ayant reçu l'intervention a eu une augmentation de 20% du score de de l'échelle de comportement d'auto-soins, confirmant l'effet de cette approche.</p> <p>Un autre essai clinique randomisé a fait de l'éducation thérapeutique chez des patients IC durant l'hospitalisation, puis parmi eux, un groupe a reçu un accompagnement téléphonique durant 3 mois. Les deux groupes ont eu une amélioration significative des connaissances et auto-soins au bout des 3 mois, indépendamment de l'intervention téléphonique. Ces résultats indiquent qu'une éducation sur l'IC est un point-clé pour l'investissement des patients dans leurs auto-soins. Le contexte hospitalier durant une hospitalisation pour décompensation cardiaque, laisse le patient plus sensible à la prise de conscience de l'importance des auto-soins. Plusieurs études révèlent que ce moment est le plus important pour initier l'éducation. Lorsque les orientations sont mises en place à domicile, l'infirmier peut ajuster les interventions en auto-soins au quotidien réel des patients pour être plus facilement atteignables.</p> <p>L'étude a également pu déterminer que les patients ont besoin d'une période d'apprentissage avec une clarification des buts et d'être valorisés à propos de leur intégration des mesures d'auto-soins.</p> <p>Dans cet article, il a été constaté une différence significative entre les groupes concernant l'adhérence. Dans une étude semblable, avec des visites à domicile et appels téléphoniques tous les 15 jours, après l'intervention intensive d'informations sur la pathologie, le traitement médicamenteux et non-médicamenteux, les patients du groupe intervention ont augmenté leur adhésion de 86,1%, contre 75,5% dans le groupe contrôle. L'augmentation de l'adhésion c'est également vérifié après des sessions répétitives d'éducation et un long suivi.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		<p>Cette approche par visites à domicile avec un renfort de l'orientation par téléphone, pour un accompagnement durant 6 mois chez des patients avec IC ayant été récemment hospitalisés pour décompensation cardiaque, a permis une amélioration des connaissances sur la maladie, les auto-soins et une augmentation de l'adhésion. L'intervention a été efficace et mérite donc d'être considéré pour une mise en place au Brésil, visant à éviter les hospitalisations non planifiées.</p>

	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		<i>Les auteurs n'ont pas abordé les limites de leur étude.</i>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les résultats démontrent que cette stratégie est efficace au Brésil chez des patients avec IC ayant été récemment hospitalisés pour décompensation cardiaque. Les effets sur l'amélioration des variables et peuvent donc être bénéfiques et influencer des résultats cliniques importants.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			<i>L'article est bien structuré et présente les résultats par graphiques qui facilitent la visualisation de l'évolution, les rendant plus parlants. Les chercheurs ont utilisé un grand échantillon qui permet de généraliser les résultats.</i>
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			<i>Le renforcement de l'éducation fait par des visites à domicile et des appels téléphoniques est efficace pour augmenter les connaissances sur la pathologie et augmenter l'adhérence thérapeutique (médicamenteuse et auto-soins).</i>

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Références complètes :

Welsh, D., Lennie, T. A., Marcinek, R., Biddle, M. J., Abshire, D., Bentley, B., & Moser, D. K. (2013). Low-sodium diet self-management intervention in heart failure: pilot study results. *Eur J Cardiovasc Nurs.*, 12(1), 87-95.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	« Intervention d'autogestion du régime hyposodé dans l'IC : Résultats d'une étude pilote » <i>Le titre serait plus complet s'il était précisé qu'il s'agit d'une intervention d'éducation.</i>
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Introduction : La gestion de l'auto-soin d'un régime hyposodé est une composante critique du ttt de l'IC. Buts : - Examiner l'efficacité d'une intervention d'éducation de la diminution l'apport de sodium alimentaire chez les patients avec IC. - Examiner les effets de l'intervention sur les attitudes, les normes subjectives et les perceptions de comportements de contrôle à suivre un régime hyposodé. Méthode : Essai clinique randomisé d'une intervention d'éducation basé sur la théorie du comportement planifié (The Theory of Planned Behavior). Les patients ont été randomisés dans le groupe de soins usuels (25 patients) ou dans le groupe intervention (27 patients) avec une collecte de données de base, après 6 semaines et après 6 mois. Le groupe intervention a reçu des instructions sur le régime hyposodé et le groupe de soins usuels n'ont reçu aucune instruction à propos de l'alimentation. Le logiciel Nutrition Data Systems-Research a été utilisé pour identifier le contenu de sodium dans les aliments du journal des repas. Attitudes, norme subjective, perceptions des comportements de contrôle ont été mesurés utilisant le questionnaire de restriction de l'apport en sodium. (Dietary Sodium Restriction Questionnaire). Résultats : Des analyses de covariance ont relevé que l'apport en sodium alimentaire ne diffère pas entre les groupe au bout de 6 semaines, mais il est

				<p>plus bas dans le groupe d'intervention au bout de 6 mois ($p=0.01$). Les scores des attitudes étaient plus élevés dans le groupe d'intervention au bout de 6 semaines ($p<0.01$).</p> <p>Conclusion : Des programmes éducationnels soigneusement conçus ont le potentiel pour produire les résultats de soins visés pour les patients tels que l'adhérence au régime hyposodé chez les patients avec IC.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X		<p>Les guidelines citent l'importance de la restriction de l'apport de sodium alimentaire pour prévenir la rétention liquidienne et les symptômes associés chez les patients avec IC.</p> <p>Les recommandations de l'apport en sodium chez les patients avec IC sont entre $\geq 2-4g$ par jour. L'éducation de cette thématique inclut l'enseignement à propos du contenu de sodium dans les aliments, à éviter de rajouter du sel de table ou cuisiner avec du sel et des astuces pour limiter l'apport de sodium lors de dîners aux restaurants.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X		<p>La plupart des programmes de gestion de l'IC nécessitent un investissement considérable dans le temps du personnel multidisciplinaire, et ne sont peut-être pas faisables ou durables dans les cliniques avec des ressources limitées. Des interventions plus petites et spécifiques visant l'adhérence au régime hyposodé telles que celle évaluée dans cette étude, nécessitent peut-être moins de ressources et seraient plus rentable.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X		<p>La théorie du comportement planifié (TCP) a guidé l'intervention de cette étude. L'intention comportementale est considérée comme le déterminant le plus important des comportements de santé tels que l'adhérence à un régime hyposodé. Selon cette théorie, les déterminants directs de l'intention comportementale sont l'attitude, les normes subjectives et le contrôle perçu.</p> <p>L'attitude est définie comme les croyances individuelles à propos des résultats de soins visés de performer un comportement. L'intervention qui fait l'objet de cette étude a été conçue pour augmenter les croyances comportementales positives en expliquant les aspects physiologiques de l'IC en de simples termes et la signification de l'excès de volume liquidien.</p> <p>Les normes subjectives sont définies comme les croyances normatives individuelles concernant l'approbation ou la désapprobation des comportements par les proches. Ces croyances normatives sont mesurées par les motivations individuelles à se conformer avec les croyances des proches. Par exemple, ceux qui croient en l'avis des proches et des soignants par rapport au comportement</p>

					et qui sont motivés à atteindre leurs attentes, auront une norme subjective positive envers le comportement. Le contrôle comportemental perçu est défini comme les croyances concernant la disponibilité des ressources et la présence de barrières. Les croyances de contrôle sont mesurées par l'impact de chaque ressource et obstacle qui facilite ou inhibe le comportement. Les ressources et les obstacles à l'adhérence du régime hyposodé étaient identifiés autant qu'intervention d'éducation. L'enseignement était individualisé pour augmenter les ressources et réduire les obstacles.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		<i>Pas d'hypothèses émises mais uniquement les buts de l'étude sont exposés.</i> Le but de cette étude était d'examiner l'impact à court terme (6 semaines) et long terme (6 mois) d'une intervention d'éducation basée sur une théorie, sur l'apport de sodium alimentaire des patients avec IC. Il est aussi examiné les effets à court et long terme de cette intervention sur les attitudes du patient, les normes subjectives et les perceptions de comportements de contrôle à suivre un régime hyposodé.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Un devis expérimental randomisé avec mesures répétées (données de base, 6 semaines, 6 mois) a été utilisé. Les patients randomisés au groupe d'intervention d'éducation de 6 semaines recevaient des instructions et des conseils sur l'adhérence au régime hyposodé par l'infirmière durant les visites à domicile et les appels téléphoniques. Les patients du groupe contrôle recevaient la visite 3 fois pour les collectes de données. Les composantes de la théorie comportementale planifiée étaient mesurées par le questionnaire de restriction de sodium alimentaire (Dietary Sodium Restriction Questionnaire – DSRQ).
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les patients ont été recrutés dans une clinique de cardiologie (63,5%), un hôpital public (23%) et un hôpital universitaire (13.5%). Critères d'inclusion : diagnostic IC dû à un dysfonctionnement systolique ventriculaire gauche ou avec la fonction systolique préservée, NYHA classe II-IV, pas de troubles cognitifs limitant son engagement dans une intervention

				<p>éducationnelle, ne pas être domicilié dans un établissement de soins, avoir plus de 21 ans, pas d'hospitalisation ou d'urgence de ttt d'IC dans les 12 mois précédant le début de l'étude, être domicilié à moins de 90 miles de l'hôpital ou clinique et parler anglais.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : transplantation cardiaque durant les 6 mois précédant le début de l'étude, des troubles cognitifs documentés, infarctus du myocarde durant les 3 mois précédant l'étude, autre maladie existante à un stade avancé, présence d'un trouble psychologique ou d'une dépression.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		<p>Les 52 patients ont été randomisés dans un des 2 groupes par le logiciel PLAN SAS 9.2 après la première récolte de données.</p>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		<p><u>Journal des repas</u> : les patients fournissaient en détails les repas de 3 jours lors de la récolte de données de base, aux 6 semaines et 6 mois pour documenter l'apport en sodium alimentaire. Des instructions spécifiques sur la façon dont remplir le journal des repas ont été données aux patients : peser la nourriture dans une balance numérique, mesurer les portions avec les ustensiles de cuisine standards, estimer la taille des portions avec des diagrammes et des modèles. Le journal invitait les patients à spécifier certains détails de la préparation et des types de nourriture consommée. Lors des visites à domicile les infirmières aidaient les patients si besoin pour remplir avec exactitude. Les données étaient ensuite introduite dans un logiciel (Nutrition Data Systems-Research, qui a enregistré plus de 18'000 repas avec leurs valeurs nutritionnelles) afin d'obtenir une valeur de consommation de sodium.</p> <p><u>Questionnaire de restriction de sodium alimentaire</u> : ce questionnaire a servi à mesurer les composantes de la théorie comportementale planifiée. Il consiste en des déclarations à propos des ressources, des obstacles, des référents, des attitudes/ croyances envers le suivi d'un régime hyposodé. Cet instrument est composé d'une partie qualitative et de 23 items dont 3 échelles de mesure : sous-échelle des attitudes (7 items), sous-échelle des normes subjectives (4 items) et sous-échelle du contrôle comportementale perçu (12 items).</p>

				<p>Dans la partie qualitative il leur est demandé de décrire les instructions qu'ils reçoivent de la part des soignants, mais aussi comment et pourquoi ils suivent le régime hyposodé.</p> <p>Dans la sous-échelle des attitudes, ils indiquent à quel point ils sont en accord ou non avec certaines déclarations telles que « il est important pour moi de suivre mon régime hyposodé » ou encore « manger peu de sel va empêcher une rétention des fluides dans mon corps ».</p> <p>Dans la sous-échelle des normes subjectives, les patients évaluaient à quel point ils étaient en accord ou désaccord avec des déclarations telles que « mon docteur pense que je devrais suivre un régime hyposodé » ou encore « mon épouse ou autre membre de la famille pense que je devrais suivre un régime pauvre en sel ».</p> <p>Dans la sous-échelle du contrôle comportemental perçu, les patients évaluaient combien d'items tels que « le coût de la nourriture pauvre en sel » ou encore « le goût de la nourriture pauvre en sel », étaient des obstacles au suivi d'un régime hyposodé.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		<p><i>Les variables de la théorie comportementale sont décrites dans chapitre d'introduction. (dans la grille : introduction et cadre théorique).</i></p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X		<p>L'intervention consistait en 6 semaines de sessions à domicile et des appels téléphoniques pour fournir des instructions à propos du comportement pour promouvoir l'adhérence au régime hyposodé. Les patients ont reçu un enseignement sur la relation entre un grand apport de sodium et les symptômes d'excès de volume liquidien, mais aussi sur l'identification de nourriture avec haute et faible teneur en sodium, les stratégies pour réduire l'apport en sodium alimentaire, et des conseils pour choisir des aliments faible en sodium lors de dîners en dehors de la maison.</p> <p><u>Ethique</u> : L'étude a reçu l'approbation du Comité d'examen institutionnel. Les patients ont signé un consentement éclairé</p>
Résultats Traitement des données	-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour	X		<p>Les 2 groupes avaient une différence de la moyenne d'âge de 6 ans, le groupe intervention étant le plus jeune. Les participants du sexe masculin avaient un plus haut taux de sodium aux 6^{ème} mois.</p>

	répondre à chacune des hypothèses ?				Dans la <u>partie qualitative</u> du questionnaire, 80% des participants disent avoir été conseillés à suivre un régime hyposodé, et parmi eux 31% disent toujours avoir suivi cette prescription. Uniquement 6 participants ont dit avoir reçu des informations écrites, et 5 avoir reçu des recommandations journalières spécifiques.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p><u>Apport en sodium alimentaire</u> : la différence entre les groupes de l'apport en sodium alimentaire n'était pas significative à la récolte des données de base, ni à la 6^{ème} semaine. Mais l'apport en sodium alimentaire était significativement plus bas dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle au 6^{ème} mois.</p> <p><u>Attitudes</u> : les scores étaient significativement plus élevés dans le groupe intervention à la 6^{ème} semaine. Mais aucune différence significative à la récolte de données de base ou au 6^{ème} mois. Il a avait une corrélation négative entre les scores à la 6^{ème} semaine et l'apport en sodium. Les déclarations suivantes étaient significativement plus hautes dans le groupe intervention à la 6^{ème} semaine : « manger peu de sel va empêcher une rétention des fluides dans mon corps », « manger un régime pauvre en sel maintiendra mon gonflement/enflure bas », « la nourriture salée n'est pas bonne pour moi ».</p> <p><u>Norme subjective</u> : Pas de différence significative entre les groupes pour les 3 récoltes. La majorité des patients (53.8%) disent être d'accord de vouloir ce que les soignants pensent qu'ils devraient suivre un régime hyposodé. Et 32.7% sont d'accord avec ce que pensent leur épouse ou autre membre de la famille. Il a avait une corrélation négative entre les scores à chaque récolte et l'apport en sodium. La déclaration suivante a été significativement plus haute chez le groupe intervention à la récolte des données de base : « mon docteur pense que je devrais suivre un régime hyposodé ».</p> <p><u>Le contrôle comportemental perçu</u> : Pas de différence significative entre les groupes pour les 3 récoltes. Les scores des patients à la 6^{ème} semaine avaient une corrélation positive avec l'apport en sodium au 6^{ème} mois. Les déclarations suivantes étaient significativement plus hautes dans le groupe intervention à la récolte des données de base : « un régime hyposodé est difficile car les gens autour de moi ne mangent pas de nourriture pauvre en sel », « un régime hyposodé est difficile à cause d'un manque de volonté ». Les déclarations suivantes étaient significativement plus hautes dans le groupe intervention à la 6^{ème} semaine : « un régime hyposodé est difficile à cause du coût », « un régime hyposodé est difficile à cause du temps nécessaire à la préparation ».</p>

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			<p><u>Apport en sodium alimentaire</u> : l'apport en sodium alimentaire a diminué depuis la récolte de données de base jusqu'au 6^{ème} mois pour le groupe intervention. Alors que l'apport en sodium a augmenté pour le groupe contrôle durant la même période.</p> <p>Le département de l'agriculture américain recommande un apport 2,3g de sel par jour. Une restriction sodée de 1,5g par jour a également été suggérée. Une autre étude sur 3 mois (par Dunbar et al) a obtenu des résultats similaires. Bentley et al ont identifié le manque de connaissances comme une des 3 principales causes de la non-adhérance au régime hyposodé dans une étude qualitative.</p>
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	<p><u>Composantes de la théorie comportementale planifiée</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attitudes : Les patients dans le groupe intervention ont rapporté des attitudes plus positives sur le suivi du régime hyposodé en comparaison avec le groupe de soins usuels (à 6 semaines). Tandis que les attitudes positives continuaient d'augmenter dans le groupe intervention à 6 mois, il n'y avait aucune différence entre les groupes dans les scores des échelles au final. Les membres du groupe intervention étaient plus conscients du potentiel de santé des bénéfices à suivre un régime hyposodé, que les membres du groupe de soins usuels. A 6 semaines, les membres du groupe intervention sont plus d'accord avec le fait que le sel n'est pas bon pour eux, et que de suivre un régime hyposodé évitera que le liquide s'accumule dans leur corps, et que l'adhérence au régime les aidera à respirer plus facilement, lorsqu'on compare leurs attitudes à celles des membres du groupe de soins usuels. Des liens entre une attitude plus positive envers le régime hyposodé et un apport plus faible en sodium a été relevé chez les participants dans cette étude. Les connaissances à propos des effets physiques positifs de suivre un régime hyposodé influence peut-être l'apport en sodium alimentaire pour un temps plus long après l'éducation. Mettre l'accent sur ces bienfaits physiques à suivre le régime est recommandé lorsqu'on donne l'éducation du régime. • Norme subjective : Plus de la moitié des patients sont fortement d'accord qu'ils devraient suivre les conseils des professionnels de la santé pour adhérer à un régime hyposodé. Lors de la récolte de données de base, les patients du groupe intervention sont

				<p>plus d'accord que ceux du groupe de soins usuels, que leur médecin pense qu'ils devraient suivre un régime hyposodé, mais y a pas de différence entre les groupes après 6 semaines, ni après 6 mois. Les participants croient aussi qu'ils devraient suivre le conseil similaire de leur partenaire ou autre proche. Les participants du groupe intervention ont montré une plus grande diminution de niveaux de sodium urinaire à 3 mois lorsqu'on compare avec la cohorte d'éducation. De meilleurs résultats d'adhérence au régime hyposodé ont été documentés avec le questionnaire du comportement alimentaire (Eating Behavior Questionnaire = EBQ), dans un échantillon de 74 patients avec IC recevant un soutien émotionnel de la part d'un proche. Ces résultats suggèrent que le soutien et l'encouragement à suivre un régime hyposodé, de la part des professionnels de la santé et des proches peuvent influencer positivement la décision des patients à suivre le régime hyposodé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle comportemental perçu : <p>Les scores totaux pour le contrôle comportemental perçu semblent indiquer un plus grand contrôle du comportement dans le groupe intervention en comparaison au groupe de soins usuels à 6 semaines et 6 mois. Mais il n'y a eu aucune différence significative dans les moyennes des groupes pour cette échelle. Les membres du groupe intervention ont rapporté une plus grande difficulté à suivre le régime hyposodé que les membres du groupe des soins usuels à 6 semaines, à cause du prix élevé de la nourriture et du temps de préparation nécessaire pour un menu faible en sodium. Une explication plausible à cette différence est que les patients du groupe de soins usuels n'ont peut-être pas cherché ou préparé la nourriture faible en sodium de la même manière que les patients du groupe d'intervention. Par conséquent, le coût et la charge de la préparation étaient moins problématiques pour ce groupe. Le groupe de soins usuels a rapporté une plus grande difficulté à sélectionner de la nourriture faible en sodium dans les restaurants et à trouver des restaurants qui servent de la nourriture faible en sodium après 6 semaines du début de l'intervention. L'intervention comportait des instructions de comment sélectionner de la nourriture faible en sodium dans les restaurants, ce qui explique cette différence. Les participants du groupe d'intervention ont eu plus tendance à avoir de la difficulté à suivre le régime hyposodé à cause de proches qui ne suivaient pas ce régime (à la récolte des données de base), mais il n'y avait pas de différence entre les groupes dans les mesures après 6 semaines et après 6 mois. La</p>
--	--	--	--	--

					volonté a augmenté au cours du temps dans l'e groupe d'intervention et a demeuré constant pour le groupe de soins usuels. Apprendre comment gérer le régime hyposodé peut être motivant et augmenter la volonté chez certains patients avec IC. Les patients avec IC ont besoin de comprendre comment pratiquer les instructions sonnées par les professionnels de la santé. Amener de l'information à propos des façons de réduire le coût l'effort de la préparation de la nourriture faible en sel, peut réduire les obstacles à l'adhérence du régime hyposodé. Inclure des conseils pratiques sur comment sélectionner des restaurants adaptées et des repas faibles en sodium d'un menu durant l'éducation du régime peut faire l'adhérence au régime mieux gérable pour les patients avec IC.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Un petit échantillon pose quelques limites dans les analyses statistiques. La taille de l'échantillon a été réduite par l'abandon des participants et l'omission de certains items dans le DSRQ. 12 participants n'ont pas complétés le protocole de l'étude à cause de la péjoration de leur maladie ou de leur décès (n=6), à cause de troubles cognitifs (n=3), ou parce qu'il a arrêté de suivre. L'auto-évaluation de l'apport en sodium est sujette à être influencée lorsque la réponse n'est pas socialement désirable. Peut-être que les participants documentent incorrectement leur apport en nourriture pour convenir à une norme sociale. Cependant, ce serait idem dans les deux groupes. Le contenu en sel de la nourriture n'a pas été abordé avec les patients du groupe de soins usuels lors de la procédure de récolte de données. Le coût de l'intervention n'a pas été déterminé. Il aurait pu être éclairant de comparer le coût entre une éducation à domicile pour promouvoir l'adhérence au régime hyposodé, au coût d'hospitalisations évitables dû aux hauts apports en sodium et à la rétention liquidienne.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?		X		<i>Les auteurs ne mentionnent pas de perspectives futures.</i>

Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré et permet de bien comprendre l'étude réalisée. Intéressant et pertinent d'avoir évalué également l'impact à long terme (6 mois après l'intervention).
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			<ul style="list-style-type: none"> - Une ETP basée sur la TCP est efficace dans l'adhérence aux au régime hyposodé. - Évaluer les différentes variables de la TCP permet d'adapter le'ETP aux patients. - L'éducation est renforcée par 2 visites à domicile et 2 appels téléphoniques.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Références complètes :

Wu, J.-R., Corley, D.J., Lennie, T.A. & Moser, D.K. (2013). Effect of a Medication-Taking Behavior Feedback, Theory-Based Intervention on Outcomes in Patients with Heart Failure, J Carde Fail, 18 (1), 1-9.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Contenu de l'article et commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			« Effet d'une évaluation de la prise de médicaments, basé sur une théorie d'intervention et de résultats d'intervention chez les patients atteints d'IC »
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Introduction : La non-adhérence à la médication contribue à l'hospitalisation et à la mort, mais peu d'interventions testées améliorent l'adhérence et réduisent ces phénomènes chez les patients atteints d'IC</p> <p>Objectif: Déterminer si une intervention d'éducation améliore l'observance thérapeutique et la survie sans incident cardiaque.</p> <p>Méthode: Essai contrôlé randomisé mené pendant 9 mois sur 82 patients souffrant d'IC. L'intervention a été basée sur la théorie du comportement planifié (TPB) et inclus l'évaluation de la prise de médicaments à l'aide du système de surveillance (MEMS). Les patients ont été assignés à l'un des trois groupes</p> <ul style="list-style-type: none"> • PLUS : sessions d'éducation basées sur la TCP et feedbacks du MEMS • LITE : sessions d'éducation basées sur la TCP • Groupe contrôle : soins habituels. <p>Résultats: Les patients dans les deux groupes d'intervention étaient plus adhérents par rapport au groupe témoin. De plus, ces patients avaient une survie plus long sans complications par rapport à ceux du groupe contrôle.</p> <p>Conclusion : L'utilisation d'une intervention basée sur TCP améliore l'observance du traitement chez les patients avec IC, et offre la promesse d'être une intervention clinique applicable pour aider les patients IC à adhérer à leur traitement</p>

Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le taux d'observance de la médication globale chez les patients IC est en moyenne seulement de 50% et décline au fil du temps, c'est pourquoi des interventions doivent être mises en place pour améliorer l'observance. Les approches pour pratiquer l'ETP sont rarement théoriques, elles résultent d'interventions dérivées non des théories de changement réussi de comportement, mais de l'expérience des praticiens sur les best practice. Une théorie fournit permet d'évaluer si toutes bases nécessaires d'une intervention sont en place.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'IC touche 5,8 millions d'Américains et sa prévalence et son incidence sont en augmentation. Il est essentiel que les patients souffrant IC reçoivent un traitement pharmacologique pour ralentir l'évolution, et diminuer les symptômes, les hospitalisations et les décès. L'inobservance des médicaments compromet les résultats du traitement. Le taux d'observance de la médication globale chez les patients IC est en moyenne seulement de 50% et décline au fil du temps, c'est pourquoi des interventions doivent être mises en place pour améliorer l'observance. Bien que des programmes spécialisés sur la gestion des maladies incluant l'observance du traitement parmi leurs nombreuses cibles ont réduit l'hospitalisation et la mortalité dans IC, la grande majorité des patients ne reçoivent pas de soins dans ces programmes. De plus, il n'y a pas de recommandations spécifiques concernant le type, la quantité ou le contenu de l'information nécessaire pour augmenter l'adhérence. Un modèle théorique permet de mieux comprendre les situations complexes. Sans une évaluation rationnelle complète du problème, les interventions peuvent facilement traiter les variables inappropriées et attaquer seulement une petite des variables requises
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			La théorie du comportement planifié (TCP) est un cadre théorique largement utilisé pour expliquer les comportements liés à la santé et le changement de comportement. Des interventions basées sur le TCP sont efficaces dans l'amélioration des comportements de santé chez les diabétiques et les personnes HIV.

					<p>La TCP est une théorie de changement de comportement efficace pour soutenir une intervention visant à augmenter l'adhérence médicamenteuse. Les déterminants directs de l'intention comportementale (à changer) sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les attitudes (les croyances des patients sur les résultats de l'adhésion des médicaments prescrits) - les normes subjectives (que d'autres personnes importantes pour le patient approuvent ou désapprouvent l'adhésion aux médicaments) - le contrôle perçu (la présence ou de l'absence de ressources, les obstacles, la performance au comportement souhaité).
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			<p>De ce fait, une évaluation à l'aide du MEMS pourrait corriger les perceptions erronées. Les barrières des patients à adhérer à leur traitement peuvent être plus facilement identifiées par la discussion des doses manquées dans les rapports MEMS.</p> <p>Objectif : Le but de cette étude était de déterminer si une intervention basée sur une théorie qui comprend des feedbacks personnalisés sur la prise de la médication délivrés par une infirmière améliore l'adhérence, diminue l'hospitalisation, la mortalité, et améliore la qualité de vie chez les patients avec IC.</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				<p>Les feedbacks sur l'observance du patient peuvent également améliorer son adhérence car les patients ont tendance à la surestimer et ne connaissent pas leur réelle prise de TTT</p>
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			<p>Quantitatif, Essai contrôlé randomisé.</p>
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			<p>Echantillon/ population : 82 recrutés dans la clinique ambulatoire de cardiologie et de l'hôpital des patients hospitalisés dans un État du Sud ont accepté de participer</p> <p>Critères d'inclusion : accepte de participer, le diagnostic de l'IC chronique, l'évaluation par un cardiologue et l'optimisation du traitement médical, définit les doses stables de médicaments IC pour un mois; et capables de lire et parler l'anglais.</p>

					Critères d'exclusion : troubles cognitifs, co-existence d'une maladie imminente terminale comme le cancer ou l'insuffisance rénale chronique nécessitant une dialyse; un infarctus du myocarde au cours des 3 derniers mois; ou un AVC au cours des 3 derniers mois ou avec des séquelles importantes.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	<i>Selon les auteurs, un échantillon plus grand devrait être utilisé dans de futures recherches</i>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Survie sans complications cardiaques: Ce critère se composait de visite dans un service cardiaque d'urgence, l'hospitalisation liée à un problème cardiaque, ou une mort cardiaque. La date et les raisons des visites aux urgences et les hospitalisations ont été recueilli en faisant un suivi téléphonique mensuel auprès des patients et confirmé par l'examen des dossiers médicaux hospitaliers. La date et les causes de décès ont été recueillies à partir d'entretiens avec les membres de la famille et les médecins, et ont été confirmés par examen des dossiers médicaux et les certificats de décès.</p> <p>Qualité de vie: a été mesurée à l'aide du Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (LHFLQ) (mesurer la perception de l'impact de l'IC et son traitement sur la capacité à vivre comme les patients le souhaitent). Il se compose de 21 questions notées sur une échelle de 0 (pas d'effet) à 5 (effet très important). Score total peut aller de 0 à 105. Plus le score est élevé, pire est la qualité de vie. Les questions traitent d'une variété d'aspects physiques et psychologiques et comprennent les activités de la vie quotidienne, les questions économiques, la capacité à travailler, la jouissance des activités de loisirs, les relations avec la famille et les amis, l'activité sexuelle, les effets secondaires des médicaments, la dépression, et l'impact des symptômes. Le LHFQ est peu coûteux, court, facile à comprendre par des personnes malades et des personnes âgées, auto-administré, et facile à faire le score. Fiable et valide. Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach de l'LHFQ était 0,94, ce qui indique la cohérence interne acceptable.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			

					<p>L'observance: a été mesurée en utilisant le MEMS. Il est selon la littérature un outil valide, objectif et considéré comme une mesure «étalon-or» pour évaluer l'adhésion aux médicaments. Le MEMS est un flacon de médicament avec un bouchon équipé d'une puce électronique qui enregistre la date et l'heure de chaque prise. Le dispositif MEMS est une méthode valable et objective pour évaluer l'adhérence médicamenteuse. Il a été utilisé pour recueillir des données sur les médicaments de l'IC (β-bloquant, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine [IECA], antagoniste des récepteurs de l'angiotensine [ARA], antagoniste de l'aldostérone, la digoxine, ou diurétique) pour chaque patient. Le médicament à surveiller a été choisi en fonction de plusieurs critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un médicament est pris 2x/j • Bloquant bêta-bloquant est choisi s'il est prescrit • IECA ou un ARA est choisi • Si aucun TTT précédemment cité est prescrit, un antagoniste de l'aldostérone, la digoxine ou un diurétique a été utilisé dans le dispositif MEMS. <p>Les patients ont reçu un journal MEMS pour enregistrer des ouvertures du capuchon imprévu (pour remplir la bouteille). L'observance thérapeutique des MEMS a été définie comme étant le comptage des doses qui représente le pourcentage des doses prescrites prises au cours de la période de suivi de 9 mois.</p> <p>Dans cette étude, nous avons choisi 88% comme le point de césure pour classer les patients. Les patients qui ont pris $\geq 88\%$ de leurs doses prescrites ont été classés comme adhérent. Cette césure a été choisi sur la base de recherche antérieure démontrant que $\geq 88\%$.</p> <p>D'autres variables d'intérêt: sont recueillies à partir des dossiers médicaux, ou entrevue avec le patient: l'âge, le sexe, l'état matrimonial, les années d'éducation, la fraction d'éjection ventriculaire, le traitement médicamenteux, et la présence ou non de proche au cours de l'intervention. La NYHA a été déterminée en entretien avec le patient, la situation financière autodéclarée a été évaluée à l'aide d'un élément du questionnaire socio-démographique.</p>
--	--	--	--	--	--

Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>Les patients ont été répartis aléatoirement dans un les 3 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • PLUS= interventions basées sur la TCP+ feedback du MEMS • LITE= interventions basées sur la TCP • Groupe contrôle= soins habituels <p>Tous les patients ont utilisé le MEMS pendant 9 mois et ont été suivis chaque mois par téléphone pour obtenir leurs données d'hospitalisation. Plus et Lite ont eu des enseignements individualisés et des conseils</p> <p>Une période "rodage" d'un mois avant de commencer l'intervention a été utile pour déterminer les niveaux de référence de l'observance des médicaments.</p> <p>Les patients ont rempli les questionnaires et reçu des instructions écrites et verbales détaillées sur l'utilisation du MEMS pour la période de rodage. Lors de la seconde visite, un mois plus tard, une infirmière de recherche a déterminé le taux d'observance du patient en téléchargeant ses données à partir du MEMS. Les patients ont été classés comme adhérent (à savoir $\geq 88\%$ observance du traitement) ou non adhérent (à savoir $<88\%$ observance du traitement). Puis ils ont été randomisés dans l'un des trois groupes. Pour les patients des groupes PLUS ou LITE, cette visite comprenait également la première session d'intervention. Tous les patients ont continué à utiliser le MEMS durant 9 mois. Les patients dans tous les groupes ont reçu des appels téléphoniques mensuels afin de recueillir des données sur les visites aux urgences et/ou hospitalisations. A 9 mois, tous les patients ont reçu une dernière visite pour remplir le questionnaire et retourner le bouchon MEMS, le journal et une liste des visites aux urgences et/ou hospitalisations.</p> <p>Les proches des patients étaient : Conjoint, enfants, parents, voisins, ou amis qui ont pris soin des patients et ont été identifiés par ces derniers leurs principaux gardiens.</p> <p>Intervention TCP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle vise à encourager les croyances comportementales positives en expliquant l'importance des symptômes de la IC, leur relation et l'importance d'adhérer aux médicaments (attitudes). • L'intervention encourage l'identification des proches et la réflexion du patient sur l'importance donnée aux opinions des autres (est
------------------------	--	---	--	--	--

					<p>important que les patients prennent les médicaments prescrits régulièrement) (norme subjective).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les proches qui participent à l'intervention ont reçu un enseignement sur la manière de soutenir le patient en insistant sur l'importance de l'adhésion et l'identifier ce qu'ils peuvent aider à améliorer dans l'observance du traitement à travers une amélioration de la communication (norme subjective). • Les ressources qui favorisent ou entravent l'adhésion sont identifiés par l'infirmière et le patient et/ou les proches, l'enseignement est individualisé et porte sur compétences pour être habilité à se prendre en soins pour augmenter le contrôle perçu. • Le feedback sur les comportements du patient concernant son adhérence médicamenteuse est utilisé pour identifier les obstacles à l'adhésion par la discussion des doses manquées (contrôle comportemental perçu). <p>L'intervention a été réalisée par une infirmière experte en cardiologie vasculaire et dans les interventions d'éducation. Les patients des groupes PLUS et LITE ont reçu l'éducation et les conseils après l'intervention. L'intervention est livrée individuellement toutes les 2 semaines pour un total de 4 séances. La 1^{er} et 3^{ème} session d'éducation ont été fait face à face durant une heure. La 2^{ème} et 4^{ème} session ont été faite par téléphone durant 15-20 minutes.</p> <p>L'intervention a été conçu pour influencer l'observance du traitement par la création d'une attitude plus positive envers l'observance du traitement, en intégrant les proches dans l'éducation pour construire une norme subjective positive, et en fournissant des informations et les compétences nécessaires pour surmonter les obstacles à l'adhérence pour augmenter le contrôle perçu du patient.</p> <p>Le groupe PLUS a reçu des feedbacks de leur prise de médicaments durant les sessions 1 et 3. Les résultats du MEMS ont été utilisé pour montrer aux patients leur comportement de prise médicaments afin de corriger toute perception erronée de l'adhésion et d'identifier les zones à problèmes. Un affichage visuel du comportement d'adhérence du rapport MEMS a été partagé par l'infirmière avec le patient.</p>
--	--	--	--	--	--

					Ethique : L'Institutional Review Board a autorisé cette étude. Les patients ont été adressés à l'enquêteur par des médecins ou des infirmières praticiennes. Au départ, après l'obtention d'un consentement éclairé, les caractéristiques démographiques et cliniques des patients ont été recueillies par entrevue et l'examen des dossiers médicaux.
Résultats Traitement des données	-Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les données ont été analysées grâce au logiciel SPSS version 17.0 $p < 0.05$ est considéré comme statistiquement significatif. Pour comparer le temps de la première complication cardiaque parmi les groupes 3, des courbes de Kaplan-Meier ont été utilisées pour représenter graphiquement les différences dans le temps jusqu'à la première complication cardiaque, et des log-rank tests ont été utilisés pour déterminer quel groupe avait la survie complication le plus longtemps. Risques proportionnels de la régression de Cox ont été utilisés pour évaluer ce critère, tout en contrôlant les variables appropriées démographiques et cliniques. L'analyse a été répétée (ANOVA) et utilisée pour comparer la qualité de la vie et l'observance du traitement chez les 3 groupes au cours des 9 mois. Les deux données continues et des données dichotomiques (en utilisant 88% comme point de césure) de l'observance ont été utilisés dans les analyses séparées.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Effet de l'intervention sur la survie complication cardiaque Kaplan-Meier parcelles avec des tests log-rank ont été utilisés pour comparer les temps des patients avant leur première complication cardiaque entre les 2 groupes d'intervention et le groupe témoin. Il y avait une différence significative sur la survie complication entre les 3 groupes ($p = 0,034$). Les groupes PLUS et LITE ne diffèrent pas sur la survie complication, ainsi les données des 2 groupes d'intervention ont été combinées. La survie sans complication était significativement plus longue pour les patients dans ces deux groupes d'intervention que ceux du groupe témoin ($p = 0,01$). Le rapport de risque pour le temps au premier événement cardiaque pour les patients affectés au groupe de contrôle était de 2,91 par rapport à ceux qui sont attribués aux groupes d'intervention. Le rapport de risque pour le temps à la première complication cardiaque pour les patients dans le groupe contrôle a augmenté à 4,22 après avoir contrôlé pour certains socio-démographiques, les facteurs cliniques, et la présence ou l'absence d'un

					<p>proche au cours de l'intervention par rapport à ceux dans les groupes d'intervention. En plus de la session du groupe, la situation financière et la classe fonctionnelle NYHA étaient des prédicteurs indépendants du critère composite ($p < .05$) : Les patients qui avaient un faible statut financier avaient 5.16 fois plus de chances d'avoir un événement cardiaque que ceux qui avaient une meilleure situation financière. Les patients NYHA III ou IV étaient 3,16 fois plus susceptibles d'éprouver une complication cardiaque par rapport aux patients NYHA I ou II.</p> <p>Effet de l'intervention sur la qualité de vie Le score moyen de la qualité de vie est mesurée par le LHFQ était de 37,5 au départ. Il n'y avait pas de différence dans les scores des 3 groupes à l'inclusion. Bien qu'il semble y avoir une tendance pour l'amélioration de la qualité de vie au fil du temps pour les patients des groupes d'intervention, cette tendance n'a pas été significative.</p> <p>Effet de l'intervention sur l'adhérence à la médication L'adhésion a été déterminée sur un médicament deux fois par jour dans une majorité (77%) des patients. L'observance mesurée par les MEMS a montré une adhérence moyenne de 93,9% au départ. Il n'y avait pas de différence dans l'observance du traitement chez les 3 groupes à l'inclusion ($p = 0.255$). Une mesure répétée ANOVA a montré qu'il y avait une interaction significative pour le groupe par le temps ($F = 2,686$, $p = 0.049$). Il y avait des différences significatives dans l'observance du traitement de base à 2 mois et à 9 mois entre les 3 groupes. Les patients qui étaient dans le groupe PLUS avaient une meilleure observance du traitement par rapport à ceux du groupe témoin à 2 mois ($p = 0.05$) et à 9 mois ($p = 0.021$). Il y avait une différence dans l'observance du traitement entre le groupe LITE et le contrôle à 9 mois ($p = 0.04$), mais pas entre le LITE et le groupe contrôle à 2 mois ($p = 0.143$), ni le PLUS et les LITE à 2 mois ($p = 0.668$) ou 9 mois ($p = 0.804$). Au départ, Il y avait des pourcentages similaires de patients qui étaient adhérents parmi les 3 groupes (70% dans le groupe PLUS, 59% dans le groupe LITE, et 64% dans le groupe témoin. Au cours de la période d'intervention, plus de patients dans les groupes d'intervention sont</p>
--	--	--	--	--	---

					devenus adhérents par rapport à ceux du groupe contrôle. A 9 mois, le pourcentage de patients adhérents a légèrement diminué dans les groupes d'intervention. Toutefois, dans le groupe témoin, le pourcentage de patients adhérents a chuté de 64% à 59% à 2 mois et à 36% à 9 mois. Beaucoup plus de patients dans les groupes d'intervention sont restés au-dessus du niveau d'adhérence à 9 mois par rapport à ceux du groupe de contrôle (74%, 65%, et 36% pour PLUS, LITE, et le groupe témoin, respectivement, $p = 0,015$).
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	<p><i>Les résultats ont été interprétés grâce aux recherches antérieures mais pas du cadre théorique de la TCP</i></p> <p>Dans cette étude, les auteurs ont testé une intervention novatrice visant à améliorer l'observance du traitement. Ils ont démontré que les patients dans les groupes d'intervention avaient une meilleure observance du traitement et une meilleure survie sans complication par rapport à ceux du groupe témoin. Les coûts médicaux estimés pour IC pour 2010 sont 39,2 milliards de dollars et continuent à augmenter. La non-observance entraîne l'exacerbation de l'IC et est la cause la plus fréquente des réadmissions à l'hôpital. Ce qui démontre l'important de découvrir des interventions efficaces pour améliorer l'adhérence.</p> <p>Cette étude doit être examinée à la lumière des résultats d'études similaires. À ce jour, il y a eu sept enquêtes testant l'impact des interventions visant à améliorer l'observance du traitement sur l'adhésion et les résultats chez les patients avec IC. Dans toutes les études le taux d'adhésion a été amélioré à travers les interventions par rapport, mais les résultats de soins n'ont été améliorés que dans 4 études. Dans les trois autres études, il n'y avait pas de changement dans l'hospitalisation ou la mortalité entre les groupes intervention et le groupe contrôle. Les raisons possibles de l'échec démontrent une différence dans les résultats de soins, malgré une augmentation de l'adhésion, notamment: courte période de suivi et utilisation de l'auto-mesure, qui est soumis à des biais.</p> <p>Parmi les quatre études dont les résultats étaient meilleurs dans le groupe d'intervention, seule une utilisait les MEMS pour évaluer l'observance du traitement. L'intervention a duré 9 mois, et a impliqué une équipe interdisciplinaire. Les effets de l'intervention n'étaient évidents que pendant la période d'intervention. L'intensité de l'intervention et l'efficacité limitée</p>

					<p>suggèrent que l'intervention ne serait pas durable dans les milieux de pratique habituels. Les trois autres études de ce groupe ont été limitées par l'utilisation de l'auto-évaluation pour mesurer adhérence. L'auto-évaluation est soumise à un biais.</p> <p>Dans cette étude, la moyenne de l'observance du traitement des patients du groupe témoin était de 94,5% au départ; cependant, le taux a chuté à 90,7% à 2 mois et a chuté encore plus à 84,2% à 9 mois. La conclusion était conforme à l'étude précédente, des baisses de taux d'observance du traitement. A notre connaissance, cette étude est la première à explorer le modèle naturel de l'observance du traitement sur 9 mois chez les patients avec IC. Il est important de noter que les deux tiers des patients du groupe témoin ont été adhérents au départ. Cependant, le nombre de patients adhérents a chuté de façon spectaculaire dans le groupe témoin. Le nombre de patients adhérents a été maintenu au cours des 9 mois dans les groupes d'intervention. Par conséquent, même les patients qui étaient adhérents au départ ont encore besoin d'interventions et/ou de rappels pour les aider à maintenir leur niveau d'adhérence.</p> <p>Le Test post hoc a montré qu'il y avait une différence dans l'observance du traitement entre le groupe PLUS et le contrôle à 2 mois et 9 mois, mais pas les groupes entre PLUS et LITE. Il n'y avait également pas de différence entre le groupe PLUS et le groupe LITE dans la survie sans complication cardiaque. Dans le précédent rapport d'études MEMS les feedbacks pour la prise de médicaments était efficace pour améliorer l'observance du traitement des séropositifs, fumeurs, et hypertensifs et les personnes diabétiques. On ne sait pas pourquoi il n'y avait pas de différence entre les groupes PLUS et LITE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a quelques possibilités : les feedbacks des MEMS aident les patients avec IC à comprendre leur réelle prise de médication et comprendre où ils ont manqué des doses. Il est alors plus facile d'aider les patients à reconnaître leurs barrières à la prise régulière des médicaments et de trouver des façons pour dépasser ces obstacles. Cependant, les patients peuvent réussir à le faire sans l'utilisation du MEMS. • Dans les études les plus efficaces, les patients du groupe d'intervention ont reçu plus de séances de feedback (3 à 7 séances) que cette étude.
--	--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> Dans 2 des études de feedback efficaces, les patients du groupe d'intervention ont reçu un autre type de MEMS bouchons: le SmartCap qui affiche le nombre d'ouverture au cours de la journée et aide les patients à augmenter leur adhérence
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Les résultats doivent être vérifiés dans un échantillon plus important et avec une population de base moins adhérente.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		<p>Il est supposé que les patients prennent une dose de leur médicament après chaque ouverture du MEMS. Les niveaux sériques du médicament ne sont pas mesurés, par conséquent il est impossible de dire avec certitude absolue que les patients prennent réellement leur traitement en ouvrant le bouchon MEMS. Cependant, au vu de l'augmentation de l'adhérence et des résultats cette probabilité reste assez faible.</p> <p>Bien que des différences significatives ont été démontré, un échantillon plus grand est nécessaire pour pouvoir généraliser les résultats.</p> <p>L'échantillon ne comprenait que 36% de patients non adhérents. Par conséquent, les résultats de cette étude justifient une étude plus approfondie dans un échantillon non adhérent plus grande.</p> <p>Il y avait plus de patients mariés randomisés dans le groupe d'intervention que dans le groupe de contrôle, pour cette raison l'état matrimonial dans la Cox régression multiple a été ajusté.</p> <p>Difficile à mettre en place dans la pratique</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		<p>L'utilisation des MEMS pour mesurer l'observance du traitement est probablement trop cher et pas pratique dans les milieux cliniques. Il est important de développer un instrument d'auto-évaluation fiable et valide pour mesurer l'adhésion aux médicaments afin de traduire les résultats de cette étude aux paramètres cliniques</p> <p>Notre intervention basée sur la TCP est une approche applicable cliniquement. Une façon possible de transférer l'intervention à la clinique est de former des infirmières de santé à domicile pour offrir l'intervention.</p> <p>Nous avons également fourni des preuves que l'observance du traitement diminue au fil du temps indépendamment du fait que les patients sont adhérents à la première évaluation ou non. Ainsi, il est essentiel que les</p>

					cliniciens évaluent l'adhésion à chaque visite, même lorsque les patients semblent avoir été adhérents dans le passé.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			<i>Article complet et détaillé contenant plusieurs tableaux, graphiques de statistiques.</i>
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			<i>L'utilisation de la TCP semble efficace Utilisation du MEMS trop coûteuse pour la pratique. Séances de Feedback semblent ne pas avoir contribué à l'amélioration de l'adhérence médicamenteuse Séances de renforcement efficaces pour augmenter l'adhérence médicamenteuse des patients souffrant d'ICC, cependant deux séances ne suffisent peut-être pas.</i>

Annexe K

Théorie Comportement Planifiée

Théorie du comportement planifié

Issue de la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen, la théorie du comportement planifié (TCP) vise la prédiction et l'explication d'un comportement. Avant de débiter un changement, l'individu va évaluer la situation. Trois composantes sont alors importantes: les attitudes, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu (Giger, 2008).

- **Les attitudes** sont les croyances que l'individu possède sur les bénéfices et les risques d'un éventuel changement (Giger, 2008).
- **Les normes subjectives** correspondent à la « pression sociale perçue par l'individu à effectuer ou non le comportement » (p.110). Cette pression, induite par l'opinion d'autrui, peut provenir tant de la famille que des soignants.
- **Le contrôle comportemental perçu** se base sur le vécu antérieur et sur l'anticipation des événements futurs pour identifier les éventuelles ressources et obstacles au changement. Ajzen (1988, cité dans Giger, 2008) associe cette notion à *self-efficacy* de Bandura.

L'évaluation d'un potentiel changement par ses trois composantes résulte en une intention comportementale, qui induira par la suite la modification du comportement (Giger, 2008).

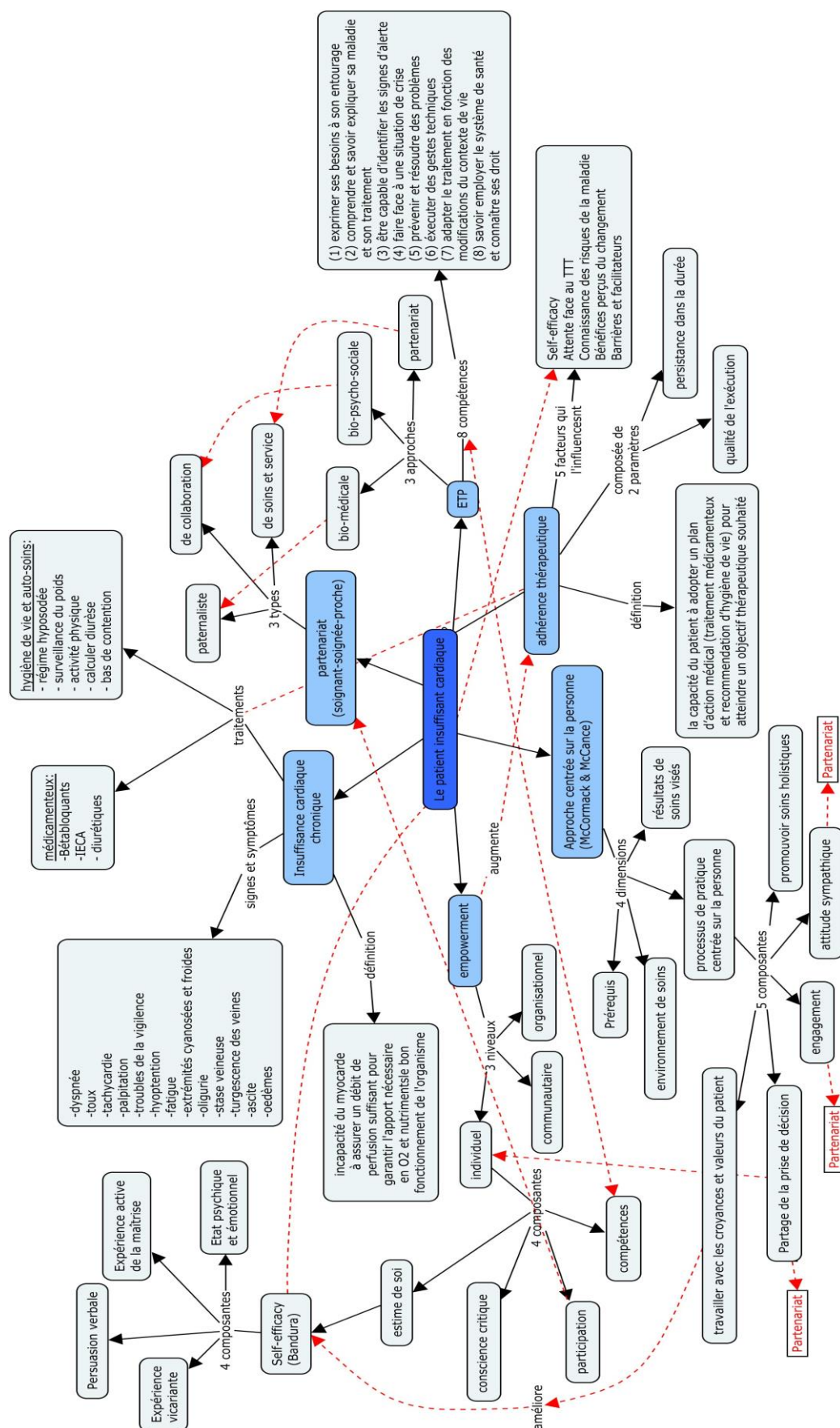
Annexe L

Tableau récapitulatif de la stratégie du renforcement de l'éducation

Tableau récapitulatif des études scientifiques utilisant la stratégie de renforcement de l'ETP					
Auteurs	Échantillon	Durée du programme	Interventions	Contenu de l'éducation	Résultats
Motta Mussi et al. (2013)	200	6 mois	<ul style="list-style-type: none"> - 4 visites à domicile - 4 appels téléphoniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances sur l'IC - Traitements médicamenteux et leurs effets - Actions non pharmacologiques (contrôle du poids, la restriction hyposodée, la pratique d'exercice physique, et la vaccination annuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des connaissances - Augmentation de l'adhérence aux auto-soins - Augmentation de l'adhérence médicamenteuse
Arredondo-Holguin et al. (2012)	29	9 mois	<ul style="list-style-type: none"> - 2 sessions d'éducation en groupe - 6 appels téléphoniques - 2 visites à domicile - 2 workshops - Livret d'éducation 	<ul style="list-style-type: none"> - Adhérence au traitement médicamenteux et non-médicamenteux - Adaptation à la maladie - Connaissances de la maladie - Concept de soi 	86,2% des patients ont amélioré leurs comportements d'auto-soins, 6,9% l'ont diminué et 6,9% sont restés stables.
Wu et al. (2012)	82	9 mois	<ul style="list-style-type: none"> - 2 séances d'éducation individuelle avec proche - 2 séances par téléphone - 2 feedbacks 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes - Traitements - Identification des proches et de l'impact de leurs opinions - Communication - Identification des ressources et barrières à l'adhérence 	Meilleure adhérence chez les patients des groupes intervention que dans le groupe contrôle
Welsh et al. (2013)	52	6 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - 2 visites à domicile - 2 appels téléphoniques 	<ul style="list-style-type: none"> - Relation entre apport de sodium et les symptômes - Comment réduire l'apport en sodium - Identification de nourriture avec haute et faible teneur en sodium - Repas pauvres en sodium en dehors de la maison 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de l'apport en sodium alimentaire - Amélioration des attitudes - Pas de différence entre les groupes pour la norme subjective ni pour le contrôle comportemental perçu
Monteiro Mantovani et al. (2015)	32	45 jours	3 visites à domicile	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation de sel et d'eau - Surveillance du poids - Signes et symptômes de décompensation - Traitements et effets secondaires - Vaccins 	Augmentation de l'adhérence
Domingues et al. (2011)	111	3 mois	<ul style="list-style-type: none"> - 3 à 5 sessions durant l'hospitalisation + tableau pour noter le poids (pour le groupe contrôle et intervention) - 8 appels téléphoniques (que pour le groupe intervention) 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances sur l'IC - Traitement pharmacologique et non pharmacologique 	Amélioration des connaissances de l'IC et des auto-soins chez les 2 groupes indépendamment des appels téléphoniques.

Annexe M

CMAF du cadre de références



Annexe N

Déclaration d'authenticité

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce Travail de Bachelor conformément aux directives édictées par la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Nous n'avons eu recours ni à de l'aide illicite ni au plagiat. Toutes les références utilisées pour cette revue de littérature étoffée ont été clairement indiquées.

Manon Yerly

Marta Alexandra dos Santos Gonçalves