

Table des matières

Résumé	ii
Remerciements	v
Introduction	1
Etat des connaissances et question de recherche	3
Problématique.....	4
Question de recherche.....	9
Objectifs.....	9
Cadre théorique	10
Modèles théoriques	11
Modèle de l'adhésion de l'OMS.....	11
Modèle des croyances de santé (Health Belief Model)	14
Concepts	16
Compliance	17
Observance	17
Adhésion thérapeutique	18
Croyances et représentations.....	19
Méthode	21
Devis	22
Banques de données.....	23
Mots-clés.....	23
Critères de sélection	24
Stratégies de recherche.....	25

Processus d'inclusion	26
Démarche d'analyse	27
Méthode de synthèse et d'extraction des données	27
Résultats	28
Qualité méthodologique des articles retenus.....	29
Présentation des résultats.....	31
Niveau d'adhésion	32
Croyances, représentations et connaissances.....	33
Exemples de croyances	33
Face aux recommandations.....	34
Face à la compréhension du régime.....	35
Association avec les symptômes	36
Face à l'information donnée par les professionnels de la santé	37
Interférences avec la socialisation.....	38
Activités extérieures.....	38
Entourage : familles et amis	38
Choix des aliments	39
Goût.....	39
Limitation du choix dans la nourriture	40
Coûts des aliments et temps de préparation des repas	40
Discussion	42
Discussion selon le modèle de croyances de santé	43
Les barrières perçues.....	44
Les menaces et les bénéfices perçus	46
Les sélections à l'action	47

Conclusion de la discussion	48
Implications pour la pratique	48
Limites et points forts de la revue de littérature	50
Conclusion	52
Références	54
Annexes	59
Appendice A : Déclaration d'authenticité.....	60
Appendices B : Comparaison des stades de l'insuffisance cardiaque et de la classification fonctionnelle de le NYHA.....	61
Appendice C : Signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque	62
Appendice D : Compliance, observance, adhésion thérapeutique.....	63
Appendice E : Stratégies de recherche	64
Appendice F : Grille de lecture d'un article scientifique qualitatif	107
Appendice G : Grille de lecture d'un article scientifique quantitatif	110
Appendice H : Grille de lecture des articles sélectionnés	112
Appendice I : Grille d'évaluation d'un article scientifique qualitatif	69
Appendice J : Grille d'évaluation d'un article scientifique quantitatif.....	70
Appendice K : Grille d'évaluation des articles sélectionnés.....	71
Appendice L : Dietary Sodium Restriction Questionnaire.....	201
Appendice M : Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) et Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS).....	204
Appendice N : Echelle de l'adhésion de l'insuffisance cardiaque	205
Appendice O : 20-items Centre for Epidemiology for Surveys-Depression scale.....	211

Appendice P : Questionnaire à choix multiples à 15 items sur les connaissances concernant l'insuffisance cardiaque	212
Appendice Q : Récapitulatif des études sélectionnées et analysées	242

Liste des tableaux

Tableau 1 Mots-clés	24
---------------------------	----

Liste des figures

Figure 1. Approche multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque	8
Figure 2. Les cinq composantes de l'adhésion selon l'OMS.....	12
Figure 3. Modèle des croyances de santé	16
Figure 4. Processus d'inclusion	26

Remerciements

Nous tenons à remercier Madame Eliane Schenevey Perroulaz, directrice de ce travail de Bachelor, pour son soutien et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de notre travail. Son suivi rigoureux et ses bons conseils nous ont permis d'avancer avec assurance lors des recherches et de la rédaction.

Nous tenons également à remercier Yvette Lancoud pour le temps qu'elle a accordé à la relecture de ce travail ainsi que pour le soutien apporté, tout comme l'ont fait nos familles et amis.

Introduction

L'insuffisance cardiaque touche environ 15 millions de personnes en Europe (Fédération Française de Cardiologie, 2015), la majorité étant âgée de plus de 70 ans (Fondation Suisse de Cardiologie, n.d.). En Suisse, les 65 ans et plus représenteront un tiers de la population totale en 2060 (Promotion Santé Suisse, 2016). De plus, la prévalence de l'insuffisance cardiaque s'accroît avec l'âge (Vasan & Wilson, 2015). Par conséquent, cette pathologie prend de l'ampleur chaque année et représente la deuxième cause d'hospitalisation la plus fréquente dans les services de médecine générale (Faure & Labreze, 2014). Un manque d'adhésion au programme médical (médicaments ou régime alimentaire) est la raison la plus commune pour une réadmission à l'hôpital (Colucci, 2014). Le régime alimentaire hyposodé est une composante clé de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et le but de ce travail est d'identifier les facteurs influençant cette adhésion. Pour ce faire, le modèle théorique des croyances de santé, identifié dans plusieurs études de cette revue de littérature, est utilisé. Dans le cadre théorique, les concepts suivants sont également définis : la compliance, l'observance et l'adhésion ainsi que les représentations et les croyances. Les résultats sont regroupés en quatre thématiques : le niveau d'adhésion, une catégorie regroupant les croyances, les représentations et les connaissances, l'interférence avec la socialisation ainsi que le choix des aliments. Dans la discussion, le modèle des croyances de santé est repris afin de comprendre le lien que peuvent avoir ces facteurs avec l'adhésion thérapeutique des patients concernant une restriction sodée. Ce dernier chapitre permet également d'exposer les implications pour la pratique infirmière ainsi que les limites de cette revue de littérature.

Etat des connaissances et question de recherche

Problématique

En Suisse, l'insuffisance cardiaque (IC) touche environ 150'000 personnes, la majorité étant âgée de plus de 70 ans (Fondation Suisse de Cardiologie, n.d.). En outre, on estime à 650 millions de francs suisses par année le montant investi dans le traitement des patients atteints d'une insuffisance cardiaque (Initiative Insuffisance Cardiaque, 2016).

L'insuffisance cardiaque désigne l'incapacité du cœur à adapter son débit aux besoins de l'organisme, ce qui signifie que le sang ne parvient plus en quantité suffisante aux muscles et aux organes vitaux en raison de la capacité de pompage réduite du cœur (Fondation Suisse de Cardiologie, n.d.). Elle est l'aboutissement de la majorité des cardiopathies. Elle peut être gauche, droite ou globale. L'IC peut avoir pour étiologie une cardiopathie ischémique (après un infarctus du myocarde), une cardiopathie valvulaire ou encore une anomalie primitive du muscle cardiaque (Perlemuter & Perlemuter, 2011). On classe les facteurs favorisant de l'IC en deux groupes (Passeport Santé, 2014) : les non-modifiables (âge, sexe) et les modifiables (hypertension artérielle (HTA), tabagisme, hyperlipidémie, diabète, anémie grave, hyperthyroïdie, obésité, apnée du sommeil, inactivité physique, alimentation riche en sel, syndrome métabolique, abus d'alcool). Delahaye (2013) compare les différents stades de l'IC en fonction des symptômes présents avec les limites fonctionnelles que ces derniers peuvent engendrer (Appendice B).

Les symptômes diffèrent selon la zone du cœur atteinte (gauche ou droite) (Appendice C). Différents types de traitements pharmacologiques visent à traiter la maladie, éviter les complications et maintenir une qualité de vie correcte. Perlemuter et Perlemuter (2011) définissent trois classes de traitements médicamenteux. Les diurétiques luttent contre la rétention sodée en augmentant l'élimination du sel et de

l'eau par les reins. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion diminuent l'activité du système rénine-angiotensine-aldostérone. Par conséquent, ils font baisser la tension artérielle (TA) et luttent contre la rétention hydrosodée. Les β -bloquants diminuent la fréquence cardiaque, font baisser la TA et préviennent l'apparition de troubles du rythme ventriculaire. Le traitement chirurgical peut également être envisagé selon l'origine de l'IC : pontage coronarien, chirurgie valvulaire, transplantation cardiaque (dernier recours, chez les patients âgés de moins de 65 ans) (Passeport Santé, 2011). L'approche thérapeutique comprend également un changement de mode de vie tels l'alimentation, l'activité physique ainsi que tous les comportements et les moyens diminuant le stress. L'ensemble de l'auto-gestion de l'insuffisance cardiaque a pour but de réduire tout effort cardiaque (Passeport Santé, 2011).

En Suisse, l'augmentation de l'espérance de vie et l'arrivée des « baby-boomers » à l'âge de la retraite sont des enjeux de taille pour la politique et l'économie (Promotion Santé Suisse, 2016). En effet, d'ici 2030, la population de 65 ans et plus doublera, soit 2.1 millions de personnes. En 2060, les 65 ans et plus représenteront un tiers de la population totale. De plus, selon Colucci (2014), les thérapies innovatrices en matière de traitement permettent désormais de prolonger l'espérance de vie des patients cardiaques. Ces améliorations augmentent ainsi l'incidence de l'insuffisance cardiaque. En effet, selon Vasan et Wilson (2015), la prévalence s'accroît avec l'âge. Ho, Kannel et Levy (1993, cité dans Vasan & Wilson, 2015) rapportent une prévalence de 8 pour 1000 hommes chez les sujets âgés de 50 à 59 ans, qui passe à 66 pour 1000 chez les hommes âgés de 80 à 89 ans [traduction libre].

Les statistiques générales concernant l'IC sont claires ; il s'agit d'une pathologie très présente de nos jours et qui nécessite souvent plusieurs hospitalisations. Selon Faure et Labreze (2014), l'IC est la deuxième cause d'hospitalisation la plus fréquente

dans les services de médecine générale. De plus, la mortalité globale de patients en IC présentant des symptômes se monte à 50% dans les 5 ans suivant la pose du diagnostic. Concernant les hospitalisations en Suisse, 29 à 47% des patients en IC sont réhospitalisés dans les trois mois suivant leur retour à domicile (Initiative Insuffisance Cardiaque, 2016).

Dans les maladies cardiovasculaires dont l'insuffisance cardiaque, le régime pauvre en sel est souvent recommandé. En effet, le sel (chlorure de sodium) favorise la rétention d'eau dans l'organisme et l'espace extra-cellulaire. Le régime hyposodé permet de diminuer cette rétention de liquide et ainsi, de réduire la surcharge en pression et/ou en volume sanguin afin de soulager le travail du cœur. Ce régime diminue également le volume d'eau présent dans les tissus, ce qui est bénéfique chez les personnes présentant des oedèmes (Pavageau, 2015). De plus, d'après Horwitz et Krumholz (2015), il améliore la réponse aux anti-hypertenseurs et diminue les pertes de potassium chez les patients sous diurétiques.

Concernant les recommandations sodées chez les personnes insuffisantes cardiaques, il n'y a pas de consensus entre les différentes autorités de santé. En référence, 2.5 gr de sel de table équivaut à 1 gr de sodium (European Food Information Council, 2006). En effet, les lignes directrices de l'American College of Cardiology Foundation/American Heart Association déclarent qu'une restriction sodée à moins de 3 gr / 24h serait avantageuse pour une amélioration des symptômes [traduction libre] (Lennie, Chung & Moser, 2013, p. 2). La Haute Autorité de Santé (2014), elle, encourage une restriction sodée modérée à 6 gr par jour. Les recommandations de la Fondation Suisse de Cardiologie promeuvent une restriction de 5 à 6 gr de sel de table (Cuculi, Zuber, Pfister & Erne, 2014). L'institution Heart Failure Society of America conseille de limiter le sodium entre 2 et 3 gr par jour, tandis que l'American Dietetic Association restreint ses recommandations à moins de 2 gr /

24h. Toutefois, selon Lennie et al. (2013), une restriction sodée en-dessous de 2 gr / jour semblerait mauvaise pour l'organisme. Effectivement, le chlorure de sodium étant un nutriment essentiel au bon fonctionnement musculaire et nerveux ainsi qu'au maintien de l'équilibre hydrique, sa carence peut être néfaste. Cette restriction stricte diminuerait la réponse de l'organisme à certains médicaments (β -bloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion).

Concernant l'adhésion et l'auto-gestion, plus de 50% des patients atteints de pathologies chroniques ne suivent pas strictement leur traitement pour en avoir les bénéfices optimaux (World Health Organization, 2003). Selon Colucci (2014), une faible observance est un facteur favorisant une réhospitalisation chez les personnes ayant une IC. En effet, un manque d'adhésion au programme médical (médicaments ou régime alimentaire) est la raison la plus commune pour une réadmission à l'hôpital et cela représente un pourcentage non-négligeable de 41% des cas. Il a été estimé que plus de la moitié de ces réadmissions pourraient être évitées. Selon Albert (2013), il est important que les différents partenaires de santé s'assurent à la sortie de l'hôpital que le patient comprenne au mieux sa maladie ainsi que l'impact qu'il peut avoir sur elle. En effet, certaines connaissances et compétences sont nécessaires pour une bonne adhésion au régime hyposodé (Horwitz & Krumholz, 2015). Les infirmières jouent alors un rôle essentiel dans l'éducation et le suivi des patients insuffisants cardiaques (voir Figure 1).

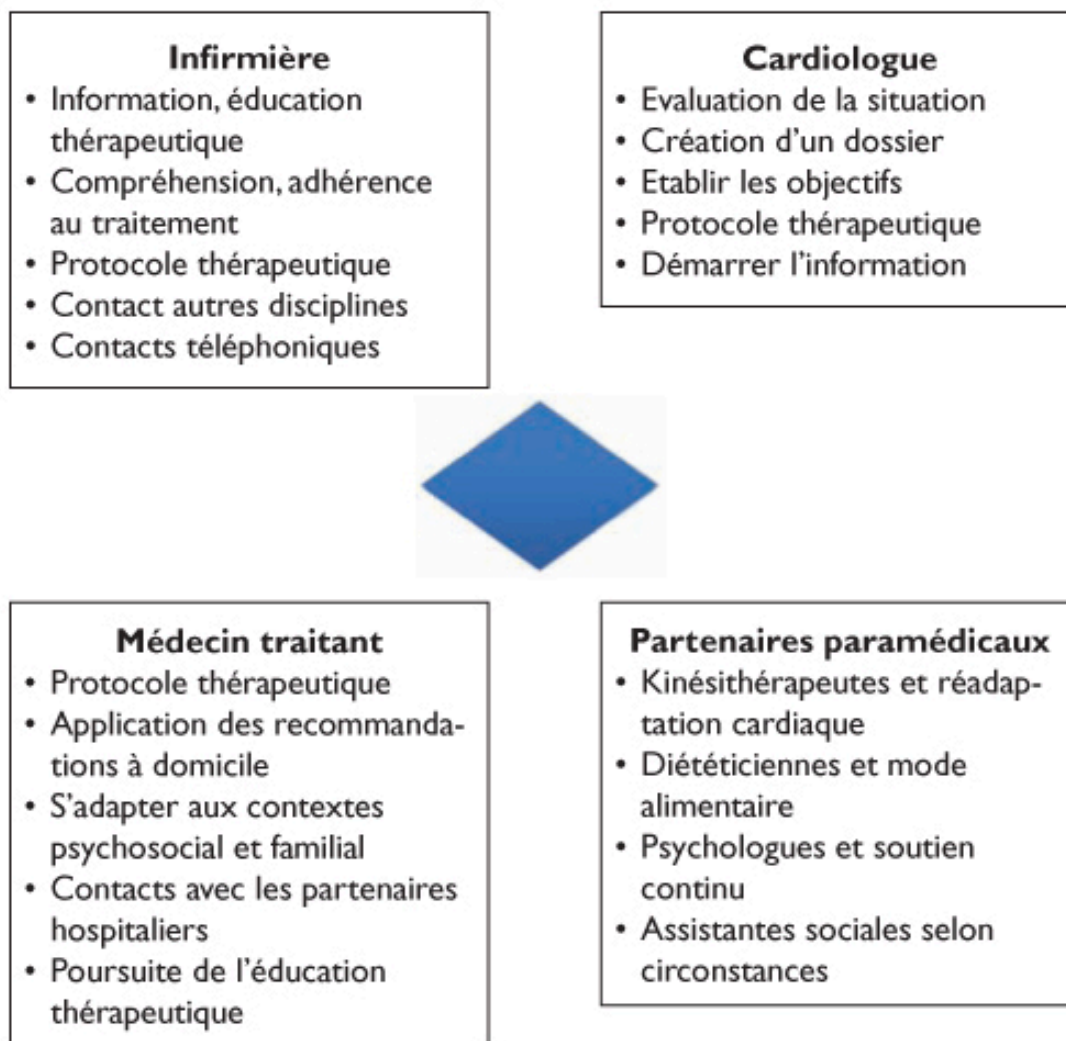


Figure 1. Approche multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque

(Nellessen & Piérard, 2012)

Par le temps passé auprès du patient, les infirmières bénéficient d'échanges avec ce dernier (Haute Autorité de Santé, 2014). Ainsi, ces moments permettent de repérer les éléments jouant un rôle dans l'adhésion thérapeutique du patient insuffisant cardiaque. En effet, afin d'intervenir de façon individualisée, il est primordial d'analyser et de comprendre les facteurs influençant l'adhésion du patient face au régime pauvre en sel.

Question de recherche

Face au défi que représente l'insuffisance cardiaque pour la santé et vu son ampleur grandissante, il paraît essentiel de se pencher plus attentivement sur certains éléments de la prise en charge de cette maladie. Comme exposé précédemment, un manque important d'adhésion au traitement est fréquent, notamment en ce qui concerne le régime hyposodé.

Afin de pouvoir intervenir de manière optimale, cette recherche tente de répondre à la question suivante :

« Quels sont les facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodé des personnes souffrant d'une insuffisance cardiaque ? »

La recherche faite dans le cadre de ce travail de Bachelor tentera de répondre à cette question par une revue de littérature étoffée.

Objectifs

L'objectif de cette revue de littérature est de répertorier les différents facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodé des personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque. La discussion de ces différents facteurs permet de faire des transferts pour la pratique infirmière.

Rapport-Gratuit.com

Cadre théorique

Dans ce chapitre, les modèles théoriques et les concepts choisis sont exposés en lien avec les problématiques relevées ci-dessus et qui se retrouvent dans les articles sélectionnés. Ils sont mobilisés lors de la discussion des résultats de la revue de littérature.

Modèles théoriques

Le cadre de référence choisi s'insère dans le modèle de l'adhésion créé par l'OMS. En effet, cette théorie sert de référence pour aborder l'adhésion au régime alimentaire chez des personnes ayant une IC.

Dans un deuxième temps, le modèle des croyances de santé (Health Belief Model) est étudié. Il peut être lié au modèle de l'OMS ; les composantes du modèle de croyances de santé vont fortement influencer l'adhésion au régime alimentaire.

Modèle de l'adhésion de l'OMS

L'adhésion, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 2003), est un phénomène multidimensionnel déterminé par cinq composantes (voir Figure 2) : facteurs liés au patient, socio-économiques, liés à la maladie, au traitement, au personnel et au système de santé. La responsabilité d'une bonne adhésion est donc partagée ; le patient n'est pas le seul élément déterminant sa propre adhésion comme pensé pendant longtemps (WHO, 2003).

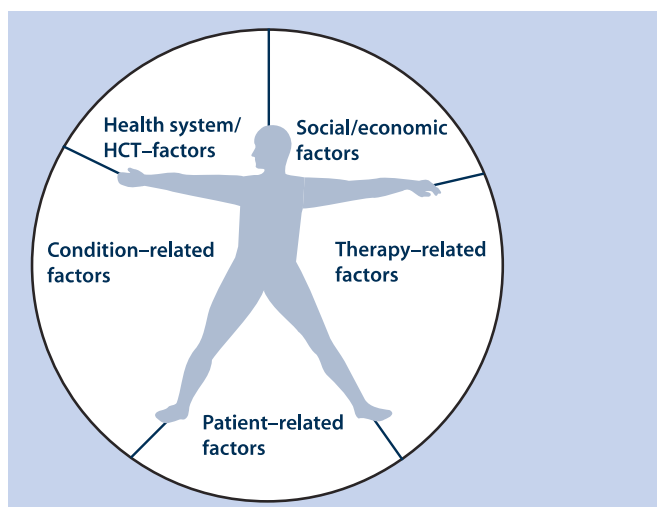


Figure 2. Les cinq composantes de l'adhésion selon l'OMS
(WHO, 2003)

Les facteurs liés au patient représentent les ressources, les connaissances, le point de vue, la motivation, les idées et les attentes du patient. Ces différents items interagissent d'une manière encore inconnue avec l'auto-efficacité du patient et son aptitude à entreprendre des comportements de gestion de sa maladie afin d'adopter un certain niveau d'adhésion thérapeutique (WHO, 2003). De multiples obstacles peuvent entraver une bonne adhésion thérapeutique tels que les oublis, le stress, des connaissances inexactes, des croyances négatives concernant l'efficacité du traitement, etc.

Les facteurs socio-économiques sont l'ethnie, la vieillesse, l'adolescence, un faible soutien social et un statut socio-économique inférieur (Schäfer-Keller, Garzoni, Dickenmann & De Geest, 2010). En effet, certaines personnes peuvent avoir des ressources financières limitées et ne réussissent alors pas à subvenir à tous leurs besoins. Selon l'OMS (2003), le niveau d'éducation, l'illétrisme, des conditions de vie instables, les croyances sur la maladie et les traitements ainsi que des perturbations

du système familial sont également des facteurs influençant significativement l'adhésion.

Les facteurs liés à la maladie englobent les symptômes, les limitations physiques, psychiques, sociales et professionnelles, l'évolution et la sévérité de la maladie ainsi que la disponibilité des traitements. Ces éléments influencent les risques perçus par le patient tout comme les comorbidités telle la dépression qui peuvent avoir un impact sur l'adhésion (WHO, 2003).

Les facteurs liés au traitement représentent les régimes complexes, les traitements de longue durée, les échecs thérapeutiques antérieurs, les changements de traitement et l'absence de possibilité de traitement des effets secondaires (Schäfer-Keller & al., 2010). Les bénéfices immédiats perçus ainsi qu'un soutien médical disponible peuvent favoriser cette adhésion thérapeutique.

Finalement, les facteurs liés au personnel et au système de santé sont la relation de partenariat avec les soignants, l'absence de connaissances sur l'adhésion de la part des soignants, la charge de travail du personnel et des frais de traitements élevés (Schäfer-Keller & al., 2010). Un manque de prise en charge dans l'enseignement thérapeutique et dans la gestion de la maladie chronique est également à relever (WHO, 2003).

Ce modèle montre que l'adhésion thérapeutique est un cadre de référence complexe, influencé par plusieurs intervenants et plusieurs variables. Les facteurs cités précédemment peuvent constituer des ressources ou des barrières à l'adhésion du patient. Pour une bonne prise en charge, il est du rôle des soignants de considérer les différentes dimensions de l'adhésion thérapeutique.

Modèle des croyances de santé (Health Belief Model)

Selon Baghianimoghadam, Shogafard, Sanati, Baghianimoghadam, Mazloomy et Askarshahi (2013), le modèle des croyances de santé est l'un des modèles les plus utilisés en santé publique. Il peut expliquer l'évolution d'un comportement de santé et par conséquent, il permet aux soignants de baser leurs interventions sur ce modèle. Godin (1991) raconte que dans le passé, diverses initiatives ne prenant pas en compte les facteurs psycho-sociaux ont tenté de viser à modifier les comportements des individus, sans forcément avoir de résultat. Après plusieurs échecs, les acteurs du secteur de la santé se sont rendu compte que la méthode d'intervention ou son contenu pouvait ne pas convenir à toute la population visée. La compréhension des facteurs déterminant un comportement est alors nécessaire au choix de la méthode d'intervention qui ne devrait pas être basée uniquement sur une approche éducative comme il a été souvent pratiqué auparavant. En effet, le fait d'informer les individus sur les risques et les dangers d'un certain comportement de santé dans le but de le modifier peut être inefficace si la personne a des motifs autres que ceux associés à sa propre santé.

Le modèle des croyances relatives à la santé a été créé par Rosenstock dans les années 1950. A l'origine, il expliquait pourquoi les individus acceptaient ou non de passer un test de dépistage des maladies asymptomatiques (par ex: cancer du poumon). Ce modèle a ensuite été utilisé afin d'analyser les comportements associés à la prévention des maladies (par ex : la vaccination) mais aussi à l'observance des prescriptions médicales. Ce modèle préconise qu'une personne est capable d'agir sur sa santé s'il possède un minimum de connaissances en la matière et s'il considère la santé comme étant une dimension importante de sa propre vie. La décision d'agir

est déterminée par divers éléments (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) (voir Figure 3) :

- Menace perçue : elle se compose de la vulnérabilité perçue (perception subjective du risque de contracter la maladie) et de la sévérité perçue d'un état de santé (sériosité perçue de contracter une maladie ou de la laisser non traitée).
- Bénéfices perçus : l'efficacité perçue des stratégies mises en place pour diminuer la menace de la maladie.
- Barrières perçues : les conséquences potentiellement négatives pouvant découler de l'adoption des mesures préventives de santé, comprenant l'examen médical, psychologique et les dépenses financières.
- Sélection à l'action : c'est un stimuli à l'action. Les indices à l'action peuvent être internes (événements corporels comme des symptômes physiques) ou externes (ambiants comme des publicités des médias, les soignants) qui motivent à agir.
- D'autres variables : les variables démographiques (âge, ethnie, éducation), psychosociologiques (personnalité, classe sociale, paires), structurales (connaissances sur une maladie donnée, contact antérieur avec la maladie) et diverses affectent les perceptions d'un individu et influencent ainsi de façon indirecte le comportement de santé.
- L'auto-efficacité : la croyance pour l'individu de pouvoir exécuter avec succès le comportement requis pour produire les résultats désirés (Bandura, 1977).

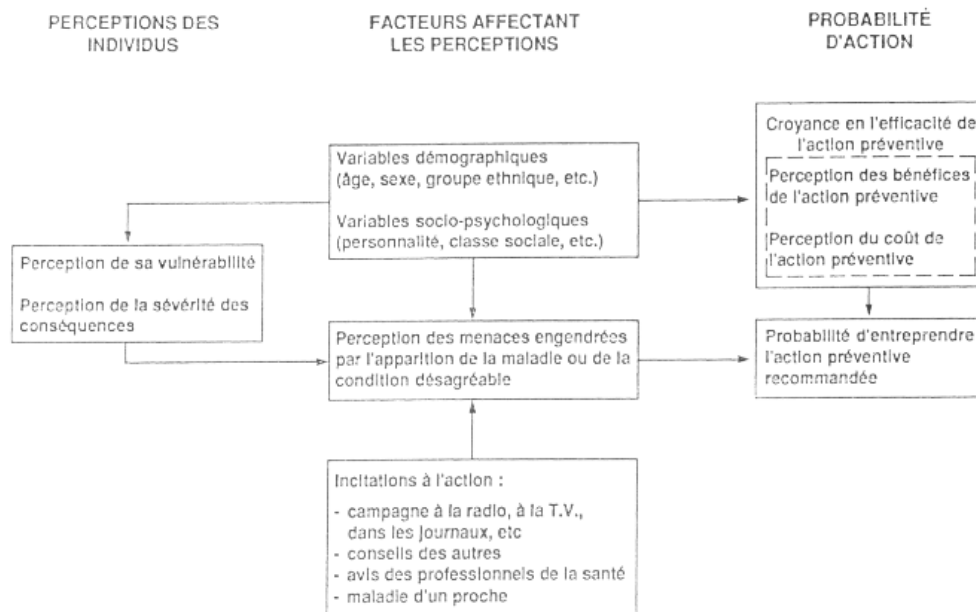


Figure 3. Modèle des croyances de santé

(Godin, 1991)

Le modèle de croyance de santé permet de définir et de clarifier les perceptions des individus face à leurs comportements: sont-ils positifs ou négatifs ? Quelles sont les solutions ? Il est donc pertinent d'informer la personne afin qu'elle prenne conscience si oui ou non, elle présente des risques pour ensuite déterminer le sérieux de sa situation. Finalement, c'est à l'individu d'envisager des actions propres à son état de santé s'il identifie une menace pour sa santé.

Concepts

La compliance, l'observance et l'adhésion thérapeutique nécessitent d'être éclaircies de par leur sens proche. Ces concepts ont été analysés et résumés à l'aide d'une Cmap (Appendice D). Les concepts de représentations et croyances se retrouvent dans différentes études analysées et sont donc également définis dans ce chapitre.

Compliance

Selon Lamouroux, Magnan et Vervolet (2005), lors de maladies chroniques telle que l'insuffisance cardiaque, un traitement à long terme est prescrit pour contrôler les symptômes et assurer une certaine qualité de vie. Cependant, une grande majorité des patients ne suivant pas le traitement, la morbidité et mortalité augmentent. De nombreuses recherches sont alors faites afin de comprendre ce phénomène qui représente un grand enjeu public. Les textes que l'on retrouve sont souvent des traductions. C'est pourquoi, en français, plusieurs termes comme la compliance, l'observance ou encore l'adhésion thérapeutique, qui semblent désigner la même idée, sont identifiés. La traduction littérale du mot anglais *compliance* est l'observance en français. Pourtant, dans la langue française la compliance et l'observance ne sont pas synonymes. La compliance fait référence à un « comportement de santé par rapport à une norme médicale » (p. 32). Il fait apparaître une connotation négative par son idée de « soumission ». De ce fait, il transmet l'idée qu'il peut y avoir de « bons » et de « mauvais » patients.

Observance

L'observance thérapeutique désigne plutôt « la capacité à prendre correctement un traitement qui a été prescrit » (Lamouroux & al., 2005, p. 32). Elle englobe tous les comportements de santé tels que les rendez-vous chez les médecins, l'exercice physique ou encore l'arrêt du tabac. Etant influençable par les facteurs psychosociaux, l'observance peut changer dans le temps selon les événements de vie du patient. Une caractéristique fondamentale de l'observance est qu'elle est mesurable de plusieurs manières :

- Grâce à des marqueurs spécifiques (taux de sodium dans les urines) ;

- Par des questionnaires dans lesquels le patient donne un retour subjectif ;
- Indirectement en mesurant la qualité de vie (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (Rector, 2005)) ou l'évolution des symptômes (par l'intermédiaire de la mesure du poids ou des oedèmes).

Adhésion thérapeutique

L'adhésion thérapeutique est un autre terme que l'on retrouve et qui fait partie de l'observance thérapeutique. En effet, d'après Lamouroux et al. (2005), elle désigne le point de vue du patient, sa volonté et son acceptation face à la prise en charge de sa maladie. L'adhésion thérapeutique permet une collaboration active avec le patient, qui va s'impliquer dans sa propre démarche de soin, ce qui est primordial lors de maladies chroniques. En 1997, l'American Heart Association définit l'adhésion comme « un comportement fortement influencé par l'environnement dans lequel le patient vit, incluant les pratiques et les systèmes de santé » [traduction libre] (Vrijens, De Geest, Hughes, Przemyslaw, Fargher, Morrison, Lewek, Matyjaszczyk, Mshelia, Clyne, Aronson & Urquhart, 2012, p. 694). Cette définition suppose que le patient doit avoir les connaissances, la motivation, les compétences et les ressources pour suivre les recommandations des professionnels de la santé.

L'observance et l'adhésion thérapeutique vont de pair et peuvent évoluer selon le contexte. En effet, à l'hôpital, un patient peut adhérer au régime pauvre en sel et adopter un comportement traduisant une bonne observance thérapeutique en mangeant son repas. Cependant, de retour à domicile, il se peut qu'il n'agisse plus de la même façon. De nombreux facteurs peuvent alors entrer en compte, comme par exemple, le soutien social, l'anxiété, la dépression ou encore l'évaluation des coûts et des bénéfices du traitement.

L'adhésion et l'adhérence, qui est un anglicisme, font référence à la même idée (Dias Barbosa, 2014). Dans ce travail, le terme d'adhésion sera exclusivement utilisé.

Croyances et représentations

Wright, Watson et Bell (1996, cité dans Duhamel, 2007) décrivent une croyance comme :

[...] une conviction de la « vérité » d'une réalité subjective qui influence notre structure biopsychosociale-spirituelle et notre fonctionnement. Ce sont les croyances qui détermineront la perception qu'une personne a de sa situation de santé et qui guideront ensuite ses comportements à l'égard de cette situation (p. 44-45).

En effet, les croyances influencent la manière de percevoir la réalité et de l'assimiler, engendrant ainsi les différents comportements d'une personne (Louis et Trahan, 1995, cité dans Bourassa & al., 2000, p. 22). Ces derniers auteurs relèvent également que :

[...] si les croyances qui contribuent à la création des représentations ne peuvent être observées directement, elles sont par ailleurs centrales. Leur présence importante explique pourquoi il est parfois difficile d'apporter des changements, étant donné que tout changement exige des transformations au niveau de ces représentations.

Il est à relever que les croyances et les valeurs des proches ont un lien fort avec l'identification de la maladie, avec le sentiment d'auto-efficacité ainsi qu'avec le soutien perçu dans la prise en charge thérapeutique (Seaburn, 2005 ; Searight & Noce, 1989 cité dans Duhamel, 2007).

Selon Formarier et Jovic (2012), le terme de représentation sociale est déjà utilisé durant l'Antiquité dans les textes de Platon, puis par Kant au 18^{ème} siècle. Au 19^{ème} siècle, le concept de représentation sociale devient la base de la psychologie sociale pour ensuite être utilisé dans le domaine de la santé.

Selon Abric (1999, cité dans Formarier & Jovic, 2012, p. 265) :

Nous appelons représentation l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Il n'existe donc pas – dans les activités humaines – de réalité objective. Toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée, reconstruite dans le système cognitif. [...] Par ailleurs, la représentation de la situation détermine un système d'attente et d'anticipations concernant, par exemple le comportement de l'autre, le contenu de ce qu'il va dire, etc.

Au niveau de la pratique professionnelle, la prise en compte des représentations et des croyances du patient est nécessaire. En effet, ces dernières permettent de comprendre le patient et de pouvoir élaborer des interventions personnalisées et efficaces.

Méthode

Ce chapitre présente la méthode utilisée pour l'élaboration de cette revue de littérature. Le devis est justifié, la banque de données consultée est nommée et les mots-clés utilisés sont présentés. Les critères de sélection des articles et les différentes stratégies de recherche employés sont explicités. Finalement, les démarches d'analyse et de synthèse de cette revue sont présentées.

Devis

La méthode utilisée pour le travail Bachelor est celle de la revue de littérature étoffée. Selon Coughlan, Ryan et Cronin (2013), elle est définie comme « une évaluation critique de recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique » [traduction libre] (p. 2). Une revue de littérature ordinaire consiste à relever une problématique de départ, de la préciser en tenant compte de l'état des connaissances actuelles et de définir un cadre théorique en lien avec ce problème afin de proposer des pistes d'action pour la pratique et pour de futures recherches. Les buts de la revue de littérature sont de pouvoir maîtriser un sujet grâce à des recherches qui ont déjà été développées, de faire des liens avec la pratique soignante et de se questionner sur le sujet (Loiselle, 2007). Dans le cadre de ce travail de Bachelor, cette démarche « raccourcie » permet d'acquérir de nouvelles connaissances sur la thématique de l'insuffisance cardiaque et les facteurs influençant l'adhésion au régime alimentaire. Ce devis a alors permis de combiner les résultats de sept études déjà publiées sur le sujet et d'en réaliser une synthèse afin de pouvoir en ressortir des pistes d'actions pertinentes pour la pratique infirmière.

Etant donné les exigences demandées pour le niveau Bachelor et le temps disponible pour le travail donné par le calendrier académique, un nombre limité d'articles a été utilisé pour ce travail.

Banques de données

Pour la revue étoffée de littérature, plusieurs bases de données informatisées sont consultées. Dans le cadre du travail de Bachelor, des recherches ont été faites dans la banque de données de PubMed. Le site UpToDate a été consulté afin d'avoir des connaissances actualisées sur le sujet.

Mots-clés

Les mots-clés utilisés pour nos recherches d'articles sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 1

Mots-clés

Tableau 1 Mots-clés

Mots clés	Termes MeSH
Insuffisance cardiaque	Heart Failure
Insuffisance cardiaque, sous-titre : thérapie par l'alimentation	Heart Failure/diet therapy
Adhésion thérapeutique, observance thérapeutique	Patient Compliance
Régime pauvre en sel	Diet, Sodium-Restricted
Médication	Medication
Habitudes de vie	Life Style
Insuffisance cardiaque, sous-titre : thérapie	Heart Failure/therapy
Sodium alimentaire	Sodium, Dietary
Régime pauvre en sel, sous-titre : psychologie	Diet, Sodium-Restricted/psychology
Mots clés	Termes non-MeSH
Croyances concernant la compliance alimentaire chez les personnes souffrant d'une insuffisance cardiaque	Dietary compliance beliefs of people with heart failure

Critères de sélection

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été élargis pour ce travail. En effet, suite à l'esquisse, deux revues de littérature concernant les interventions favorisant l'adhésion thérapeutique ont été trouvées, une datée de 2013 et une seconde de 2015. A ce moment-là des recherches effectuées, le travail a été redirigé sur les facteurs influençant l'adhésion thérapeutique au régime alimentaire des personnes insuffisantes cardiaques.

Les critères de sélection ont été alors précisés. L'année des études n'a pas été définie, cependant, des études récentes ont tout de même été choisies (entre 2002 et 2015). La population cible comprend des hommes et des femmes à l'âge adulte. Finalement, l'accent est mis sur les facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodé chez les personnes atteintes d'une IC. Pour la recension des écrits, les mots-clés ont été introduits dans PubMed. Ces recherches ont ensuite été confrontées aux critères de sélection. Finalement, les résultats obtenus sont triés en lisant les titres, puis les résumés tout en respectant la question de recherche et les critères de sélection.

Stratégies de recherche

Les stratégies de recherche utilisées dans le cadre de ce Bachelor Thesis sont exposées à l'Appendice E

Pour ce travail, 19 études ont été identifiées. Puis, selon les critères de sélection, huit études ont été retenues. A la lecture des titres et des résumés, une étude a été exclue car son but de recherche ne correspondait pas aux critères de sélection. Finalement, sept études ont été incluses dans les résultats de cette revue de littérature ; elles ont été analysées, résumées et évaluées.

Processus d'inclusion

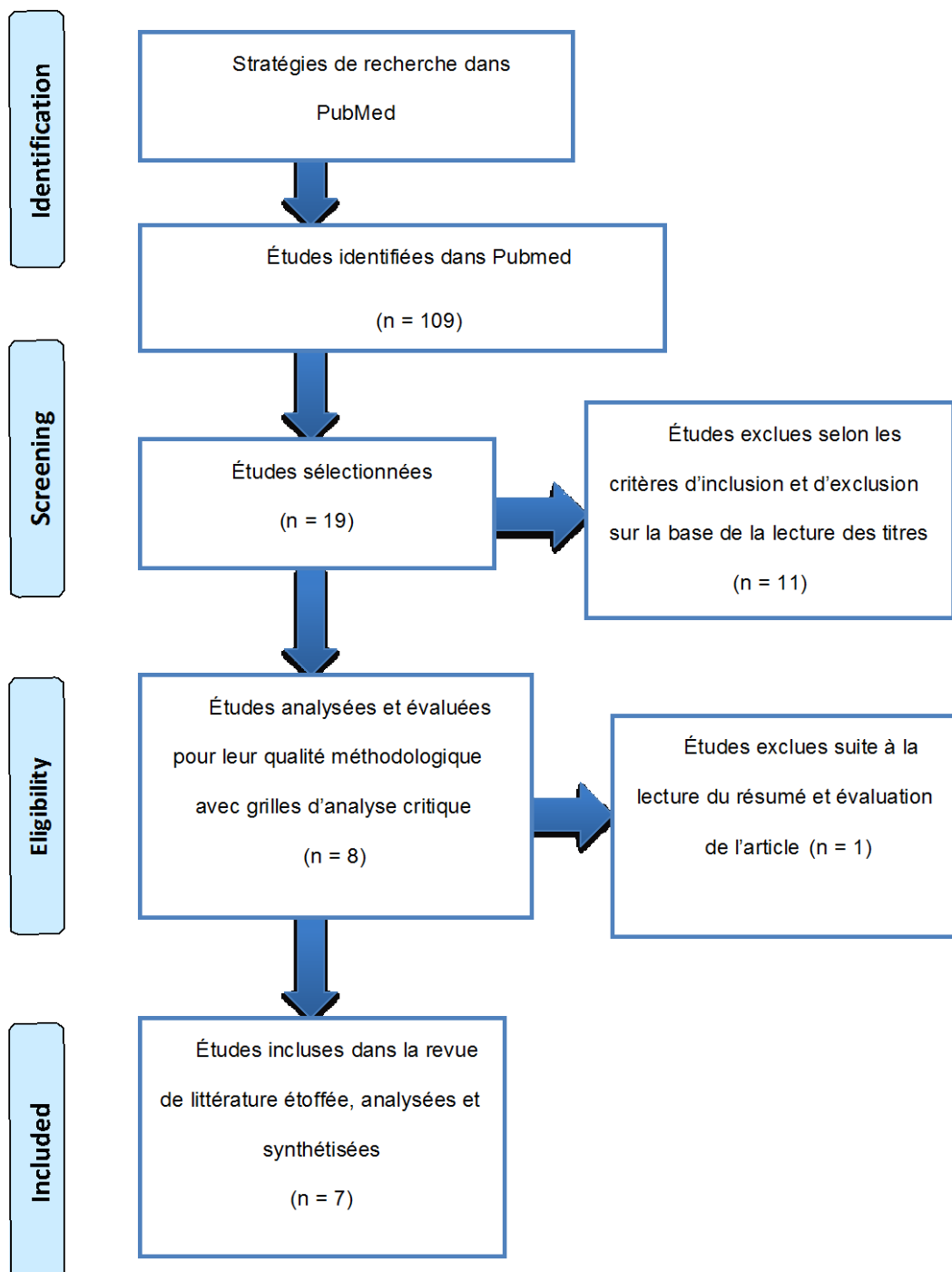


Figure 4. Processus d'inclusion

Méthode de synthèse et d'extraction des données

La démarche de synthèse a été réalisée à l'aide d'une grille de lecture (Appendice F et G) qui permet de donner une vision claire et structurée d'un article et d'en ressortir les points clés. Les grilles des articles analysés pour cette revue de littérature se trouvent en Appendice H.

Démarche d'analyse

Après avoir procédé à la synthèse et à l'extraction des données, la démarche d'analyse évalue la pertinence des articles retenus. En effet, elle permet de relever les points forts et les points faibles d'une étude.

Pour la démarche d'analyse, des modèles de grilles d'évaluation pour des articles qualitatifs et quantitatifs ont été utilisés (Appendice I et J). Les grilles des sept articles analysés se trouvent à l'Appendice K.

Résultats

Ce chapitre présente dans un premier temps la qualité méthodologique des articles sélectionnés pour cette revue de littérature.

Les résultats obtenus grâce à l'analyse des articles de l'étude sont ensuite exposés. Après avoir lu et analysé l'intégralité des articles sélectionnés, quatre thématiques regroupent les facteurs influençant l'adhésion au régime alimentaire des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Qualité méthodologique des articles retenus

Les sept articles diffèrent selon leur devis. Quatre articles ont un devis quantitatif (Bennett, Lane, Welch, Perkins, Brater & Murray, 2005 ; Neily, Toto, Gardner, Rame, Yancy, Sheffield, Dries & Drazner, 2002 ; Lennie, Worrall-Carter, Hammash, Odom-Forren, Roser, Smith, Trupp, Chung & Moser, 2008 ; van der Wal, Jaarsma, Moser, van Gilst & van Veldhuisen, 2007) et trois utilisent un devis qualitatif (Bentley, De Jong, Moser & Peden, 2005 ; Heo, Lennie, Moser & Okoli, 2009 ; van der Wal, Jaarsma, Moser, van Gilst & van Veldhuisen, 2010).

Dans les articles analysés, au total 1'706 patients ont participé aux études. On retrouve une population âgée entre 23 et 92 ans. Ces études se sont principalement déroulées aux Etats-Unis, en Australie et aux Pays-Bas. Tous les participants ont un diagnostic d'insuffisance cardiaque confirmé avec des étiologies diverses. Les classes I à IV de la New York Heart Association apparaissent dans les résultats. La plupart des participants aux études ont déjà été hospitalisés en raison de symptômes de l'insuffisance cardiaque. Une partie avait déjà reçu un enseignement concernant le régime hyposodé avant leur participation aux études.

Au niveau de la méthode de récolte de données des différentes études, les participants ont pris part à des interviews et à des questionnaires. De manière

générale, les données cliniques et sociodémographiques ont été récoltées à l'aide des dossiers et des rapports médicaux.

Les instruments de mesure utilisés dans les études sont variés et sont présentés ci-dessous :

- Taux de sodium dans les urines de 24h : cette mesure est utilisée dans l'étude de Lennie et al. (2008) afin d'objectiver le niveau d'adhésion au régime hyposodé.
- Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ) : ce questionnaire (Appendice L) évalue les attitudes, les barrières et les connaissances face au régime hyposodé (Lennie et al., 2008).
- Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) et Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS) : ces échelles (Appendice M) sont basées sur le Health Belief Model et ont été développées spécifiquement pour les patients insuffisants cardiaques. Elles permettent de déterminer leurs croyances face à la médication et à l'alimentation afin d'établir des interventions personnalisées pouvant améliorer leurs comportements face à l'adhésion (Bennett et al., 2005 ; van der Wal & al., 2007). Le patient évalue 12 items donnés sur une échelle de likert allant de 1 à 5 (1 = totalement en désaccord, 5 = totalement en accord).
- Echelle de l'adhésion de l'insuffisance cardiaque : elle permet de mesurer l'adhésion aux médicaments, à la restriction sodée et à la pesée quotidienne avant une hospitalisation (Appendice N) (van der Wal & al., 2007).

- 20-items Centre for Epidemiology Surveys-Depression scale (CES-D) : cette échelle (Appendice O) permet de mesurer les sentiments et comportements dépressifs (van der Wal & al., 2007).
- Questionnaire à choix multiples comprenant 15 items sur les connaissances concernant l'insuffisance cardiaque (en néerlandais) : ce questionnaire (Appendice P) évalue les connaissances du patient sur l'insuffisance cardiaque, le régime hyposodé, la restriction de liquide, les médicaments et l'exercice. Il évalue aussi la reconnaissance des symptômes (van der Wal & al., 2007).

Présentation des résultats

Ce chapitre expose les résultats obtenus à la suite de l'analyse rigoureuse des sept articles sélectionnés pour cette revue de littérature. Ils ont pour but de répondre à la question de recherche : « Quels sont les facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodé chez les personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque ? ». Les résultats ont été classés par thèmes et sous-thèmes. Les quatre thématiques principales qui ressortent sont les suivantes : le niveau d'adhésion, une catégorie regroupant les croyances, les représentations et les connaissances, l'interférence avec la socialisation et le choix des aliments.

Afin de lier au mieux les résultats obtenus dans chaque étude, un tableau récapitulant les études sélectionnées se trouve à l'Appendice Q.

Niveau d'adhésion

Différentes études analysées dans le cadre de cette revue de littérature évoquent directement le niveau d'adhésion.

Selon la Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS) utilisée dans l'étude de van der Wal et al. (2007), les patients perçoivent en général plus de bénéfices que de barrières au régime hyposodé. Cependant, 77% des participants disent suivre toujours ou la plupart du temps les recommandations pour un régime pauvre en sel. Ce pourcentage est tout de même considéré comme faible. Dans l'étude de Lennie et al. (2008), 80.1% des participants avaient reçu des recommandations pour suivre un régime hyposodé. Tous les participants ont complété le Dietary Sodium Restriction Questionnaire (DSRQ). A la suite de ce questionnaire, 18% se disent toujours adhérents, 57% généralement adhérents et le 26% restant le sont parfois ou jamais. Dans cet échantillon (n = 246), 145 personnes ont participé à la mesure du sodium dans les urines de 24 h. Cependant, seulement 40% des participants ayant fait la récolte urinaire sont adhérents selon le résultat de la mesure du taux de sodium dans les urines de 24 h. En effet, 54% des participants de l'étude ayant reçu des recommandations expriment la difficulté à suivre ce régime.

Lennie et al. (2008), qui utilisent un échantillon total de 246 participants, démontrent un lien significatif entre l'attention des patients à suivre un régime hyposodé avec les bénéfices perçus pour leur fonction cardiaque ($p = .001$). En effet, sur 26 patients disant suivre le régime, tous disent percevoir des bénéfices pour leur cœur. Cependant, sur huit patients disant ne pas suivre ce régime, plus de la moitié ne le trouve pas utile pour leur fonction cardiaque. La perception des patients concernant leur facilité à suivre le régime est également liée à l'attention avec laquelle

ils déclarent le suivre ($p = .001$). Parmi 34 patients disant avoir des difficultés à suivre le régime hyposodé, 20.6% avouent ne jamais le suivre. A contrario, 78.3% des 23 patients trouvant facile de suivre le régime disent toujours le suivre. Aussi, les patients qui disent adhérer au régime alimentaire la plupart du temps et qui trouvent facile de le respecter perçoivent plus de bénéfices pour leur fonction cardiaque ($p < .01$) [traduction libre] (p. 8).

Finalement, le niveau d'adhésion est encore différent pour certains types de populations. D'après van der Wal et al. (2007), les patients avec un stade d'IC plus avancé (stade III et IV de la NYHA) ainsi que les patients avec des symptômes dépressifs font face à plus de barrières concernant le régime alimentaire et à la reconnaissance des symptômes. Les personnes anxieuses éprouvent également plus de difficultés à suivre le régime pauvre en sel (Bennett & al., 2005).

Croyances, représentations et connaissances

Plusieurs articles font référence aux croyances, représentations et connaissances qu'ont les patients concernant leur régime hyposodé qui leur a été prescrit.

Exemples de croyances

Le manque de connaissances et d'informations mène à de fausses représentations et croyances et vice-versa. Par exemple, un participant de l'étude de Heo et al. (2009) cite :

« ... c'est évident que le sel restreint la circulation sanguine, les vaisseaux sanguins et tout ça ... donc on veut que nos artères soient aussi propres que ouvertes et que notre sang puisse circuler aussi librement que possible... le sel a plutôt tendance à resserrer qu'à élargir » [traduction libre] (p.4).

Un autre patient semble conscient de l'impact que l'alimentation a sur le diabète mais est douteux de l'influence des aliments sur l'IC. De plus, Bentley et al., (2005) relèvent que certains participants ignorent le sel caché dans certains aliments et pensent que de ne pas manger salé se résume à ne pas rajouter de sel de table lors de la préparation des repas. Par conséquent, ils continuent à manger des aliments riches en sel tels que le bacon et les soupes en sachets. Van der Wal et al. (2010) relèvent également d'autres conceptions erronées. Par exemple, un patient ne mange pas ce qui a un goût salé. Un second pense qu'il suffit de bien laver les légumes en conserve pour enlever le sel qu'ils contiennent. Finalement, un autre pense pouvoir éliminer plus rapidement le sel en mangeant d'autres aliments sucrés comme les fruits. Il est donc important de prendre en compte cette composante des croyances car selon Bennett et al. (2005), ces dernières restent constantes si les professionnels de la santé n'interviennent pas.

Face aux recommandations

Aux Etats-Unis, Bentley et al. (2005) explorent le vécu de personnes insuffisantes cardiaques par rapport au régime hyposodé qui leur a été prescrit et enseigné. Selon les résultats de l'étude, de nombreux patients disent avoir besoin de plus d'informations. Un seul patient dans l'étude de Heo et al. (2009) a pu donner la quantité de sel recommandée par son infirmière alors que 85% disent avoir reçu des recommandations pour le régime alimentaire. Les participants de cette étude évoquent également un manque d'informations et des difficultés à mettre en pratique ce régime. En effet, selon Bentley et al. (2005), les participants éprouvent des difficultés à lister les aliments pauvres en sel alors qu'il leur est facile de nommer ceux riches en sel. Après une évaluation par un diététicien, Neily et al. (2002), reportent que 86% des patients ignorent les recommandations, 56% ne sont pas capables de

classer 12 aliments selon leur contenu en sel, 42% ne savent pas lire les étiquettes concernant les valeurs nutritives et 48% n'utilisent pas ces dernières pour choisir leurs aliments [traduction libre] (p. 30). De plus, lors de l'évaluation des connaissances sur le sodium alimentaire grâce à un questionnaire (sodium knowledge score), les résultats corrects sont peu élevés avec seulement 8% de sans faute [traduction libre] (p. 30). Ces résultats sont étonnants sachant que 60% des patients avaient été hospitalisés pour une décompensation cardiaque dans l'année précédente. Après plusieurs séances d'enseignement individualisées par un diététicien, une nette amélioration de tous les pourcentages est notée : 42% ($p < .01$) ont désormais connaissance des recommandations, 92% ($p < .01$) sont capables de lire les étiquettes de valeurs nutritives et 94% ($p < .01$) les utilisent pour sélectionner les aliments. De plus, le sans faute au questionnaire concernant les connaissances du sodium a augmenté jusqu'à 26% ($p < .05$). Finalement, le manque de connaissances se fait également ressentir dans l'étude de van der Wal et al. (2010) lorsque deux patients sur 15 disent qu'il faut être souple avec les règles [traduction libre] (p. 125). Face aux informations et à l'enseignement par les professionnels de la santé, les personnes âgées demandent une attention particulière. Van der Wal et al. (2010) émettent l'hypothèse que cette population oublie plus facilement les recommandations ou qu'elle puisse avoir une mauvaise assimilation de l'information donnée par les soignants, ceci dû à des problèmes cognitifs, par exemple. Van der Wal et al. (2007) stipulent que moins les patients ont de connaissances et plus ils perçoivent de barrières concernant le régime hyposodé.

Face à la compréhension du régime

Selon Bentley et al. (2005), lorsque les participants doivent respecter plusieurs régimes en même temps (hyposodé et pauvre en cholestérol, par exemple), il semble

difficile pour eux de faire la différence entre les aliments pauvres en sel et pauvres en graisse. Vu leur manque de connaissances, ils déclarent devoir apprendre par eux-mêmes les bases du régime hyposodé mais ont tout de même de la peine à comprendre son importance. Bennett et al. (2005) qui évaluent les barrières et les bénéfices perçus par les personnes insuffisantes cardiaques au niveau de leur médication et de leur alimentation [traduction libre] (p. 977) relèvent également des difficultés à comprendre le régime par leur deux groupes de participants, relativement pour 14% du premier groupe et 21% du second. Heo et al. (2009) confirment dans leur étude que les patients se concentrent davantage sur l'impact d'une alimentation riche en graisse que d'une alimentation riche en sel.

Association avec les symptômes

L'étude de Heo et al. (2009) vise à explorer les perceptions des patients concernant l'impact qu'a leur alimentation sur les symptômes de l'IC, leur compréhension des recommandations alimentaires reçues ainsi que les facteurs favorisant leur adhésion aux recommandations alimentaires. La majorité des participants pense que l'alimentation peut avoir une influence sur leur santé et/ou leurs symptômes d'IC. En effet, Lennie et al., (2008) ont posé la question : « Est-ce que vous croyez que le régime aide votre condition cardiaque ? » [traduction libre] (p. 8). Le 10% des participants a répondu par la négative, 50% pensent que cela influence légèrement et 40% beaucoup. Cependant, moins de la moitié fait le lien entre le sel et leurs propres symptômes mais se sent tout de même mieux en évitant le sel (Heo et al., 2009). En effet, les bénéfices perçus comme le bien-être ressenti par les patients lorsqu'ils adhèrent au régime pauvre en sel ressortent comme facteurs favorisants pour certains participants (van der Wal & al., 2010). Selon van der Wal et al. (2007), 87% des participants relèvent que les aliments salés ne sont

pas bons pour leur santé. Malgré l'inconfort provoqué par les symptômes empirés de l'IC (œdèmes, dyspnée), les participants à l'étude de Bentley et al. (2005) n'associent pas ces symptômes à leur alimentation riche en sel et ne s'en inquiètent pas. Les patients font le lien entre une alimentation salée et la rétention d'eau mais ne sont pas au clair avec les autres impacts possibles (Heo & al., 2009). Bennett et al. (2005) relèvent déjà qu'un tiers des patients ne se sent pas mieux physiquement et ne respire pas plus facilement en respectant la restriction sodée. Van der Wal et al. (2010) mettent en évidence chez des patients des menaces perçues de la maladie : la peur des oedèmes ou d'autres symptômes de l'IC ainsi que la peur d'être hospitalisé. Selon ces auteurs, ces menaces augmentent l'adhésion au régime pauvre en sel.

Face à l'information donnée par les professionnels de la santé

La question du rôle de chacun des professionnels de la santé peut également se poser. Le manque d'informations de la part des soignants a pu être relevé par van der Wal et al. (2010) ; un patient pense qu'à chaque prise de sang, il est contrôlé pour le taux de sodium et comme il ne reçoit jamais de retour, il pense être dans les normes acceptables [traduction libre] (p. 127). Un second participant fait également référence au titre du professionnel de la santé lui ayant fait l'enseignement pour un régime hyposodé. En effet, il n'a pas été motivé à suivre ce régime après avoir reçu les conseils d'une infirmière et dit qu'il aurait préféré rencontrer un médecin. Cela peut être confirmé par Lennie et al. (2008) lorsque 92.4% des personnes interrogées déclarent : « Généralement, j'ai envie de faire ce que mon médecin pense que je devrais faire » [traduction libre] (p. 9). De plus, les professionnels de la santé (médecin, infirmière, diététicien) semblent ne pas donner suffisamment d'informations

concernant les aliments pauvres en sel et les stratégies pour suivre ce régime, comme le relèvent les participants à l'étude de Bentley et al. (2005).

Interférences avec la socialisation

Activités extérieures

Une des barrières qui ressort dans plusieurs articles (Bentley & al., 2005 ; Heo & al., 2009 ; Lennie & al., 2008 ; van der Wal & al., 2007 ; van der Wal & al., 2010) est de manger à l'extérieur de son domicile. Pour 60.6% des patients de l'étude de Lennie et al. (2008), il est difficile de respecter le régime hyposodé lors des repas à l'extérieur. En effet, selon l'étude de van der Wal et al. (2010), ces repas représentent un écart au régime pauvre en sel. Cependant, moyennant le soutien des proches et des professionnels de la santé, le fait de se permettre ces écarts maintiendrait une adhésion au régime hyposodé sur un long terme. Dans les études de van der Wal et al. (2007) et Bentley et al. (2005), cette barrière des activités extérieures est présente respectivement chez 33% et 46.5% des participants. Ces difficultés sont engendrées par un choix limité des menus pauvres en sel proposés par les restaurants, lors d'évènements sociaux ou durant les vacances (Heo & al., 2009).

Entourage : familles et amis

Le caractère permanent de ce régime fait surgir un sentiment de frustration auprès des patients car ils pensent que les restrictions sodées restreignent la socialisation avec l'entourage. Une participante à l'étude de Bentley et al. (2005) donne comme exemple le fait que ses amis ne veulent plus venir manger à la maison en raison de sa nouvelle façon de cuisiner sans sel qui est moins appréciée. De plus, 29.5% des participants notent que lors des repas chez des amis, ceux-ci ne servent pas

d'aliments pauvres en sel (Lennie & al., 2008). Les membres de la famille et les amis ne comprenant pas toujours les buts et l'importance du régime hyposodé, les personnes insuffisantes cardiaques ont le sentiment d'être un « rôleur » [traduction libre] (van der Wal & al., 2010, p. 125). Des conflits peuvent alors surgir et les personnes atteintes d'une IC peuvent se sentir isolées tandis que leur entourage continue à manger sans prêter attention au sel présent dans la nourriture (Bentley & al., 2005). Les patients relèvent également un manque d'encouragement et de soutien de la part de l'entourage (Heo & al., 2009).

A contrario, certains participants citent les membres de la famille ainsi que le soutien des professionnels de la santé comme une motivation à adhérer au régime hyposodé (Heo & al., 2009 ; van der Wal & al., 2010 ; Lennie & al., 2008). Le fait d'avoir déjà eu un proche respectant ce régime a également aidé certains patients à faire la transition vers une alimentation pauvre en sel (Bentley & al., 2005; van der Wal & al., 2010).

Choix des aliments

Goût

Un manque d'appétence de l'alimentation pauvre en sel ressort comme barrière principale dans plusieurs études (Bennett & al., 2005 ; Heo & al., 2009 ; Lennie & al., 2008 ; van der Wal & al., 2007 ; van der Wal & al., 2010). En effet, 69% des participants de l'étude de Bennet et al. (2005), 56.5% chez Lennie et al. (2008) et 51% chez van der Wal et al. (2010) font part du mauvais goût des aliments pauvres en sel. Pour certains participants de l'étude de Heo et al. (2009), le plaisir de manger est perçu comme plus important que les bénéfices apportés par la restriction sodée. De plus, les personnes âgées ont davantage de problème avec le goût de

l'alimentation pauvre en sel [traduction libre] (van der Wal & al., 2007, p. 258). Les participants de l'étude de van der Wal et al. (2010) citent plusieurs astuces afin de remplacer le goût salé de l'alimentation par l'utilisation des épices, des garnitures différentes pour les sandwichs ou encore en diminuant progressivement le sel afin d'habituer le palais. Cependant, certains participants relèvent un manque de choix dans les épices sans sel.

Limitation du choix dans la nourriture

Les participants de l'étude de Bentley et al. (2005) font part d'un choix limité de la nourriture pauvre en sel en magasin, ce qui représente une barrière à l'adhésion [traduction libre] (p. 334). La quantité d'aliments riches en sel consterne les participants lors de leurs courses. Lennie et al. (2008) relèvent également que 21.3% trouvent qu'il n'y a pas suffisamment d'aliments pauvres en sel pour satisfaire leur appétit [traduction libre] (Lennie & al., 2008, p. 9).

D'après l'étude de Bentley et al. (2005), ce manque de choix apparaît comme un problème récurrent qui demande aux patients une organisation et une planification plus rigoureuses de leurs repas. De plus, ils relèvent la difficulté à garder une réserve d'aliments pauvres en sel à la maison. Par ailleurs, cette limitation dans le choix augmente fortement lors d'une seconde restriction alimentaire tel qu'un régime diabétique, par exemple.

Coûts des aliments et temps de préparation des repas

Pour un quart des participants à l'étude de Bennett et al. (2005), le coût des aliments adaptés à un régime hyposodé ainsi que leur temps de préparation constituent des barrières. Effectivement, 26.9% des participants sont d'accord avec le fait que suivre un régime hyposodé prend beaucoup de temps et 25.7% affirment que ces aliments

coûtent cher. Van der Wal et al. (2010) relèvent également que le prix élevé des légumes frais incite les patients à consommer des aliments en conserve, donc plus riches en sel. En outre, les patients de l'étude de Bentley et al. (2005) expriment leur besoin d'instructions pour la préparation des mets. Certains patients ont fait part de leur alternative à cette limitation en faisant appel, par exemple, aux repas à domicile (van der Wal & al., 2010). Finalement, dans l'étude de van der Wal et al. (2010), certains participants soulignent l'importance d'une routine afin de suivre correctement les recommandations. Le régime pauvre en sel nécessite un changement dans les habitudes de vie, ce qui demande une certaine régularité et planification. Certains réussissent à s'y habituer à long terme, tandis que d'autres pensent ne jamais y parvenir.

Discussion

Ce chapitre a pour but de répondre à la question de recherche qui est : « Quels sont les facteurs influençant l'adhésion à un régime hyposodé des personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque? ».

Les résultats exposés précédemment sont alors mis en lien avec le cadre théorique utilisé pour cette revue de littérature, celui du modèle des croyances de santé. Ce dernier est résumé en trois axes principaux : les barrières, les menaces et bénéfices perçus ainsi que les stimuli à l'action. Par la suite, l'implication dans la pratique infirmière est discutée et des pistes d'interventions sont proposées. Finalement, les limites et les forces de ce travail sont présentées.

Discussion selon le modèle de croyances de santé

Comme mentionné au début de ce travail, 41% des hospitalisations sont dues à un manque d'adhésion au programme médical, comprenant entre autres le régime hyposodé (Colucci, 2014). Ce régime est alors considéré comme une composante essentielle de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Plus de la moitié de ces hospitalisations ayant pu être évitées, il est donc nécessaire de se pencher plus particulièrement sur les éléments pouvant influencer cette adhésion. En effet, selon Godin (1991), pour apporter un changement à un comportement, il faut, dans un premier temps, comprendre les facteurs qui le déterminent. Le modèle des croyances de santé de Rosenstock et al. (1988) définit les six composantes menant à un comportement de santé : les barrières perçues, les menaces perçues, les bénéfices perçus, les sélections à l'action, l'auto-efficacité ainsi que les variables démographiques et psychosociales. Les résultats sont discutés selon les principaux axes cités auparavant.

Les barrières perçues

Suite aux résultats obtenus lors de cette revue de littérature, un nombre considérable de barrières empêchant la personne insuffisante cardiaque de suivre rigoureusement un régime hyposodé ont pu être identifiées.

La barrière au régime hyposodé la plus citée par les patients est le goût qui apparaît comme essentiel pour ces derniers. Le manque d'appétence dû au goût fade de ces aliments freine souvent les patients à les consommer (Bennett & al., 2005 ; Heo & al., 2009 ; Lennie & al., 2008 ; van der Wal & al., 2007 ; van der Wal & al., 2010) tout comme le fait de considérer plus important le plaisir de manger que de respecter le régime hyposodé (Heo & al., 2009). De plus, le choix dans les aliments pauvres en sel est limité (Lennie & al., 2008 ; Bentley & al., 2005). Le coût de ces aliments ainsi que leur temps de préparation augmentés s'ajoutent également aux barrières perçues par les patients (Bennett & al., 2005 ; van der Wal & al., 2010).

Le taux d'adhésion peut également être diminué par les barrières sociales. Dans un premier temps, les activités à l'extérieur empêchent les patients à respecter le régime hyposodé (Bentley & al., 2005 ; Heo & al., 2009 ; Lennie & al., 2008 ; van der Wal & al., 2007 ; van der Wal & al., 2010). En effet, le choix limité des aliments pauvres en sel au restaurant, lors d'évènements sociaux ou durant les vacances représente des difficultés de taille pour suivre ce régime (Heo & al., 2009). Dans un second temps, l'entourage peut aussi être perçu comme une barrière qui restreint la socialisation. La famille ou les amis ne comprennent pas toujours l'importance de ce régime (van der Wal & al., 2010) et ne mangent alors pas de la même façon. De ce fait, des conflits peuvent être créés et les patients risquent de se sentir isolés (Bentley & al., 2005) suite à un manque de soutien (Heo & al., 2009).

Selon le modèle des croyances de santé, une personne est capable d'agir sur sa santé à condition d'avoir un minimum de connaissances sur sa maladie et son traitement et si elle considère sa propre santé comme importante. Plusieurs études mettent en évidence le manque d'informations des patients (Bentley & al., 2005 ; Heo & al., 2009 ; Lennie & al., 2008) et par conséquent, le régime alimentaire est ressenti comme difficile à suivre (Heo & al., 2009). Il a été constaté que malgré l'enseignement thérapeutique apporté aux patients avant les différentes études, un manque de connaissances concernant le régime hyposodé est relevé (Heo & al., 2009 ; Neily & al., 2002) et se traduit par une peine à lister les aliments pauvres en sel (Bentley & al., 2005 ; Neily & al., 2002) ou encore à lire et utiliser les étiquettes de valeurs nutritives (Neily & al., 2002). De plus, le manque de connaissances risque d'interférer avec la compréhension du régime et son importance (Bennett & al., 2005 ; van der Wal & al., 2010) menant ainsi à de fausses représentations ou croyances. En effet, sans les bonnes informations, les patients peuvent méconnaître le sel caché et risquent alors de continuer à consommer trop de sel sans en être conscients (Bentley & al., 2005). Ils peuvent ainsi se contenter uniquement de ne pas rajouter de sel de table (Bentley & al., 2005), de ne pas manger ce qui a un goût salé (van der Wal & al., 2010), de simplement laver à l'eau les aliments en conserve ou encore de manger des fruits sucrés en pensant éliminer ainsi plus rapidement le sel. Les patients ne liant pas forcément l'excès de sel à l'inconfort provoqué par les symptômes peuvent montrer un taux d'adhésion plus bas au régime hyposodé (Bentley & al., 2005), tout comme les participants qui ne ressentent pas physiquement les effets bénéfiques de ce régime (Bennett & al., 2005). De plus, des régimes alimentaires supplémentaires (par exemple, régime diabétique ou pauvre en graisse) ajoutent des barrières à l'adhésion au régime hyposodé. En effet, il est difficile pour les participants qui portent généralement plus d'attention sur une alimentation riche en graisse (Heo & al., 2009)

de différencier les différents types d'aliments (pauvres en cholestérol, pauvres en sel) (Bentley & al., 2005).

Les menaces et les bénéfices perçus

Les menaces perçues représentent la vulnérabilité ressentie par les patients ainsi que la sévérité perçue de leur état de santé. Les personnes ressentant davantage de menaces ont tendance à adopter un comportement de santé visant à les prévenir (Godin, 1991). En effet, les patients qui reconnaissent ne pas avoir les informations suffisantes concernant le régime hyposodé prennent l'initiative d'apprendre par eux-mêmes les principes de base de ce régime (Bentley & al., 2005). De plus, la peur d'être hospitalisé et la peur des symptômes de l'insuffisance cardiaque comme les oedèmes, augmentent l'adhésion au régime (van der Wal & al., 2010), pour autant que le patient fasse le lien avec sa pathologie (Bentley & al., 2005).

Il en est de même pour les bénéfices perçus. En effet, les participants qui reconnaissent qu'éviter le sel permet de diminuer les oedèmes (van der Wal & al., 2007) peuvent donc avoir une meilleure adhésion au régime hyposodé. De ce fait, le bien-être ressenti favorise le suivi de ce régime (van der Wal & al., 2010). Des stratégies sont mises en place par les patients de l'étude de van der Wal et al. (2010) afin de remplacer le goût salé des aliments, ceci leur permet de respecter la restriction sodée. Les repas à domicile sont également sollicités par les personnes insuffisantes cardiaques afin de demeurer adhérentes. De plus, le fait d'établir une routine dans les habitudes alimentaires facilite l'adhésion aux recommandations. Parfois, pour quelques patients, faire des écarts au régime pauvre en sel peut permettre de maintenir une adhésion sur un long terme.

Les sélections à l'action

Afin qu'une personne soit motivée à agir, un élément déclencheur est nécessaire. Il peut être interne ou externe. Les stimuli internes des personnes souffrant d'une insuffisance cardiaque sont représentés, par exemple, par les symptômes ressentis. Bentley et al. (2005) révèlent que malgré l'inconfort des symptômes de l'IC, les participants ne les associent pas à une alimentation riche en sel. Cependant, selon le modèle de croyance de santé, les patients peuvent engendrer des comportements de santé bénéfiques (adhésion à la restriction sodée) s'ils font le lien entre l'excès de sel et les symptômes ressentis. Le sentiment d'auto-efficacité peut également être inclus dans les stimuli internes. Selon Bandura, l'efficacité personnelle est représentée par « le jugement d'une personne de ses capacités à accomplir des tâches ou des objectifs spécifiques » (1997, cité dans Formarier & Jovic, 2012, p. 84). De plus, « si les gens ne sont pas convaincus qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils souhaitent grâce à leur propre action, ils auront peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés » (Bandura, 1997 cité dans Carré, 2004, p. 19). Concernant l'adhésion au régime alimentaire, elle semble être influencée par la facilité perçue ou non qu'ont les personnes à suivre les restrictions sodées (Lennie & al., 2008). Cependant, avant d'agir, il est nécessaire pour les patients d'être convaincus que leur alimentation peut avoir un impact sur leur santé et ainsi l'influencer (Heo & al., 2009 ; Lennie & al., 2008).

Les professionnels de la santé ainsi que la famille peuvent être des stimuli externes. Le soutien de ces derniers motivent le patient à adhérer au régime pauvre en sel (Heo & al., 2009 ; van der Wal & al., 2010 ; Lennie & al., 2008). En effet, selon Harkaway et Madsen (1989), Rolland (1994) et Wright, Watson et Bell (1996) cité dans Duhamel (2007), il est important de s'intéresser aux croyances du patient

concernant l'influence que sa famille, les soignants et lui-même peuvent avoir sur sa maladie. Des retours clairs de la part des soignants permettent aussi aux patients d'adapter leurs comportements de santé au régime hyposodé (van der Wal & al., 2010). Une question se pose également concernant le titre du professionnel de santé donnant l'information. En effet, il semble y avoir des différences d'adhésion auprès des patients selon qui donne l'enseignement (médecin ou infirmière) (van der Wal & al., 2010). Ces éléments apparaissent comme des stimuli externes à l'action dans certains des articles analysés. Cependant, il est important de noter que d'autres facteurs externes peuvent inciter à l'action comme des publicités, les médias, etc (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988).

Conclusion de la discussion

Comme il a été vu précédemment, les facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodé chez les personnes atteintes d'une IC sont multiples et de natures diverses. Ils peuvent évoluer avec le temps selon l'état de santé du patient et selon son environnement (proches, professionnels de la santé, ressources financières, temps, activités sociales, etc.) (Vrijens & al., 2012). Il est dans l'intérêt des professionnels de la santé de repérer les facteurs problématiques ainsi que les ressources du patient concernant le régime hyposodé. Cela permet d'effectuer une prise en charge efficace dans le but de diminuer le risque de réhospitalisation suite aux possibles décompensations cardiaques. De cette façon, la qualité de vie peut être maintenue, voire améliorée (Adams & al., 1999 cité dans Bennett & al., 2005).

Implications pour la pratique

L'analyse de ces différentes études a permis de relever que les facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodé peuvent être d'origines diverses et varier

d'une personne à l'autre. Ces résultats amènent à des propositions d'interventions pour la pratique infirmière qui ont pu être relevées dans les sept études sélectionnées ainsi que dans une revue de littérature donnant des recommandations concernant le régime hyposodé (Lennie & al., 2013).

La nécessité d'informations, d'enseignement individualisé et ciblé apparaît comme primordiale (Bentley & al., 2005 ; Heo & al., 2009 ; Lennie et al., 2008; Lennie & al., 2013 ; Neily & al., 2002 ; van der Wal & al. 2007 ; van der Wal & al., 2010). L'enseignement devrait se faire sur plusieurs séances afin d'optimiser l'assimilation de l'information (Bentley & al., 2005) et devrait être évalué régulièrement auprès du patient (Heo & al., 2009). Les conseils devraient être ciblés et adaptés selon les barrières et les bénéfices perçus (van der Wal & al. 2007) afin de diminuer les aspects négatifs du régime (van der Wal & al., 2010). Cet enseignement permettrait de clarifier les fausses perceptions (Lennie & al., 2008) et de renforcer les connaissances concernant la teneur en sel des aliments (Heo & al., 2009 ; van der Wal & al., 2010). De plus, une attention particulière devrait être portée sur la relation que fait le patient entre son alimentation et ses symptômes de l'IC afin d'en clarifier son importance (Heo & al., 2009 ; Lennie & al., 2013 ; van der Wal & al., 2010). Il serait aussi nécessaire de partager les stratégies culinaires (Heo & al., 2009 ; van der Wal & al., 2010). Selon van der Wal et al. (2010), ces stratégies pourraient également venir des pairs lors de groupes d'intervention où chacun ferait part de ses astuces pour mieux suivre le régime. En effet, il pourrait être motivant d'entendre ses pairs parler des avantages de l'adhésion au régime pauvre en sel. Finalement, il serait important de tenir compte de la culture et des valeurs personnelles des patients afin de cibler au mieux les interventions (Bentley & al., 2005).

L'implication et le soutien de la famille semble apparaître comme un facteur favorisant l'adhésion à la restriction sodée. Il pourrait être bénéfique pour les patients

d'avoir leur famille intégrée dans l'éducation thérapeutique (Bentley & al., 2005 ; Lennie & al., 2013 ; van der Wal & al., 2010). Cela permettrait de diminuer les conflits liés au régime (Bentley & al., 2005) et de faire comprendre également aux proches l'importance de ce dernier (Lennie & al., 2013). De plus, Heo et al. (2009) proposent d'entraîner les compétences communicationnelles du patient avec sa famille afin d'expliquer le régime hyposodé et son importance mais également d'enseigner les techniques de résolution de problèmes lors de situations sociales difficiles.

En outre, dans leur revue de littérature, Lennie et al. (2013) proposent d'effectuer des entretiens motivationnels afin d'agir sur les comportements de santé en basant leurs interventions sur la théorie des comportements planifiés.

Limites et points forts de la revue de littérature

Cette revue de littérature comprend un certain nombre de limites. Tout d'abord, seulement sept articles ont été inclus et analysés et ont tous été repérés dans la banque de données PubMed. Il était prévu, dans un premier temps, que ce travail porte sur les interventions favorisant l'adhésion au régime hyposodé. Cependant, lors de nos recherches, deux revues de littérature datant de 2013 et 2015 ont été identifiées. La problématique a donc été redirigée vers les facteurs influençants. Par conséquent, de nouvelles recherches d'articles ont dû être entreprises avec un temps plus restreint à disposition. De plus, nous aurions souhaité pouvoir effectuer ce travail à l'aide de recherches plus récentes. Les études sélectionnées sont difficilement comparables vu leur diversité dans leur devis et dans leurs instruments de mesure. De plus, les échantillons varient au niveau des âges, du lieu d'habitation des participants, de leur origine, de l'étiologie et du stade de l'IC ainsi que du nombre d'hospitalisations et par conséquent de l'enseignement reçu. Ces différences peuvent avoir influencé les participants dans leurs réponses données lors des entretiens et

des questionnaires. Ces différents critères ne permettent donc pas une généralisation des résultats.

Le fait d'avoir des études ayant eu lieu dans divers pays industrialisés comme les Etats-Unis, les Pays-Bas ou l'Australie est un point fort de cette revue de littérature. Finalement, l'intérêt porté sur le modèle des croyances de santé permet de réaliser qu'il est essentiel dans la compréhension des comportements de santé. En effet, reconnaître les menaces, les bénéfices et les barrières perçus ainsi que les stimuli incitant les patients à l'action est important. Ceci permet de mieux comprendre leurs comportements de santé et d'adapter les interventions infirmières en partenariat avec le patient.

Conclusion

En conclusion, ce travail avait pour but de relever les facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodé des personnes atteintes d'une insuffisance cardiaque. Les résultats ont pu être classés selon quatre catégories : le niveau d'adhésion, une catégorie regroupant les croyances, les représentations et les connaissances, l'interférence avec la socialisation ainsi que le choix des aliments. Le cadre théorique du modèle des croyances de santé a permis de mettre en lien ces facteurs avec le concept d'adhésion.

Concernant les savoirs professionnels, nous avons pris conscience de l'ampleur de l'insuffisance cardiaque et de ses conséquences. Nous avons plus particulièrement appris quels sont les enjeux et bénéfices d'un régime alimentaire en regard d'une pathologie comme l'insuffisance cardiaque. Le niveau d'adhésion à un régime alimentaire nous est alors apparu comme un point essentiel de la prise en charge et du suivi de la maladie. De plus, nous considérons désormais qu'il est de notre devoir de professionnelles d'évaluer en première intention les facteurs influençant l'adhésion du patient à la restriction sodée.

Finalement, nous avons pu développer nos capacités méthodologiques grâce à l'élaboration de cette revue de littérature étoffée. Elles pourront alors être à nouveau mobilisées dans d'autres circonstances de notre futur professionnel.

Références

- Albert, N. (2013). Parallel paths to improve heart failure outcomes : evidence matters. *American journal of Critical Care*, 22(4), 289-296.
- Baghianimoghadam, M. H., Shogafard, G., Sanati, H. R., Baghianimoghadam, B., Mazloomi, S. S., & Askarshahi, M. (2013). Application of The Health Belief Model in Promotion of Self-Care in Heart Failure Patients. *Acta Medica Iranica*, 51(1), 52-58.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bennett, S. J., Lane, K. A., Welch, J., Perkins, S. M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2005). Medication and Dietary Compliance Beliefs in Heart Failure. *Western Journal of Nursing Research*, 27(8), 977-993.
- Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K., & Peden, A. R. (2005). Factors Related to Nonadherence to Low Sodium Diet Recommendations in Heart Failure Patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(331), 331-336.
- Bourassa, B., Serre, F., & Ross, D. (2000). *Apprendre de son expérience*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Carré, P. (2004). Bandura: une psychologie pour le XXI^e siècle. *Savoirs*, 9-50.
- Colucci, W. S. (2014). Prognosis of heart failure. Repéré à l'adresse http://www.uptodate.com/contents/prognosis-of-heart-failure?source=search_result&search=insuffisance+cardiaque&selectedTitle=5%7E150
- Coughlan, M., Ryan, F., & Ronin, P. (2013). *Doing a Literature Review in Nursing Health and Social Care*. Londres : Sage.
- Cuculi, F., Zuber, M., Pfister, O., & Erne, P. (2014). Sel et maladies cardiovasculaires ou sel et insuffisance cardiaque - une question de mesure. *Forum Med Suisse*, 14(8), 143-146.
- Delahaye, F. (2013). Recommandations de l'American College of Cardiology - American Heart Association sur l'insuffisance cardiaque. *Réalités cardiologiques*, 1-3.
- Dias Barbosa, C. (2014). Adhésion thérapeutique : concepts et définitions. Repéré à l'adresse http://issuu.com/lecrip/docs/adh__sion_th__rapeutique05/1?e=12051981/7946873
- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille - Une approche systémique en soins infirmiers* (2^{ème} éd.). Montréal : Gaëtan Morin.
- European Food Information Council. (2006). Sel, potassium et contrôle de la pression artérielle. Repéré à l'adresse <http://www.eufic.org/article/fr/sante-mode-de-vie/alimentation-saine/artid/sel-potassium-pression-arterielle/>
- Faure, E., & Labreze, L. (2014). L'insuffisance cardiaque. Repéré à l'adresse <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/cardiologie/insuffisance-cardiaque.asp#ctabs2>

- Fédération Française de Cardiologie. (2015). Journée européenne de l'insuffisance cardiaque 2015. Repéré à l'adresse <http://www.fedecardio.org/journee-europeenne-de-linsuffisance-cardiaque-2015>
- Fondation Suisse de Cardiologie. (n.d.a). Le défi de l'insuffisance cardiaque. Repéré à l'adresse <https://www.swissheart.ch/fr/recherche/progres-medicaux/insuffisance-cardiaque.html>
- Fondation Suisse de Cardiologie. (n.d.b). L'insuffisance cardiaque. Repéré à l'adresse <http://www.prevention.ch/insuffisancecardiaque.htm>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en science infirmière* (2e éd.). Lyon : Mallet Conseil.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94.
- Haute Autorité de Santé. (2014). Guide du parcours de soins: Insuffisance cardiaque. Repéré à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_ic_web.pdf
- Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Okoli, C. (2009). Heart Failure Patients' Perception on Nutrition and Dietary Adherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(5), 323-328.
- Horwitz, L., & Krumholz, H. (2015). Heart failure self management. Repéré à l'adresse <http://www.uptodate.com/contents/heart-failure-self-management>
- Initiative Insuffisance Cardiaque. (2016). Epidémie d'insuffisance cardiaque. Repéré à l'adresse <https://webvpn.hefr.ch/+CSCO+00756767633A2F2F6A6A6A2E76616668737376666E617072706E6571766E6468722D76617667766E677669722E7075++/ch-fr/index/warum-bnp-bestimmen/herzinsuffizienz-epidemie.html>
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervolet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous? *Revue des Maladies Respiratoires*, (22), 31-34.
- Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L. P., Smith, C. S., ... Moser, D. K. (2008). Relationship of Heart Failure Patients' Knowledge, Perceived Barriers, and Attitudes Regarding Low-Sodium Diet Recommendations to Adherence. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23(1), 6-11.
- Lennie, T., Chung, M., & Moser, D. (2013). What should we tell patients with heart failure about sodium restriction and how should we counsel them? *Current Heart Failure Reports*, 10(3), 219-226.
- Loiselle, C., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec: ERPI.

- Neily, J. B., Toto, K. H., Gardner, E. B., Rame, J. E., Yancy, C. W., Sheffield, M. A., ... Drazner, M. H. (2002). Potential Contributing Factors to Noncompliance with Dietary Sodium Restriction in Patients with Heart Failure. *American Heart Journal*, 143(1), 29-33.
- Nellessen, E., & Piérard, L. (2012). Perspectives thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque. *Revue Médicale Suisse*, (351), 1591-1597.
- Passeport Santé. (2011). Les traitements médicaux de l'insuffisance cardiaque. Repéré à l'adresse <http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=insuffisance-cardiaque-pm-traitements-medicaux-de-l-insuffisance-cardiaque>
- Passeport Santé. (2014). L'insuffisance cardiaque. Repéré à l'adresse <http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=insuffisance-cardiaque-pm-personnes-a-risque>
- Pavageau, W. (2015). Régime sans sel. Repéré à l'adresse <http://www.docteurclic.com/technique/regime-sans-sel.aspx>
- Perlemuter, L., & Perlemuter, G. (2011). *Guide pratique de l'infirmière* (3ème édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Promotion Santé Suisse. (2016). Projet Via - Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées. Repéré à l'adresse <https://promotionsante.ch/public-health/promotion-de-la-sante-des-personnes-agees/projet-via.html>
- Rector, T. S. (2005). Overview of The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Repéré à l'adresse http://license.umn.edu/technologies/94019_minnesota-living-with-heart-failure-questionnaire
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Schäfer-Keller, P., Garzoni, D., Dickenmann, M., & De Geest, S. (2010). Non adhésion au traitement médicamenteux. *PhamarJournal*, 14.
- van der Wal, M. H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2007). Unraveling the Mechanisms for Heart Failure Patients' Beliefs about Compliance. *Heart Lung*, 36(4), 253-61.
- van der Wal, M. H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2010). Qualitative Examination of Compliance in Heart Failure Patients in The Netherland. *Heart & Lung*, 39(2), 121-130.
- Vasan, R. S., & Wilson, P. W. F. (2015). Epidemiology and causes of heart failure. Repéré à l'adresse <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-causes-of-heart-failure>
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Fargher, E., Morrison, V., ... Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medication. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies*. Genève.

Annexes

Appendice A

Déclaration d'authenticité

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

Cynthia Martinez et Aline Python

Appendices B

Comparaison des stades de l'insuffisance cardiaque et de la classification fonctionnelle de la NYHA (Delahaye, 2013)

Stades de l'ACC-AHA		Classification fonctionnelle de la NYHA	
A	À haut risque d'insuffisance cardiaque mais sans maladie cardiaque structurale ou symptômes d'insuffisance cardiaque.	Non	
B	Maladie cardiaque structurale mais sans signes ou symptômes d'insuffisance cardiaque.	I	Pas de limitation des activités physiques; l'activité physique ordinaire ne cause pas de symptômes d'insuffisance cardiaque.
C	Maladie cardiaque structurale avec symptômes d'insuffisance cardiaque actuels ou antérieurs.	II	Limitation modérée de l'activité physique ; bien au repos, mais l'activité physique ordinaire entraîne des symptômes d'insuffisance cardiaque.
		III	Limitation marquée de l'activité physique ; bien au repos, mais l'activité physique moins qu'ordinaire entraîne des symptômes d'insuffisance cardiaque.
		IV	Impossibilité d'avoir une activité physique sans symptôme d'insuffisance cardiaque, ou symptômes d'insuffisance cardiaque au repos.
D	Insuffisance cardiaque réfractaire nécessitant des interventions spécialisées.		

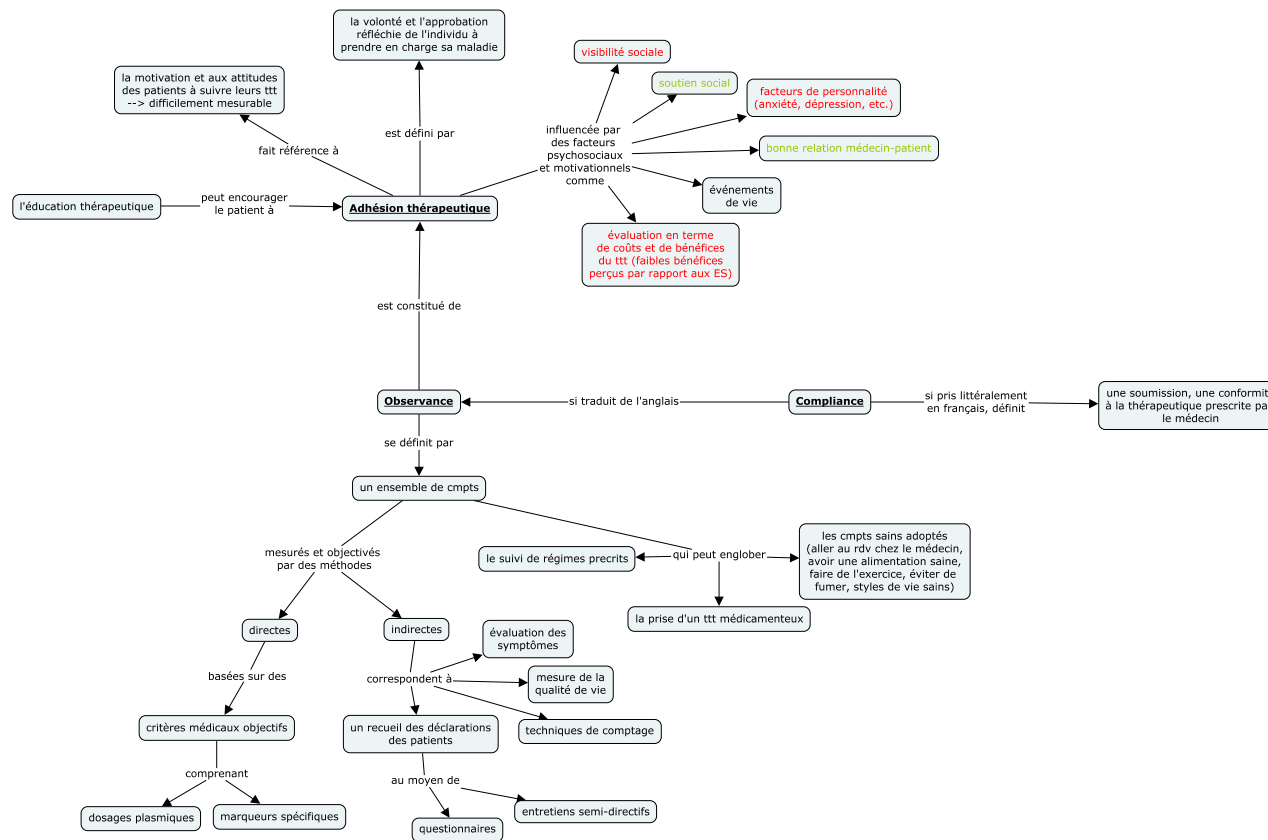
Appendice C

Signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque (Bounhoure & Isnard, 2000 ;
Juillière & Cuzin, 2005)

	Gauche	Droite
Aval	Bas débit : <ul style="list-style-type: none">- Troubles de la vigilance, troubles cognitifs.- Hypotension.- Fatigue due à l'hypoperfusion musculaire.- Cyanose des extrémités.	Bas débit : <ul style="list-style-type: none">- Dyspnée et cyanose due aux facteurs pulmonaires.
Amont	Stase (débit ralenti) : <ul style="list-style-type: none">- Stase pulmonaire interstitielle puis alvéolaire : dyspnée, polypnée, toux.	Stase (débit ralenti) : <ul style="list-style-type: none">- Turgescence des veines jugulaires par élévation des pressions de remplissage.- Foie et rate « de stase » : augmentation de volume et organe douloureux.- Ascite.- Œdème des membres inférieurs.

Appendice D

Complicance, observance, adhésion thérapeutique (Lamouroux, Magnan & Vervolet, 2005)



Appendice E

Stratégies de recherche

Stratégie de recherche n°1

Banque de données	PubMed
Technique	MeSH term
Mots-clés	(("Diet, Sodium-Restricted"[Mesh]) AND "Heart Failure"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh]
Résultats	46 en date du 1 ^{er} février 2016
Articles sélectionnés :	
<p>20. Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Okoli, C. (2009). Heart Failure Patients' Perception on Nutrition and Dietary Adherence. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 8(5), 323-328.</p> <p>28. Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L. P., Smith, C. S., ... Moser, D. K. (2008). Relationship of Heart Failure Patients' Knowledge, Perceived Barriers, and Attitudes Regarding Low-Sodium Diet Recommendations to Adherence. <i>Progress in Cardiovascular Nursing</i>, 23(1), 6-11.</p> <p>38. Bennett, S. J., Lane, K. A., Welch, J., Perkins, S. M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2005). Medication and Dietary Compliance Beliefs in Heart Failure. <i>Western Journal of Nursing Research</i>, 27(8), 977-993.</p>	

Stratégie de recherche n°2

Banque de données	PubMed
Technique	Non-MeSH
Mots-clés	medication and dietary compliance beliefs of people with heart failure
Résultats	9 en date du 9 février 2016
Articles sélectionnés :	
<p>5. van der Wal, M. H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2007). Unraveling the Mechanisms for Heart Failure Patients' Beliefs about Compliance. <i>Heart Lung</i>, 36(4), 253-61.</p> <p>9. Bennett, S. J., Lane, K. A., Welch, J., Perkins, S. M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2005). Medication and Dietary Compliance Beliefs in Heart Failure. <i>Western Journal of Nursing Research</i>, 27(8), 977-993.</p>	

Stratégie de recherche n°3

Banque de données	PubMed
Technique	MeSH term
Mots-clés	("Diet, Sodium-Restricted/psychology"[MeSH]) AND "Heart Failure/diet therapy"[MeSH]
Résultats	9 en date du 11 février 2016
Articles sélectionnés :	
<p>6. Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L. P., Smith, C. S., ... Moser, D. K. (2008). Relationship of Heart Failure Patients' Knowledge, Perceived Barriers, and Attitudes Regarding Low-Sodium Diet Recommendations to Adherence. <i>Progress in Cardiovascular Nursing</i>, 23(1), 6-11.</p> <p>9. Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K., & Peden, A. R. (2005). Factors Related to Nonadherence to Low Sodium Diet Recommendations in Heart Failure Patients. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 4(331), 331-336.</p>	

Stratégie de recherche n°4

Banque de données	PubMed
Technique	MeSH term
Mots-clés	((("Heart Failure/therapy"[MeSH]) AND "Patient Compliance"[MeSH]) AND "Life Style"[MeSH])
Résultats	11 en date du 6 mai 2016
Articles sélectionnés :	
<p>5. van der Wal, M. H. L., Jaarsma, T., Moser, D. K., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2010). Qualitative Examination of Compliance in Heart Failure Patients in The Netherland. <i>Heart & Lung</i>, 39(2), 121-130.</p>	

Stratégie de recherche n°5

Banque de données	PubMed
Technique	MeSH term
Mots-clés	("Sodium, Dietary"[MeSH]) AND "Heart Failure/diet therapy"[MeSH]
Résultats	34 en date du 6 mai 2016
Articles sélectionnés :	
<p>30. Neily, J. B., Toto, K. H., Gardner, E. B., Rame, J. E., Yancy, C. W., Sheffield, M. A., ... Drazner, M. H. (2002). Potential Contributing Factors to Noncompliance with Dietary Sodium Restriction in Patients with Heart Failure. <i>American Heart Journal</i>, 143(1), 29-33.</p>	

Appendice F

Grilles de lecture critique d'un article scientifique qualitatif (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	
Résumé	
Introduction	
Enoncé du problème	
Recension des écrits	
Cadre théorique ou conceptuel	
Question de recherche	
Méthodes	
Tradition et devis de recherche	
Population et contexte	
Collecte des données et mesures	
Déroulement de l'étude	
Rigueur	
Résultats	
Traitement des données	
Présentation des résultats	
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	
Perspectives	
Questions générales	
Présentation	
Evaluation globale	

Appendice G

Grilles de lecture critique d'un article scientifique quantitatif (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	
Résumé	
Introduction	
Enoncé du problème	
Recension des écrits	
Cadre théorique ou conceptuel	
Hypothèses	
Méthodes	
Devis de recherche	
Population et contexte	
Collecte des données et mesures	
Déroulement de l'étude	
Résultats	
Traitement des données	
Présentation des résultats	
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	
Perspectives futures	
Questions générales	
Présentation	
Evaluation globale	

Appendice H

Grilles de lecture des articles sélectionnés

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K., & Peden, A. R. (2005). Factors Related to Nonadherence to Low Sodium Diet Recommendations in Heart Failure Patients. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 4(331), 331-336.
Résumé	<p>Peu de connaissances sur ces facteurs.</p> <p>But : explorer le vécu des patients insuffisants cardiaques concernant le régime hyposodé.</p> <p>Etude qualitative descriptive sur 20 participants.</p> <p>Trois thèmes : manque de connaissance, interférence avec la socialisation, manque de choix dans les aliments.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>USA : 550'000 nouveaux cas d'IC chaque année et 266'000 décès dûs à l'IC. Coûts de l'IC aux USA : \$25,8 billions chaque année, environ 60% de ce coût est pour les soins à l'hôpital. La première cause de réhospitalisation est la rétention d'eau qui est due à l'excès de sel dans l'alimentation. Il faut prendre en compte l'adhésion à ce régime. Cependant, malgré une faible adhésion aux recommandations alimentaires, peu de connaissances existent sur les raisons pour lesquelles les patients ont de la peine à adhérer au régime hyposodé.</p>
Recension des écrits	<p>Plus de 20 millions de personnes à travers le monde sont insuffisantes cardiaques. En Europe, la prévalence est à environ 14 millions alors qu'aux USA elle est à cinq millions. On compte 3.6 millions de nouveaux cas par années. Depuis 1995 : progrès dans les thérapies pharmacologiques et non-pharmacologiques (dont l'alimentation). Le régime hyposodé est la pierre angulaire de la thérapie non-pharmacologique.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	L'adhésion thérapeutique.
Question de recherche	Exploration du vécu des patients insuffisants cardiaques concernant le suivi du régime hyposodé.

Méthodes Tradition et devis de recherche	Devis qualitatif descriptif.
Population et contexte	Patients d'une clinique → interviews faites à la maison ou à la clinique dans une salle privée selon le choix du patient. Ving patients : un diagnostic d'IC due à un dysfonctionnement à la systole du ventricule gauche avec une fraction d'éjection de <50%, qui ont reçu une éducation thérapeutique de la part des professionnels de la santé concernant le régime hyposodé, pas de problèmes cognitifs pouvant affecter l'abilité à faire l'interview, ne pas vivre dans une unité de soins longue durée, dans une phase stable de la thérapie médical sans récents réajustements majeurs.
Collecte des données et mesures	Interviews semi-structurées enregistrées et transcrites avec des questions supplémentaires pour clarifier l'information ou pour mieux explorer les commentaires des patients. Prise de notes.
Déroulement de l'étude	Patients contactés en personne ou par téléphone. Un rendez-vous était pris pour fixer l'interview à la clinique ou à la maison. L'interview était guidée et durait entre 20 et 50 minutes. Première question : « Parlez-moi de votre IC ». Autres questions : « Comment avez-vous appris à vivre avec un régime hyposodé ? », « Quel est votre vécu au niveau du régime hyposodé ? », « Quels sont les facteurs vous empêchant de suivre un régime hyposodé ? ».
Rigueur	
Résultats Traitement des données	Pour les données démographiques et cliniques : SPSS software, version 11.5. Les chercheurs ont utilisé des procédures d'analyse du contenu pour analyser les données des interviews dans le but de définir des thématiques. A chaque fois les deux chercheurs devaient être en accord sur les thématiques établies (consensus) après avoir analysé les données.
Présentation des résultats	Tous les participants avaient reçu une instruction pour un régime hyposodé. Cela leurs a demandé un effort pour suivre ces recommandations. Les données font ressortir trois thématiques étant des raisons de non adhésion à un régime hyposodé : manque de connaissance, interférence avec la socialisation, manque de choix dans les aliments. Manque de connaissances : beaucoup de patients éprouvent le besoin d'avoir des informations détaillées sur le régime hyposodé et des instructions écrites pour la préparation des mets. D'autres patients ont facilement listé les aliments riches en sel mais ont eu de la peine à lister ceux pauvre en sel.

Certains patients s'enseignent à eux-même les principes du régime hyposodé. En effet, ils auraient reçu des détails moindres concernant les aliments pauvres en sel et les stratégies à suivre le régime. Quelques patients avaient déjà eu à s'occuper d'un de leur proche avec un régime hyposodé, ce qui les a aidé à faire la transition. Malgré leurs efforts, les patients ont de la peine à comprendre totalement l'importance de ce genre de régime.

Les patients ignoraient le sel « caché » dans la plupart des aliments et pensent que de ne pas manger de sel se fait en laissant le pot de sel loin ou ne pas en rajouter pendant la préparation. Cependant, ils continuent à manger des aliments riches en sodium (bacon, soupe en sachet, etc.).

Il est évident que les patients n'ont pas compris la raison derrière ces restrictions alimentaires. Après avoir consommé des aliments riches en sel, certains patients ont remarqué des oedèmes ainsi qu'une difficulté à respirer. Cependant, ils ne l'associaient pas aux symptômes d'une fonction cardiaque altérée. De plus, les participants ont mis l'accent sur cet inconfort physique mais ne se sont pas inquiétés pour leur cœur.

Pour les participants ayant plusieurs régimes (pauvre en sel et pauvre en cholestérol, par exemple), il leur est difficile de faire la différence entre les aliments pauvre en sel ou pauvre en graisse.

Interférence avec la socialisation : les patients se disent frustrés que les recommandations alimentaires soient en permanence dans leur vie de tous les jours. Par-dessus tout, manger dehors (au restaurant, chez des amis) est un obstacle à l'adhésion. Les restaurants, par exemple, utilisent toujours trop de sel dans la préparation des plats. Les patients trouvent aussi que leur régime limite la socialisation avec leurs amis et la famille (ne viennent plus manger à la maison car ils trouvent que ce n'est pas bon).

Le régime interfère également avec une activité à long terme au sein de l'église (repas à l'église).

Les amis et la famille ne comprennent pas toujours les restrictions d'un régime hyposodé et ne respectent alors pas les besoins de ce régime. Il contribue directement à créer des conflits au sein de certaines familles. Certains patients se sentent isolés dans leur propre famille qui continue de manger de la nourriture riche en sel.

Manque de choix dans la nourriture : un choix limité dans la nourriture pauvre en sel et un manque d'appétence ont été identifiés comme des barrières significatives à l'adhésion. Les patients sont consternés de voir que la plupart des aliments contiennent bien plus de sel qu'ils ne sont autorisés à en prendre.

Pour la plupart des patients, le problème de limiter le choix des aliments est d'autant plus grand lorsqu'il y a une restriction alimentaire supplémentaire (Coumadin thérapie, diabète). Ainsi, il arrive qu'ils ne peuvent même pas manger certains aliments pauvres en sel (fruits et légumes frais modifient le niveau de Coumadin, par exemple).

	<p>Les patients disent que très peu d'aliments pauvres en sel leurs donnent envie, ce qui restreint le choix de la nourriture. Les patients essaient de remplacer le goût du sel par d'autres choses (substitut du sel, mélange de saison). Il leur est plus facile de remplacer le beurre, par exemple, que le sel.</p> <p>Le manque de choix dans les aliments ressort comme un problème récurrent. Les patients disent avoir besoin de toujours planifier en avance les repas et qu'ils pensent constamment à la quantité de sel présente dans l'alimentation. Plusieurs personnes éprouvent des difficultés à garder un inventaire adéquat d'aliments pauvres en sel à la maison.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Le principal résultat de cette étude est que le manque de connaissances, l'interférence à la socialisation et le manque de choix dans les aliments sont les raisons majeures d'une non adhésion au régime hyposodé chez les personnes avec IC. C'est une des premières études qualitatives qui explore directement ces raisons. Un résultat unique de cette étude est que les patients trouvent avoir reçu peu d'enseignement de la part des professionnels de la santé concernant le régime hyposodé. Ainsi, ils ressentent le besoin de se responsabiliser et de « s'éduquer » eux-mêmes, d'apprendre par eux-mêmes les principes du régime. Ce résultat est surprenant au vu de la valeur que donnent les professionnels de la santé à l'enseignement. Dans une autre étude, les infirmières disaient que le plus important sujet à enseigner aux patients avec IC était la médication et le régime. Kuehnemann et al. ont mené une enquête chez des professionnels travaillant avec des patients insuffisants cardiaques qui révèle que tous les membres de l'équipe pensaient que les informations concernant le régime étaient les plus importantes. Malgré ces résultats, cette étude montre que les croyances des professionnels concernant le régime ne se traduisent pas concrètement auprès des patients. Un grand nombre de chercheurs ont démontré l'importance de suivre un régime hyposodé pour la gestion optimale de l'IC (Bennett et al. : la rétention de sodium est la principale cause d'hospitalisation). La non adhésion au régime hyposodé et/ou aux médicaments cardiovasculaires sont les principaux facteurs d'une rétention sodée. Tsuyuki et al. ont reporté que l'excès d'apport en sel était la principale cause d'exacerbation des symptômes de l'IC. D'autres chercheurs ont trouvé les mêmes raisons de non adhésion que cette présente étude. Les patients ne mangent pas d'aliments pauvres en sel car ils pensent que ces aliments sont moins appétissants ou plus difficiles à cuisiner. Dans une étude de 50 participants (Neily et al.), 86% des patients ignoraient les lignes directrices du régime hyposodé et 42% n'étaient pas capables de lire la teneur en sel d'un label nutritionnel. Les patients insuffisants cardiaques sont aussi mis à l'épreuve par des limitations physiques, des émotions négatives, de l'anxiété et des restrictions alimentaires liées à d'autres pathologies comme le diabète. Riegel et al. ont interviewé des patients avec IC pour savoir comment l'IC affectait leur vie, évaluer leurs auto-soins et déterminer leur capacité à se</p>

soigner. Un des résultats majeur est que les patients n'étaient pas capables de juger l'importance de leurs symptômes, les interprétaient mal ou ne pensaient pas que leurs comportements d'auto-soin pouvaient les soulager. De plus, les patients ne font généralement pas le lien entre leur non adhésion au régime hyposodé et l'exacerbation des symptômes de l'IC. Happ et al. ont décrit les facteurs contribuant à la réhospitalisation des personnes âgées avec une IC. Chaque patient avait reçu un planning pour le retour à la maison fait par une APN (advanced practice nurse) qui était ensuite venue faire une visite 2x au domicile. Evidemment, les patients qui n'adhéraient pas à leur médication et à leur régime ou qui avaient des comportements de santé à risque (fumer, par exemple) étaient plus à même d'être réhospitalisés. L'évaluation finale indiquait que les patients qui suivent le régime alimentaire, les restrictions hydriques et la médication avaient moins de risques d'être réhospitalisés. Bennett et al. se sont intéressés aux patients, à leur famille et leur façon de gérer les symptômes de l'IC. Certains patients reconnaissent qu'un apport excessif de sodium résulte en dyspnée. L'adhésion au régime hyposodé était une stratégie majeure que les patients utilisaient pour gérer les symptômes de l'IC. D'autres patients ont reporté que l'anorexie, les fringales et la perte de poids étaient des conséquences d'un manque d'appétence des aliments pauvres en sel. L'importance de précédentes études concernant les conséquences de non adhésion au régime hyposodé est à considérer (réhospitalisations). En examinant la littérature d'enseignement thérapeutique aux patients avec IC, il n'est pas vraiment surprenant que les patients se sentent mal informés concernant les aspects de leur régime. Les résultats de cette étude suggèrent que les patients pourraient bénéficier d'interventions leurs fournissant des informations alimentaires détaillées incluant des stratégies pour minimiser les interférences avec la socialisation et pour augmenter la disponibilité des aliments pauvres en sel. Les patients ont demandé des informations spécifiques verbales et écrites sur les aliments pauvres en sel, sur les stratégies pour manger dehors (restaurants, amis, etc.), des recettes, des conseils, des façons d'améliorer le goût et sur la façon de lire les différents labels. Les patients disent avoir reçu une séance d'éducation seulement. Ni et al. ont mené des interviews et ont trouvé que, bien que 80% des patients savaient qu'ils devaient limiter leur apport en sel, seulement un tiers évite constamment la nourriture salée. D'autres facteurs que le manque de connaissances peuvent avoir un impact sur l'adhésion comme l'éducation (si une personne a toujours mangé salé, elle voudra continuer). **Limites de l'étude** : tous les patients ont été recrutés dans la même clinique. Les participants habitaient dans la même région et recevaient les soins primaires par des praticiens locaux. Néanmoins, ils ne sont pas représentatifs de toutes les personnes avec IC.

Perspectives	<p>Il est nécessaire de faire plus de recherches pour déterminer si vraiment les patients ne reçoivent pas d'éducation alimentaire ou si leur éducation est inopportune, inefficace ou est présentée d'une manière qui ne convient pas à chaque patient. Des recherches concernant les raisons pour lesquelles les patients ne sont pas adhérents pourraient aider à définir des interventions pour améliorer l'adhésion. En effet, les approches thérapeutiques ainsi que les interventions n'ont pas été construites sur des résultats de recherche, ne sont pas basés sur des preuves.</p> <p>Des études qualitatives devraient être réalisées concernant les conséquences d'une non adhésion au régime hyposodé. La première étape de prévention pourrait être d'ouvrir le dialogue sur les facteurs contribuant à la non adhésion. Ceci est nécessaire pour développer des interventions préventives ou des plans d'éducation pour améliorer cette adhésion. Il serait bénéfique que les chercheurs et les cliniciens reviennent en arrière et reconsidèrent leur approche thérapeutique afin d'établir des plans thérapeutiques adéquats avec des interventions EBN. L'enseignement devrait être fait sur plusieurs séances afin de diminuer la rétention d'information. Les membres de la famille devraient être invités aux séances d'éducation afin de mieux comprendre le régime et de diminuer les conflits. L'implication de la famille pourrait améliorer l'adhésion chez les patients limités en auto-soins. Des stratégies d'interventions prenant en compte la culture et les croyances religieuses pourraient promouvoir l'adhésion.</p> <p>Il est impératif de continuer à investiguer les raisons de la non adhésion et de développer des interventions EBN pour promouvoir l'adhésion au régime. Cela pourrait alors diminuer la rétention d'eau, l'exacerbation de l'IC, éviter des réhospitalisations inutiles et diminuer la mortalité tout en augmentant la qualité de vie chez les patients insuffisants cardiaques.</p>
Questions générales Présentation	Structuré, détaillé tout en étant concis et clair.
Evaluation globale	En étant attentif aux facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodée, les infirmières peuvent alors agir directement sur le/les facteurs/s concernés et apporter une éducation thérapeutique personnalisées.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Okoli, C. (2009). Heart Failure Patients' Perception on Nutrition and Dietary Adherence. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 8(5), 323-328.
Résumé	<p>But : explorer les perceptions des patients concernant l'impact qu'a leur alimentation sur les symptômes de l'IC, leurs compréhensions des recommandations alimentaires reçues et les facteurs affectant leur adhésion aux recommandations alimentaires. Données qualitatives de 20 patients grâce à des interviews semi-structurées.</p> <p>La majorité des patient croient que l'alimentation peut avoir un impact sur la santé, mais moins de la moitié pense que le sel peut affecter les symptômes de l'IC. 85% ont reçu des recommandations, mais seulement 60% disent les suivre. Les facteurs influençant sont : les connaissances, la pression sociale et l'encouragement des autres, les situations sociales et l'alimentation comme source de plaisir. Les capacités à suivre un régime est un problème pour beaucoup de patients. Des stratégies ciblant ces facteurs pourraient promouvoir la décision des patients à suivre des recommandations alimentaires.</p>
Introduction Enoncé du problème	Augmentation des admissions pour IC 59% de réadmission dans les 19 mois. >50% des réhospitalisations évitables est due à l'exacerbation des symptômes. L'exacerbation des symptômes de l'IC est fortement en lien avec un manque d'auto-soins appropriés dont le principal auto-soin problématique est l'adhésion aux recommandations alimentaires qui est toujours plus basse que l'adhésion aux traitements médicamenteux. La non adhésion au régime alimentaire est reliée à l'exacerbation des symptômes ou à l'hospitalisation provoquée par la rétention de fluide.
Recension des écrits	Les recommandations se basent énormément sur la quantité de sel par jour. Cependant, d'autres aspects concernant l'alimentation sont négligés : les connaissances, les préjugés. Il faut avoir une meilleure compréhension des perceptions qu'ont les patients insuffisants cardiaques afin de développer des interventions pour améliorer l'adhésion au régime alimentaire et ainsi prévenir de fréquentes réhospitalisations.
Cadre théorique ou conceptuel	L'adhésion.
Question de recherche	Explorer les perceptions des patients concernant la nutrition et l'adhésion alimentaire dans l'IC.

Méthodes Tradition et devis de recherche	Etude qualitative descriptive.
Population et contexte	Les interviews ont été faites individuellement dans une salle à la Clinique Général et Centre de Recherche d'une université-hôpital associées à un centre médical académique. Ving patients avec IC ont été recrutés avec les critères d'inclusion suivants : diagnostic confirmé d'IC basé sur une documentation de signes et symptômes d'IC et une preuve radiologique dans le dossier médical, classe II à IV de la NYHA, anglophone. Les critères d'exclusions étaient la présence de problèmes psychiatriques ou cognitifs.
Collecte des données et mesures	Questionnaires et interviews semi-structurées.
Déroulement de l'étude	Les patients éligibles ont été identifiés par des infirmières de recherche. Les chercheurs les ont contactés pour leur donner toutes les informations concernant l'étude et les inviter à y participer. Un consentement libre et éclairé a été signé. Les chercheurs ont utilisé un questionnaire pour les caractéristiques démographiques puis des interviews semi-structurées ayant pour thématiques : 1) les perceptions concernant l'impact que peut avoir la nourriture sur les symptômes de l'IC, 2) la compréhension des patients concernant les différentes recommandations alimentaires reçues par les professionnels de la santé, 3) les facteurs influençant leur adhésion aux recommandations alimentaires. Chaque patient a reçu 20\$ pour sa contribution.
Rigueur	
Résultats Traitement des données	Elles ont été enregistrées et transcrites en étant à chaque fois comparées par 2 chercheurs. Les données ont été codées à partir des concepts paratagés. Les concepts ont été définis en consensus.
Présentation des résultats	Les résultats sont regroupés en thématiques. Quatorze hommes et six femmes avec IC ont participé à l'étude. La moyenne d'âge était de 58 +/-10 ans avec 90% de caucasiens. 60% étaient mariés et 75% vivaient avec quelqu'un. 70% avaient des fonctions physiques altérées. 85% disaient avoir reçu des explications verbales ou matérielles des professionnels de la santé concernant les

recommandations alimentaires (sel et graisse). 40% se disaient non-adhérents. Les facteurs influençant l'adhésion aux recommandations alimentaires : les connaissances, la pression sociale et l'encouragement de l'entourage, les situations sociales, l'alimentation comme une source de plaisir et de jouissance.

La compréhension de l'impact de la nourriture sur les symptômes de l'IC :

La majorité des patients pensait que l'alimentation pouvait influencer positivement ou négativement leur santé et/ou leurs symptômes d'IC. Certains pensaient que tout ce qu'ils mangeaient pouvait avoir un impact. Malgré une perception générale que l'alimentation pouvait influencer la santé, moins de la moitié des patients identifiaient le sel comme un facteur affectant les symptômes de l'IC. Beaucoup de patients étaient capables de faire la connexion entre l'apport de sel et les symptômes. D'autres patients disaient que d'éviter le sel les faisait se sentir mieux. Beaucoup de patients qui identifiaient l'apport de sel comme un impact sur la rétention d'eau, n'étaient pas sûrs des autres impacts que pouvait avoir le sel sur d'autres symptômes. Plus de patients se concentraient sur l'impact que la graisse pouvait avoir sur les symptômes que sur le sel. Certains étaient seulement capables de décrire une vague relation. Plusieurs patients avaient également des fausses conceptions ou des connaissances erronées concernant l'impact de la nourriture sur les symptômes de l'IC (flux sanguins restreint, diabète, pas d'impact de la nourriture).

Les connaissances :

Seulement un patient a pu dire la quantité de sel recommandée par jour. D'autres décrivaient comment utiliser les informations reçues de la part des soignants pour sélectionner la nourriture appropriée (label). Pour beaucoup, le manque/la rétention de connaissances concernant le régime hyposodé est un facteur limitant l'adhésion (comment distinguer les aliments sains, comment cuisiner des repas pauvres en sel, comment déterminer les composants nutritionnels de la nourriture). D'autres avaient des difficultés à mettre en pratique ce qui leur avait été recommandé. Dans d'autres cas, le problème était que les patients n'avaient pas reçu d'information du tout.

La pression sociale et l'encouragement de l'entourage :

La pression sociale de l'entourage (professionnels de la santé, époux/ses) était perçue comme positive sur l'adhésion au régime. Un manque d'encouragement et de soutien était identifié par les patients.

Les situations sociales :

Certaines situations sociales font que le choix d'aliments pauvres en sel reste limité au restaurant. Les patients ont des difficultés particulièrement lors d'événements sociaux et durant les vacances.

	<p>La nourriture comme source de plaisir et de jouissance :</p> <p>Il était difficile pour certains patients de changer leur alimentation à cause du plaisir de manger certaines choses. Certains n'aiment pas le goût des aliments lorsqu'ils sont préparés selon les recommandations (peu de sel). Pour d'autres, le plaisir obtenu en mangeant certains aliments étaient plus important que les bénéfices obtenus lors du changement d'alimentation.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Selon différentes études, le régime hyposodé est une composante importante de la gestion de l'IC. Bien que les patients essaient de suivre au mieux le régime, 40% disent ne pas suivre les recommandations. Ces résultats sont similaires au taux de non adhésion reporté d'une méta-analyse de 569 études sur l'adhésion à travers différentes populations de patients, un taux plus bas est reporté par d'autres études chez les personnes avec IC uniquement. Les données de cette étude ont été récoltées en demandant aux patients s'ils suivaient ces recommandations ou pas, alors que dans ces deux précédentes études, les données ont été récoltées au moyen de questionnaires. De plus, des différences peuvent se faire selon la façon dont l'adhésion est définie. Dans les études précédentes, l'adhésion est définie comme un « auto-retour » du patient sur le suivi du régime. Les taux de non adhésion mesurés par l'excrétion de sodium dans les urines de 24h se mesurent à 60%. Malgré tout, la non adhésion au régime hyposodé est commun, même si elle est mesurée par une auto-évaluation. Les barrières identifiées par les patients dans cette études sont le manque de connaissances concernant le régime hyposodé, le manque de soutien de la part des amis et de la famille, les difficultés à trouver de la nourriture pauvre en sel en mangeant au restaurant et le goût. Ces barrières sont cohérentes avec d'autres études quantitatives. Cette étude permet de mieux comprendre comment ces barrières affectent l'adhésion aux recommandations alimentaires. Alors que la plupart des patients ont une compréhension globale de l'importance que peut avoir l'alimentation sur leur santé, beaucoup ne comprennent pas ou n'ont pas retenu les connaissances spécifiques. Ceci suggère que l'enseignement du régime hyposodé devrait être renforcé et fait régulièrement. L'enseignement devrait inclure la relation entre le sel et les symptômes de l'IC, les conséquences d'un apport excessif de sel, l'identification des aliments riches et pauvres en sel, les stratégies pour en parler avec la famille et les amis et la gestion des situations sociales (restaurant, par exemple). Le niveau de compréhension devrait être régulièrement contrôlé en posant des questions concernant les points précédents. Cette étude donne aussi des éléments concernant l'importance du rôle des professionnels de la santé et de la famille dans la volonté et la capacité du patient pour suivre un régime hyposodé. Des explications claires et appropriées ainsi qu'un encouragement émotionnel augmentent l'adhésion. Les patients ne recevant pas</p>

	<p>de recommandation ne font pas plus attention à la graisse ou au sel. Dans plusieurs études qualitatives, il était important pour les patients de recevoir du soutien social de la part des professionnels de la santé ou de l'entourage, les activités sociales et les relations sociales afin d'améliorer l'adhésion au régime alimentaire. Le goût de la nourriture pauvre en sel a été identifié comme une barrière commune dans le suivi d'un régime hyposodé. Le résultat le plus surprenant de cette étude est le niveau d'importance qu'accordent les patients au plaisir de manger. Certains patients prennent une décision consciente de ne pas suivre le régime hyposodé malgré qu'ils connaissent les conséquences potentielles simplement parce qu'ils considèrent plus important le plaisir de manger. Il est évident que beaucoup de patients ont une compréhension limitée des liens entre l'apport de sodium et les symptômes de l'IC, il est possible que certains n'aient pas une totale appréciation des conséquences de leurs actions. En leur apportant les informations nécessaires, cela pourrait changer leurs priorités. Pour les patients qui considèrent le plaisir de manger plus important, des stratégies créatives devraient être développées pour les aider à minimiser le risque associé avec les aliments favoris (manger des portions plus petites, s'assurer que les accompagnements soient pauvres en sel). Une bonne ressource pour les cliniciens est le site <i>Beginning a New Nutrition Conversation</i>. Ce site aide à amorcer une conversation franche sur l'importance que donne les patients à leurs aliments favoris et comment les restrictions altèrent ce plaisir.</p>
Perspectives	<p>Augmenter les capacités des patients à faire le lien nourriture - symptômes de l'IC pour comprendre l'importance d'un régime hyposodé. Augmenter les connaissances pour reconnaître les aliments riches en sel ou non et enseigner des stratégies de cuisine pour augmenter l'adhésion. Renforcer cet enseignement et vérifier régulièrement avec le patient ce qu'il a compris ou ce qu'il sait. Entraîner les compétences de communication avec le patient envers sa famille, son entourage concernant l'importance de son régime et s'aider de la résolution de problème pour gérer les situations sociales pouvant poser problème. S'assurer que les stratégies proposées correspondent avec les valeurs du patient, ses priorités concernant la nourriture est fondamental pour promouvoir l'adhésion.</p>
Questions générales Présentation	<p>L'article est bien écrit et structuré. Cependant, il manque une certaine précision dans le déroulement des entretiens : combien de temps ont-ils duré ? Jusqu'où les chercheurs posaient des questions ? Etc.</p>
Évaluation globale	<p>L'étude propose de bonnes pratiques pour la discipline infirmière. Concernant la recherche, elle propose uniquement d'élargir à un échantillon plus large.</p>

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Bennett, S. J., Lane, K. A., Welch, J., Perkins, S. M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2005). Medication and Dietary Compliance Beliefs in Heart Failure. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 27(8), 977-993.
Résumé	<p>Problème : les patients en IC doivent être adhérents avec leur traitement médicamenteux et un régime alimentaire hyposodé. Buts : déterminer les plus grandes barrières et les plus grands bénéfices perçus dans la médication et l'alimentation et évaluer la pertinence des échelles afin d'utiliser des interventions sur-mesure. La collecte de données a été faite à partir de 2 études (Bennett et al., 1997 et Murry et al., 2001).</p> <p>Résultats : bénéfice le plus cité de la médication : diminuer les chances d'être hospitalisé. Barrière la plus commune de la médication : problèmes de sommeil. Les patients ont des connaissances sur les bénéfices d'un régime hyposodé. Le manque de goût de la nourriture est la plus grande barrière. Les barrières et les bénéfices vis-à-vis de la médication et de l'alimentation peuvent mener à des interventions personnalisées.</p>
Introduction Enoncé du problème	Les croyances des patients concernant les bénéfices et les barrières sont une des raisons de non adhésion. L'IC est une condition handicapante prenant des proportions épidémiques. Cinq mio. d'IC avec 500'000 nouveaux cas par années qui sont associés à un haut taux de mortalité et des hospitalisations coûteuses et fréquentes ainsi qu'une pauvre qualité de vie. Le manque d'adhésion face à la médication et au régime hyposodé est connu pour être un problème chez les patients avec IC et a été associée avec l'exacerbation des symptômes et l'augmentation des hospitalisations. Raisons de non adhésion : croyances des patients concernant les bénéfices et les barrières perçus.
Recension des écrits	L'adhésion est un point-clé : favoriser la longévité, diminuer les hospitalisations, améliorer la qualité de vie. Cependant, une manque d'adhésion est connue dans l'IC pour exacerber les symptômes et augmenter les hospitalisations. Une des raisons de non adhésion sont les croyances concernant les bénéfices et les barrières. La compliance médicamenteuse chez les patients avec des maladies coronariennes augmentent le risque de mortalité (prouvé dans 20 études). Dans de précédentes études concernant l'IC, la non adhésion se monte de 10% à 88% avec les médicaments et 35% à 75% avec le régime hyposodé.
Cadre théorique ou conceptuel	Utilisation du modèle de croyances concernant la santé. Interventions sur-mesures pouvant améliorer l'adhésion.

Hypothèses	Déterminer les barrières et les bénéfices perçus de la médication et l'alimentation chez les personnes IC.
Méthodes Devis de recherche	1 ^{ère} étude : design descriptif transversal. 2 ^{ème} étude : essai randomisé contrôlé.
Population et contexte	1 ^{ère} étude : 101 patients avec IC. 2 ^{ème} étude : 205 patients IC d'un essai clinique évaluant la thérapie diurétique.
Collecte des données et mesures	BMCS (Beliefs About Medication Compliance Scale) et BDCS (Beliefs About Dietary Compliance Scale). Ces échelles ont été développées spécifiquement pour les patients en IC pour déterminer leurs croyances face à la médication et à l'alimentation afin d'élaborer des interventions faites sur-mesures pouvant améliorer les comportements de compliance avec le but ultime d'améliorer la qualité de vie. Les données ont été collectées de deux études afin de déterminer les croyances dans les deux groupes en comparant les résultats. De plus, la démographie et les méthodes utilisées dans les études originales étaient différentes.
Déroulement de l'étude	Participants contactés par des coordinateurs du projet de recherche ou par une étudiante infirmière. Après avoir accepté, les patients signent le consentement et complètent le questionnaire (BMCS et BDCS) durant une interview. Puis à 8 et 52 semaines par téléphone.
Résultats Traitement des données	Analyse statistique avec SPSS Version 11 pour l'étude n°1 et SAS Version 8.2 pour l'étude n°2. La fréquence de chaque item des échelles a été comptée pour déterminer le plus communs des bénéfices et des barrières perçus de l'adhésion à la médication et à l'alimentation et pour identifier le pourcentage de patients dans chaque échantillon pouvant être éligible à une intervention sur-mesure.
Présentation des résultats	Le bénéfice majeur à l'adhésion médicamenteuse était de diminuer les risques d'hospitalisation et d'œdème. D'autres bénéfices sont ressortis comme diminuer l'inquiétude, maintenir une qualité de vie, mieux respirer (entre autre grâce aux diurétiques). Environ 66% des patients disent que de prendre les diurétiques les aide à mieux respirer. Un tiers des patients ne reconnaissent pas les bénéfices des diurétiques. Ces résultats suggèrent une meilleure éducation thérapeutique concernant les bénéfices de la compliance médicamenteuse. Selon l'échelle, 10% à 61% des patients seraient éligibles à recevoir des interventions spécifiques adaptées. Les barrières majeures au traitement médicamenteux sont que les diurétiques interrompent les nuits et rendent les trajets difficiles. D'autres barrières à l'adhésion médicamenteuse ressortent : il est difficile de se souvenir de prendre les médicaments, trop

	<p>de médicaments à prendre, inquiétudes qui viennent au moment de prendre les médicaments. D'autres patients (environ un quart) trouvent désagréable de prendre les diurétiques. Selon l'échelle 31% à 83% des patients seraient éligibles à recevoir des interventions spécifiques adaptées. Bénéfices à l'adhésion au régime hyposodé (95.5%) : « La nourriture salée n'est pas bonne pour moi », « Manger peu de sel garde mon cœur en bonne santé », « Manger peu de sel m'évitera des oedèmes ». Un tiers des patients ne sentent pas de bénéfice du régime concernant une meilleure respiration. Selon l'échelle, 4% à 31% des patients seraient éligibles à recevoir des interventions spécifiques adaptées. La barrière la plus fréquente (69%) au régime hyposodé est le goût de la nourriture (inappétent). La seconde barrière est de ne pas pouvoir aller au restaurant ou à d'autres endroits pour manger (46.5%). Le coût des aliments pauvres en sel et le temps que prend à respecter les restrictions est un problème pour un quart des patients. Il est également difficile de comprendre le régime pour 17.5% des patients. Selon l'échelle 14% à 76% des patients seraient éligibles à recevoir des interventions spécifiques adaptées. Une comparaison des bénéfices et des barrières à l'adhésion médicamenteuse et au régime a démontré que les résultats étaient remarquablement similaires dans les deux échantillons ainsi que sur les 52 semaines pour l'étude n°2. Une analyse de l'étude n°2 montre que les croyances restent constantes dans le temps sans intervention.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats de cette étude donnent des connaissances sur la fréquence des croyances qu'ont les patients insuffisants cardiaques sur l'adhésion médicamenteuse ainsi qu'avec le régime hyposodé mais également sur la pertinence des sujet pour la création d'interventions spécifiques adaptées. Les 306 patients des études étaient informés de certains bénéfices de leur médication en reconnaissance que cela pouvait réduire le risque d'hospitalisation et prévenir les oedèmes. Le plus surprenant résultat est que plus d'un tiers des patients ne reconnaissait pas le bénéfice des diurétiques qui permettent de réduire la dyspnée. Il est normal que si les patients ne ressentent pas d'effets physiques de leur médication, ils soient alors moins motivés à être adhérents. Ces résultats peuvent aussi être influencés par le fait que la dyspnée est le plus fréquent symptôme de l'IC et peut être difficile à gérer. La perturbation du sommeil et la restriction des activités sociales étaient d'autres barrières à l'adhésion médicamenteuse. Les perturbations du sommeil peuvent même représenter un plus gros problème comme Naughton le ressort. Les résultats de la BMCS dans ces échantillons ont été cohérents avec d'autres études. Par exemple, sur 9'486 problèmes reportés par 139 patients âgés avec des co-morbidités cardiaques, ces personnes devaient faire avec la surveillance des symptômes physiques et émotionnels, l'administration des médicaments, les soins ou les problèmes/solutions au niveau de la mobilisation et de la nutrition (Brooten et al.). Un grand nombre de</p>

	<p>problèmes avec la médication et la non adhésion ont été remarqués dans un échantillon de 26 patients insuffisants cardiaques (effets secondaires gênants, prises oubliées, trop de pilules à prendre, difficultés à être loin de la maison, anxiété) (Riegel & Carlson). Les résultats de cette étude sont uniques, car ils donnent des connaissances sur les croyances et les raisons de non adhésion en utilisant des instruments valides et fiables.</p> <p>D'après plusieurs études, une pauvre adhésion envers le régime hyposodé est fréquente et les résultats de cette étude donnent des connaissances supplémentaires sur les difficultés à suivre ces restrictions. Presque un tiers des patients ne ressentait pas la sensation d'être mieux ou de respirer plus facilement lorsqu'ils suivaient les restrictions, ce qui peut expliquer une faible adhésion. Tout comme la médication, le résultat peut être associé aux sévères dyspnées vécues par les patients. Deux tiers des patients déclarent que le faible goût des aliments pauvres en sel est une barrière. Manger au restaurant ou à d'autres places loin du domicile est difficile pour presque la moitié des patients. D'autres (14% à 21%) trouvent que le coût du régime, le temps de préparation et le manque de connaissances sont problématiques. L'anxiété apparaît comme un problème pour certains patients qui déclarent que prendre leur médication et suivre ce régime l'augmentent. L'anxiété est connue pour contribuer à l'activation du système sympathique dans l'IC et pourrait alors se montrer dangereux physiquement et émotionnellement pour ces patients. Le modèle de croyances se santé donne un cadre utile dans l'élaboration d'interventions. Les résultats étaient généralement uniformes chez les 306 patients dans les deux échantillons malgré des différences dans la procédure de récolte de données, ce qui soutient que chaque item des échelles de mesure est approprié comme base pour de futures interventions spécifiques. Limites : utilisation d'un échantillon de commodité recruté d'un type spécifique de milieu. La BMCS est faite principalement pour l'utilisation des diurétiques et a été développée au préalable pour des essais cliniques, démontrant l'efficacité des antagonistes bêta adrénergiques (Adams et al.). Les patients peuvent alors avoir des barrières à l'adhésion médicamenteuse avec les antagonistes bêta adrénergiques.</p>
Perspectives futures	Améliorer les connaissances et la compliance des patients concernant la médication (diurétique). Les échelles sont appropriées pour guider des interventions personnalisées.
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit, clair. Cependant, le déroulement de l'étude et de la façon de procéder est peu clair.
Evaluation globale	Les barrières ainsi que les bénéfices perçus sont clairs dans l'étude. Ainsi, les infirmières peuvent se baser dessus afin d'établir un plan d'intervention personnalisé pour chaque patient.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L. P., Smith, C. S., Trupp, R., Chung, M. L., Moser, D. K. (2008). Relationship of Heart Failure Patients' Knowledge, Perceived Barriers, and Attitudes Regarding Low-Sodium Diet Recommendations to Adherence. <i>Progress in Cardiovascular Nursing</i> , 23(1), 6-11.
Résumé	<p>But : décrire les perceptions des patients en IC en regard des instructions reçues pour suivre un régime hyposodé et les bénéfiques, les barrières et l'aisance ainsi que la fréquence à suivre ce régime. Déroulement de l'étude : 246 patients IC recrutés dans des centres médicaux académiques des USA et de l'Australie. 145 patients ont fourni une récolte urinaire sur 24h pour mesurer le taux d'excrétion du sodium.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80% disent avoir reçu des recommandations pour un régime hyposodé. Cependant, les instructions spécifiques étaient souvent oubliées. - Les patients se disant le plus adhérents avaient des taux urinaires de sodium moins élevés. <p>Les attitudes face à la difficulté et les bénéfiques perçus de suivre le régime ne sont pas reliés à l'excrétion du sodium. Les données sur les attitudes et les barrières donnent des éléments afin de guider des stratégies pour améliorer l'adhésion.</p>
Introduction Enoncé du problème	La plupart des personnes en IC ont des difficultés à suivre un régime hyposodé.
Recension des écrits	Le surplus de liquide est l'une des raisons majeures pour l'exacerbation d'une IC qui mène à une hospitalisation. Malgré une non adhésion connue, il y a très peu de connaissances sur les barrières perçues et les attitudes face au régime alimentaire. Cela est pourtant important afin de poser des interventions efficaces pour augmenter l'adhésion au régime hyposodé.
Cadre théorique ou conceptuel	Utilisation du concept d'adhésion.
Hypothèses	Il y a très peu d'informations concernant les barrières perçues et les attitudes face à un régime hyposodé chez les personnes en IC. Cette information est vitale dans l'élaboration et l'implémentation d'interventions efficaces

	<p>pour améliorer l'adhésion à ce régime. Il est d'autant important de déterminer la relation des attitudes et des barrières avec l'adhésion actuelle à un régime hyposodé.</p> <p>Buts : décrire la perception des patients avec IC concernant les instructions données par leurs soignants sur le régime hyposodé, avec quelle régularité ils suivent ce régime, avec quelle aisance ils le font ainsi que les bénéfices perçus de ce régime. Décrire les connaissances des patients en IC, leurs attitudes et les barrière face à un régime hyposodé. Déterminer la relation entre les connaissances, les attitudes et les barrières face à l'adhésion.</p>
Méthodes	Quantitatif.
Devis de recherche	
Population et contexte	<p>Contexte : services de cardiologie de 4 centres médicaux académiques aux USA et en Australie. Dans chaque site, les patients ont reçu des instructions pour suivre le régime hyposodé. Critères d'inclusion : diagnostic confirmé d'IC avec une fonction systolique préservée ou non-préservée, pas d'infarctus dans les 3 mois précédents, prendre des doses stables de médicaments au moment de la participation à l'étude, pas de problèmes cognitifs, pas d'antécédents de cancer, de diabète mal contrôlé, de maladies de la thyroïde, du foie ou du rein, vivre à la maison. Un consentement éclairé a été signé par chaque patient.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les données sociodémographiques et les caractéristiques cliniques ont été récoltés lors de l'interview et grâce aux rapports médicaux (sexe, âge, status marital, niveau d'éducation, comorbidités, médication de l'IC, classification NYHA, cause de l'IC, fraction d'éjection ventriculaire). Les attitudes, les barrières et les connaissances face au régime hyposodé ont été mesurées grâce au DSRQ (Dietary Sodium Restriction Questionnaire). Le DSRQ est un questionnaire-papier comportant 46 items répartis en 3 sections. La fiabilité et la validité de cet instrument ont été démontrées. Le niveau d'adhésion au régime hyposodé a été déterminé grâce à la mesure du taux de sodium dans les urines de 24h chez 145 patients en comparant aux recommandations de 2-3 gr de sel par jour de la Heart Failure Society of America.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les données démographiques et cliniques étaient récoltées lors d'une visite au centre de recherche clinique générale dans chaque site de participation. Les patients ne faisant pas de récolte urinaire étaient interviewés et ont rempli le DSRQ lors de la visite. Les patients faisant la récolte urinaire de 24h ont reçu des instructions écrites et verbales concernant la collection d'urine ainsi qu'un collecteur d'urine (urinal, etc.). Les urines étaient</p>

	amenées par le patient au site-même ou un assistant de recherche venait les chercher. A ce moment-là, les patients complétaient le DSRQ. Trois patients n'ont pas réussi à collecter correctement l'urine et ont recommencé pour donner un échantillon complet.
Résultats Traitement des données	Les données ont été analysées avec le programme SPSS software version 11.5 et sont présentées sous forme de moyennes avec un écart-type, de médians avec les percentiles 25 et 75, ou des fréquences et des pourcentages. Les comparaisons ont été faites avec le Student <i>t</i> test, Mann-Whitney <i>U</i> ou le chi-square selon ce qui était approprié. Résultats commentés, sous forme de graphiques et de tableaux.
Présentation des résultats	<p>246 patients avec IC ont participé à l'étude dont 145 ont récolté leur urine sur 24h. Leurs données sociodémographiques ne variaient pas si ce n'est la moyenne d'âge légèrement plus jeune du 1^{er} groupe. Il n'y avait pas de différence caractéristique entre les patients des USA et de l'Australie.</p> <p>La perception des patients face aux instructions données concernant un régime hyposodé :</p> <p>80.1% disent avoir reçu des recommandations pour suivre un régime hyposodé contre 19.9%. Le souvenir de ces recommandations est montré dans le tableau II. Seulement 18% disent toujours suivre le régime hyposodé, alors que 57% disent généralement le suivre. 21% le suivent parfois et 4% jamais. 54% des patients ayant un régime prescrit disent qu'il est difficile ou très difficile de le suivre alors que pour 46% il est facile ou très facile. Concernant la question « Est-ce que vous croyez que le régime aide leur condition cardiaque ? », pour 10% des patients pas du tout, 50% légèrement et 40% beaucoup.</p> <p>Il y a un lien entre la perception des patients concernant leur aisance à suivre le régime et avec quelle attention ils disaient le suivre ($p = .001$). Sur les 34 patients trouvant très difficile à suivre le régime hyposodé, 20.6% disent ne jamais le suivre. Et sur les 23 patients trouvant très facile de le suivre, 78.3% disent toujours le suivre.</p> <p>Il y a un lien entre l'attention des patients à suivre ce régime et leur perception des bénéfices pour leur cœur à suivre ce régime ($p = .001$). Sur les 8 patients disant ne pas suivre de régime hyposodé, 62.5% disent que ça n'aide pas du tout leur cœur. Et sur les 26 patients disant toujours suivre ce régime, tous ressentent que ça aide beaucoup leur cœur.</p> <p>Le pourcentage des patients disant suivre un régime hyposodé la plupart du temps et qui trouvent facile à le suivre augmente en même temps que leur perception des bénéfices pour leur cœur ($p < .01$). Soixante des 157 patients qui pensent que suivre un régime hyposodé aide beaucoup leur cœur, 90% disent toujours suivre le régime et trouvent très facile de le faire ($p = .001$). Au contraire, chez 7.3% des patients croyant que suivre un</p>

	<p>régime hyposodé n'aide pas du tout leur cœur, 71.4% disent ne jamais l'avoir suivi et qu'il était difficile de le faire ($p = .01$).</p> <p>Connaissances, barrières perçues et attitudes concernant le suivi d'un régime hyposodé : cf tableau III.</p> <p>L'excrétion urinaire de sodium sur 24h :</p> <p>La moyenne d'excrétion urinaire de sodium sur 24h était de 3723 +/- 1970 mg. Il n'y avait pas de différence entre les patients des USA et de l'Australie. Seulement 40% des patients étaient en-dessous de 3000 mg. Il n'y a pas de différence entre les patients qui disent avoir eu une prescription pour un régime hyposodé et ceux qui disent ne pas en avoir eu ($p = .64$).</p> <p>Les patients qui disent suivre souvent le régime ont un taux de sodium dans les urines plus bas que ceux reportant suivre le régime parfois ou jamais ($p = .001$). Au contraire, il n'y avait pas de différence entre ceux disant qu'il était difficile de suivre le régime et ceux pour qui ça ne l'était pas ($p = .85$). Le niveau des bénéfices perçus pour suivre un régime hyposodé n'est pas relié au taux de sodium dans l'excrétion urinaire de 24h.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Malgré que la majorité des patients ait reçu des recommandations pour suivre un régime hyposodé et dit les avoir comprises ainsi que 74% disent suivre ce régime la plupart ou tout le temps, seulement 40% des patients sont adhérents selon le taux de sodium dans les urines de 24h. Une des explications serait que les patients se souviennent de façon limitée des informations. Quand il leurs a été demandé « Qu'est-ce que vous a été recommandé ? », la plupart des patients répondent de faire attention à la quantité de sel mangée ou d'éviter d'ajouter du sel dans la nourriture. Il n'a pas été possible de savoir si ce manque d'informations était dû à des souvenirs moindres ou à un enseignement inadéquat de la part des soignants. Les données de précédentes recherches révèlent que les patients avec IC ressortaient un manque de concentration et une mémoire réduite. Ceci est soutenu par le fait qu'un tiers des patients de l'étude ne se souvenaient pas des informations reçues. Concernant le peu d'informations retenues par les patients, Neily et al. ressortent que peu de patients (34%) se souviennent des instructions après avoir reçu des informations de la part des professionnels de la santé. Toutes ces données amènent au renforcement de l'enseignement qui devrait être régulier même lorsque les patients disent l'avoir compris. Les données montrent également que les informations retenues sont souvent fausses. Ainsi, il est important de vérifier régulièrement les connaissances afin de corriger ces mauvaises compréhension. Le fait de limiter le sel dans l'alimentation est l'une des premières choses dont se souviennent les patients, ce qui suggère que c'est l'un des points-clés enseigné par les professionnels de santé. Cependant,</p>

	<p>cette recommandation n'a que très peu d'effet. D'après une recherche de Mattes et Donnelly, seulement 5% de la dose quotidienne de sel provient du sel de table et seulement 6% du sel ajouté durant la préparation. La majorité du sel provient de la nourriture pré-faite (70%). Il est important que ces recommandations soient étendues lors de la commande au restaurant (barrière perçue). Une bonne ressource est le site <i>Healthy Dining Finder</i> qui a été financé par les Centers for Diseases Control and Prevention et qui renseigne sur les différentes informations nutritionnelles des restaurants du pays. Pour améliorer les connaissances sur comment suivre un régime hyposodé, des stratégies pour changer les perceptions pourraient aussi améliorer l'adhésion. En effet, les patients trouvant qu'il était facile de suivre le régime reportent plus facilement qu'ils suivent le régime. Le fait d'identifier les personnes qui trouvent qu'il est difficile de suivre ce régime et de changer leurs perceptions pourrait améliorer leur adhésion. Dans un même temps, le renforcement positif des bénéfices du régime hyposodé pourrait diminuer les difficultés perçues dans le suivi du régime et donc améliorer l'adhésion. Des recherches précédentes ont démontré qu'un/-e époux/-se impliqué augmenterait l'adhésion alimentaire. Malheureusement, une des plus grandes barrières reportée par les patients est reliée aux amis et à la famille. La plupart des membre de la famille ne mangent pas la même chose et la plupart des amis ne servent pas des aliments appropriés. Ce n'est pas encore possible de savoir si cela est dû au manque de connaissances ou au manque de considération. De ce fait, un travail avec les patients sur comment informer sa famille et ses amis semble être une bonne stratégie.</p>
Perspectives futures	<p>Cette analyse amène à avoir une systématique comprenant le renforcement des connaissances, la pratique des compétences, la clarification des fausses perceptions et l'amélioration du partage d'information.</p>
Questions générales Présentation	<p>L'article est clair et bien écrit.</p>
Evaluation globale	<p>Les résultats de cette étude sont utiles dans la pratique infirmière.</p>

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Van der Wal, M., H., L., Jaarsma, T., Moser, D., K., Van Gilst, W., H., & Van Veldhuisen, D., J. (2010). Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands, <i>Heart & Lung</i> , 39(2), 121-130
Résumé	<p>P. 121 Contexte : la non adhésion avec les recommandations pharmacologiques ou non pharmacologiques est un problème important chez les patients insuffisants cardiaques provoquant la péjoration des symptômes et des réadmissions. Il y a de nombreuses informations concernant les facteurs influençant l'adhésion au régime pour IC, cependant, la perspective des patients est peu connue. Dans cette étude, les raisons et motivations des patients, depuis leur point de vue, à adhérer à un régime pour IC ont été investiguées. Puis, la façon dont les patients gèrent au quotidien les recommandations a également été étudiée. Méthode : étude qualitative descriptive, 15 patients interviewés sur les raisons pour l'adhésion, les barrières à l'adhésion, les interventions qui les aidaient à une meilleure adhésion au traitement, au régime hyposodé, aux restrictions de liquides ainsi qu'à une pesée quotidienne. Résultats : raison pour la compliance : peur d'être réhospitalisé et les symptômes de l'IC. Les barrières à l'adhésion : reliées à l'aspect négatif du régime comme le mauvais goût de la nourriture et la soif. La plupart des patients a essayé des changements dans leur mode de vie, mais certains problèmes et malentendus avec le régime sont évidents. Les patients-mêmes ont donné des astuces qui aident à être plus adhérents. Conclusion : afin d'améliorer l'adhésion chez les patients IC, il faut viser des interventions adaptées aux patients, concernant des problèmes spécifiques et en accord avec les croyances du patient sur le régime. Il faut viser à ce que le patient applique le régime dans son quotidien. Les soignants doivent amplifier les avantages à une adhésion aux traitements, motiver le patient et se concentrer sur les barrières individuelles à l'adhésion, les lacunes en connaissances et malentendus concernant les traitements. Le plus souvent, ils ont besoin de conseil concernant le régime alimentaire et les médicaments. Des groupes d'interventions, ainsi que des conseils entre les patients eux-mêmes, peuvent les aider à appliquer leur régime pour IC</p>
Introduction Enoncé du problème	P.121 : Il y a un grand nombre de personnes IC traitées sur la base des recommandations aussi bien pharmacologiques ou non qui incluent une restriction sodée, liquidienne, éducation sur les surveillances à effectuer et reconnaître les symptômes de l'IC grâce à une pesée quotidienne et à l'observation de possibles œdèmes. L'IC est chronique et se péjore avec le temps. Le traitement devient de plus en plus complexe : plus de médicaments, de régimes alimentaires, de restrictions liquidiennes et de symptômes. L'adhésion aux traitements pharmacologiques

	<p>et non pharmacologiques est un problème important de santé. Compliance = la mesure dans laquelle le comportement d'une personne coïncide avec les conseils du personnel soignant → utilisé dans cette étude comme adhésion à cause de sa grande utilisation. Adhésion (P.122) = la mesure dans laquelle le comportement d'une personne (prendre des médicaments, suivre un régime alimentaire, et/ou changer des habitudes de vie) coïncide avec les recommandations → accord du patient avec les recommandations. La compliance fait partie des auto-soins (action pour maintenir la vie, les fonctions, le développement personnel et le bien-être). C'est un phénomène multidimensionnel → interaction entre facteurs socio-économiques, facteurs liés aux conditions (les comorbidités, les impacts des symptômes) et les facteurs liés au patient (connaissances, croyances, motivation).</p>
Recension des écrits	<p>P.122 : Les variables démographiques, socio-psychologiques et leur influence sur la compliance ont été étudiées. Cependant, il y a peu de connaissances sur les croyances telles que les patients les perçoivent ainsi que « les indices à l'action » qui aident les patients à avoir une meilleure adhésion. De plus, la menace perçue de la maladie comme motivation pour adhérer au traitement n'a pas été étudiée chez les patients IC. Une mauvaise compliance au traitement pharmacologique ou non pharmacologique aboutit en un mauvais traitement de la pathologie qui mène à des symptômes péjorés et à une utilisation plus importante du système de santé. Dans des études récentes, on peut voir qu'une non adhésion aux médicaments et au régime alimentaire est responsable de 21 à 55% des réhospitalisations des IC, à des hospitalisations plus longues et plus coûteuses. Une étude hollandaise : 83% des patients avec une IC disent être adhérents au régime alimentaire, 73% aux restrictions liquides et seulement 35% disent se peser 3X ou plus/semaine. D'autres études ont les mêmes résultats ou pires. D'autres études disent que les croyances, le manque de connaissances et un pauvre soutien social influencent la mauvaise adhésion. De nombreuses études concernant les interventions ont pour but d'améliorer la compliance avec le traitement d'IC avec comme hypothèse qu'une meilleure adhésion améliore les résultats de soins. Même si la plupart des études montre des différences significatives entre les groupes témoins et ceux des interventions (programme de gestion de l'IC), beaucoup de patients restent non adhérents à leur traitement. Ex : de résultat d'études après des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Après intervention intensive d'une infirmière, 50% d'adhésion. - Intervention infirmière → meilleures connaissances sur restriction sodée, mais seulement 35% des patients évitent les aliments salés et 52% lisent les étiquettes.

Cadre théorique ou conceptuel	P.122 : Health Belief Model → un individu entreprend un comportement pour la santé selon la menace qu'il perçoit de la maladie. Cette perception peut être influencée par différents facteurs démographiques (âge, genre, habitat, niveau d'éducation) facteurs sociopsychologiques (ex : symptômes dépressifs) et des indices à l'action (ex : connaissances et conseils des autres). D'autre facteurs peuvent influencer la compliance : les bénéfices ou barrières perçues (croyances), les comportements recommandés.
Question de recherche	<p>Le but de cette étude est d'explorer les raisons et les motivations pour une adhésion : aux médicaments, à un régime hyposodé, à une restriction de liquide, à une pesée quotidienne. Il y aura aussi une évaluation pour voir comment les patients gèrent le régime/ traitement pour IC (p122).</p> <p>Dans une étude, on compare les perceptions des patients et celles des infirmières sur l'importance de différents thèmes d'éducation. On peut voir qu'il y a des similarités mais également des différences.</p> <p>On connaît peu les raisons pour lesquelles les patients ne sont pas adhérents ou les motivations pour une adhésion à un régime IC et de l'introduire dans la vie quotidienne.</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	Etude qualitative descriptive (p.122)
Population et contexte	Tous les patients faisaient partie de COACH, une étude entre différents centres en Hollande s'intéressant aux effets de l'éducation et conseil chez les patient IC. (p. 122). Critères d'inclusion : patients hospitalisés pour des symptômes d'IC avec des évidences montrant une cardiopathie. Critères d'exclusion : intervention invasive dans les 6 dernières mois ou planifiée dans les 3 mois à venir, participation dans une autre étude demandant d'autres visites chez une infirmière chercheuse, en évaluation pour une transplantation de cœur, ou une incapacité à remplir un questionnaire. Les patients avaient été randomisés en différentes catégories : intervention basique (Rendez-vous chez une infirmière spécialisée IC tous les six mois), interventions intensives (au moins, un contact par mois avec une infirmière spécialisée), soins habituels (cinq rendez-vous chez un cardiologue). Durée : 18 mois. Des patients de plus ou moins de 65 ans, être femme ou homme, avoir ou non un partenaire. Les patients ont été recrutés dans trois centres différents. Une liste avec les patients correspondant aux critères a été dressée. Huit ont refusé de participer, cinq n'ont pas pu être atteints. Au total 15 patients ont été inclus. Neuf faisaient partie des groupes avec les interventions infirmières spécialisées et les six autres des soins habituels.

Collecte des données et mesures	<p>Un guide d'interview semi-structurée. L'Health Belief Model a été utilisé pour formuler les questions (ex : de questions dans le tableau 1). Tous les entretiens se sont passés au domicile des patients et étaient enregistrés et menés par le même interviewer (p.123)</p> <p>L'interviewer a questionné les patients jusqu'à saturation des données (p.123).</p>
Déroulement de l'étude	La permission pour l'étude a été obtenue du comité d'éthique pour les investigations médicales du centre universitaire médicale de Groningen. Les patients avaient au préalable rempli la participation pour le l'étude COACH et ont donné leur consentement éclairé pour participer à cette étude qualitative (p.123).
Rigueur	-
Résultats Traitement des données	Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits en verbatim par l'interviewer. Deux interviewers ont catégorisé les entretiens en plusieurs thèmes importants qui étaient basés sur le Health Belief Model. Les chercheurs ont codé les informations afin de voir si un consensus pouvait être fait. S'il n'était pas possible, les deux chercheurs discutaient jusqu'à qu'ils trouvent un accord. Six thèmes principaux sont ressortis. Pendant les analyses, deux thèmes ont été fusionnés (comment gérer le régime au cours du temps et comment intégrer les recommandations de style de vie dans votre quotidien = comment gérer le style de vie recommandé au quotidien ?)
Présentation des résultats	<p>Six femmes et neuf hommes entre 42 et 87 ans (M : 70 ans). Sept avec partenaire, deux avec partenaire et enfants, un avec sa mère. Patients avec un dysfonctionnement diastolique ou systolique. La plupart était dans la classe II ou III du NYHA. Durée de l'IC = entre 18 et 47 mois. Cinq patients avaient déjà été hospitalisés pour IC (p.123).</p> <p><u>Les raisons pour une adhésion ou une non adhésion :</u></p> <p>Pour une adhésion à différentes composées du traitement IC :</p> <ul style="list-style-type: none"> →peur d'être hospitalisé, peur des œdèmes ou d'autres symptômes de l'IC. La peur de péjorer l'IC est en accord avec le HBM dans lequel, la menace de la maladie agit comme une motivation à adhérer au régime. →bien-être : certains patients disent se sentir mieux quand ils adhèrent au régime. →indices à l'action : ils adhèrent par conseil des autres (médecin ou infirmière spécialisée). En accord avec le HBM. <p>Pour une non adhésion, dépendant de quelle composée du traitement (selon HBM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> →Barrières au régime hyposodé et à la restriction des fluides liées à l'aspect négatif. Ex : le goût des aliments pauvres en sel, la soif.

→Barrières : le prix des légumes frais, c'est la raison pour laquelle ils achètent des boîtes de conserve.

→Ecart dans le régime hyposodé et dans la restriction de fluide lors des fêtes, des repas à l'extérieur ou lorsqu'ils avaient spécialement envie de manger quelque chose de salé (ex : hareng ou ragoût). Le fait de faire ces écarts leur permette d'adhérer au régime au long terme.

→Barrière (un patient de 77 ans) : conseils de restriction sodée donnés par une infirmière spécialisée et non pas par un docteur. Cela ne l'a pas motivé suffisamment à diminuer le sel.

→Barrière contre la pesée quotidienne : oublis, poids stable pendant un moment, disent pouvoir repérer les œdèmes, obésité et ne veut pas être confronté à son poids au quotidien (p.124).

La gestion des recommandations dans la vie quotidienne : La plupart des patients ont dû modifier leurs habitudes de vie afin d'intégrer plusieurs des recommandations. Ils avouent que cela nécessite une « certaines régularité », des « rituels », une « routine quotidienne ». Certains expriment de la difficulté au début, jusqu'à qu'ils se soient habitués à ces restrictions. Ex : « Je ne vais jamais réussir à gérer ça ». **Pour le régime hyposodé :** certains font part du goût fade au début, mais disent s'habituer par après. D'autres disent qu'il est certes difficile de commencer avec un régime pauvre en sel, mais qu'il faut par la suite le maintenir à long terme. Donc certains s'y habituent facilement avec le temps, d'autres pas. Pour d'autres patients, ce n'était pas un problème d'intégrer un régime pauvre en sel, car ils y étaient déjà habitués à cause d'un membre de la famille qui devaient le suivre à cause d'une hypertension. Deux patients disent que le régime pauvre en sel et les autres recommandations ne devraient pas dominer le quotidien et qu'il faut être un peu souple avec les règles.

Problème avec le régime/traitement de l'IC : Selon HBM, les problèmes avec les traitements agissent comme des barrières à l'adhésion.

Médicaments : polyurie, difficultés aux relations sexuelles (effet 2°), extrémités froides, perte de goût, nom des médicaments.

Régime hyposodé : manque de goût = le plus souvent nommé et la barrière la plus importante, manque de disponibilité d'épices sans sel pour la viande, le prix des légumes frais, repas à l'extérieur, repas avec d'autres personnes qui ne comprennent pas. Le patient a l'impression de passer pour un râleur.

Restriction de liquides : l'été, la soif, la chaleur.

Pesée quotidienne : obésité donc veut pas y être confronté, ou pas de place établie pour la balance (p125).

Astuces à l'adhésion au régime/traitement : Correspondent aux « indices à action » dans HBM :

	<p>Médicaments : boîte (type semainier), placer les médicaments toujours au même endroit et visibles (surtout au début), lier leurs prises à des activités (ex : WC le matin, dessert du soir), aide des soins à domicile pour remplir les semainiers les premiers temps.</p> <p>Régime hyposodé : utilisation des épices (curry, paprika, poivre, basilic frais), mélange d'épices sans sel. Conseils pour les sandwiches (radis, miel, pâte à viande), diminution progressive du sel pour s'habituer au goût, repas à domicile afin de ne pas avoir à se soucier s'il y a trop de sel.</p> <p>Restriction de liquides : contrôler les quantités, boisson froides, glace à l'eau fait maison, glaçon pour prévenir la soif, utilisation de menthe poivrée ou de babeurre et conseils pour prendre moins de sucre.</p> <p>Pesée quotidienne : balance dans un endroit visible, écrire le poids, post-it comme rappel, un patient se pesait 2X/jour pour voir comment ajuster les diurétiques car il n'était pas très adhérent avec la restriction des liquides (p.126).</p> <p>Malentendus et manque de connaissances : Malgré que les patients aient été diagnostiqués depuis au moins un an et demi et que certains patients (9) participaient à un programme de gestion de l'IC, il y a encore des malentendus et des manques de connaissances. Selon le HBM, cela pourrait être une barrière à l'adhésion.</p> <p>Médication : mauvaise compréhension des effets</p> <p>Régime hyposodé : manque de connaissances concernant la quantité de sel dans les différents produits (un patient ne mangeait simplement pas les aliments qui avaient un goût salé). Certains patients pensaient pouvoir laver les aliments et ainsi éliminer le sel. Une patiente pensait qu'elle pouvait compenser avec un autre aliment non salé (ex : salade russe très salée avec des fruits) et ainsi éliminer le sel plus rapidement de l'organisme. Un patient non adhérent, pensait qu'il était testé pour l'apport en sel à chaque fois qu'il allait faire une prise de sang à l'hôpital et étant donné que personne ne lui redisait rien, il pensait être en-dessous et donc ne changeait pas d'habitude.</p> <p>Restriction de liquides : manque de compréhension du lien entre l'importance ne pas trop boire et l'IC.</p> <p>Pesée quotidienne : malentendu (ex : une patiente âgée qui pesait 77kg (avant) a été hospitalisée à 83 kg et pensait que le risque d'eau dans les poumons était élevé à 83kg (sans penser à la différence de poids) p.127.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Vouloir se sentir bien, la peur des symptômes de l'IC et de l'hospitalisation sont les motivations/menaces permettant une meilleure adhésion selon le HBM. Cela confirme d'autres recherches qui disent que le désir de rester en bonne santé et en-dehors des hôpitaux étaient des motivations à adhérer au traitement.</p>

	<p>Une mauvaise adhésion à la pesée quotidienne est relevée car son importance n'a pas été comprise. Dans une autre étude, il est difficile de reconnaître les signes et symptômes pour plusieurs patients mais plus facile pour ceux qui avaient plus d'expérience. Cependant, dans cette étude, ils avaient de la peine malgré qu'ils aient été diagnostiqués depuis plus d'un an et demi. Plusieurs patients pensaient que la compliance avait un rapport avec le fait d'établir une certaine routine, ce qui se retrouve dans d'autres études. Cependant, certains patients continuaient à avoir de la peine à s'adapter même après une longue période (p.127). La non adhésion est en lien avec les aspects négatifs des recommandations (mauvais goût, soif, polyurie), qui sont en lien avec le HBM. Une autre étude dit également que le fait que les aliments pauvres en sel ne soient pas agréables en bouche est un problème.</p> <p>Malentendus concernant le régime hyposodé : incapacité à nommer des produits avec une haute teneur en sel, utiliser des produits avec beaucoup de sel sans le vouloir. D'autres études montrent que plusieurs patients ont un manque de connaissances concernant le régime alimentaire hyposodé, ainsi que les auto-soins concernant l'IC.</p> <p>Population âgée : ce qui peut être en lien avec l'oubli ou la mauvaise assimilation des informations données par les soignants (ex: problèmes cognitifs). Problème d'adhésion lié à qui donnait l'information (infirmière et non pas le médecin) se retrouve dans d'autres études également. Peu de patients ont reporté du soutien de la part de leur partenaire. Même s'ils ont été inclus dans l'éducation du patient et étaient stimulés à soutenir le patient, les interventions n'étaient pas développées spécifiquement pour inclure les partenaires. De plus, ils peuvent ressentir le patient comme un fardeau étant donné qu'ils sont les proches aidants. Il faut alors leur prêter une attention particulière lors des programmes de gestion de l'IC.</p>
Perspectives	<p>Besoin d'améliorer l'éducation spécifique à l'IC (p.128). Amélioration du travail interdisciplinaire (c.f patient non adhérent selon la provenance des informations reçues) p.128. Le support social peut être perçu comme un facteur important à l'adhésion chez les patients IC, donc prêter attention aux partenaires lors des programmes de gestion de l'IC.. p.128. D'autres études doivent être faites pour tester la relation entre les concepts de HBM et l'adhésion des patients IC. (p.129).</p>
Questions générales Présentation	
Evaluation globale	

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Van der Wal, M., H., L., Jaarsma, T., Moser, D., K., Van Gilst, W., H., & van Veldhuisen, D., J. (2007). Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. <i>Heart & Lung, 36(4)</i> , 253-261.
Résumé	<p>Contexte : l'adhésion avec les médicaments, le régime alimentaire et les surveillances des symptômes est un problème chez les patients IC. La non adhésion peut avoir pour conséquence une péjoration des symptômes et est associée aux croyances personnelles sur l'adhésion. Il est alors important de connaître quels sont les facteurs reliés à cette non adhésion afin de pouvoir intervenir de manière efficace. Objectifs : 1) Comprendre les croyances des patients concernant l'adhésion 2) Examiner l'association des données démographiques et des symptômes dépressifs aux croyances 3) Évaluer l'adhésion avec les médicaments, le régime alimentaire et la pesée quotidienne 4) Examiner l'association entre l'adhésion et les croyances du patient.</p> <p>Méthodes : 954 patients IC ont rempli un questionnaire concernant les croyances sur les médicaments et le régime alimentaire. 297 patients ont aussi complété un questionnaire concernant la surveillance des symptômes. Ont été évalués : les barrières et les avantages, les différentes croyances entre les groupes ainsi que les associations entre adhésion et croyances. Résultats : barrières : nycturie (57%), goût des aliments (51%), possibilité limitée de sortir (33%), oubli de se peser quotidiennement (26%). Les personnes avec des symptômes dépressifs ainsi que ceux avec peu de connaissances concernant l'IC → plus de barrières à l'adhésion des différentes composantes dans le traitement de l'IC. Adhésion auto-évaluée : médicaments (99%), régime alimentaire (77%), pesée (33%). Conclusions et implications : Il est important de diriger les interventions vers les patients présentant le plus de barrières à l'adhésion comme ceux avec des symptômes dépressifs ou ceux avec peu de connaissances concernant les traitements de l'IC. L'amélioration des connaissances reste donc une composante importante dans les programmes de gestion de l'IC.</p>
Introduction Enoncé du problème	L'IC affecte de nombreuses personnes en Europe, aux USA, au Japon, en Afrique du sud, et en Afrique. Il y a des hospitalisations communes chez les patients IC, dont la cause la plus importante est une non adhésion aux recommandations. De nombreux patients IC ne sont pas adhérents aux traitements (médicaments, régime alimentaire, restriction de liquide, pesée quotidienne, surveillance des symptômes). Améliorer l'adhésion est un objectif de plusieurs programmes de gestion de l'IC. Pour l'améliorer, il faut cibler les facteurs qui l'influencent.

	L'adhésion est liée aux croyances et aux connaissances des patients concernant ce traitement/ régime. Il est donc important de comprendre les bénéfices et barrières perçus par le patient (p. 254).
Recension des écrits	« Compliance » = « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne coïncide avec celui des prescriptions cliniques » (prendre des médicaments, suivre un régime alimentaire, modifications des habitudes de vie). Selon l'OMS : « la mesure dans laquelle, le comportement correspond aux recommandations convenues avec le personnel soignant. » (p. 253)
Cadre théorique ou conceptuel	Health Belief Model : Une personne entreprend un comportement de santé selon la menace de la maladie qui dépend de : la condition du patient, les données démographiques et de ses croyances (barrières = les conséquences négatives d'entreprendre un comportement de santé et bénéfices = avantages d'entreprendre une certaine action) (p. 254).
Hypothèses	Différences dans les croyances selon (p. 254) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les données démographiques (genre, âge, soutien social). 2. Patients avec symptômes dépressifs ont plus de croyances négatives concernant l'adhésion 3. Les patients avec plus d'expériences perçoivent plus de bénéfices au traitement (ex : ceux qui sont diagnostiqués depuis plus longtemps ou ceux avec plus de connaissances). 4. Les patients avec une IC plus sévère pourraient avoir d'autres croyances que ceux avec une IC modérée. <p>Questions de recherches :</p> <p>Quelles sont les barrières et les bénéfices les plus importants perçus par les patient IC concernant l'adhésion aux médicaments, au régime alimentaire et à la surveillance des symptômes (pesée quotidienne, observation des membres inférieurs et restriction de liquides).</p> <p>Quelles sont les associations entre les croyances et a) les variables démographiques (genre, conditions de vie), b) les symptômes dépressifs, c) la gravité de la maladie et d) les facteurs liés à l'expérience des patients avec IC (connaissances, histoire de l'IC). Quel est le pourcentage d'auto-évaluation en rapport à l'adhésion avec les médicaments, le régime alimentaire et la pesée quotidienne. Quelle est l'association entre les croyances du patients et l'auto-évaluation de son adhésion.</p>
Méthodes	P. 254 : descriptif et transversal avec des données de l'étude COACH (étude sur l'effet de l'éducation/enseignement et conseil dans l'IC).

Devis de recherche	
Population et contexte	P.254 : 1049 patients inclus dans l'étude COACH Critères d'inclusion : hospitalisation causée par les symptômes de l'IC, IC confirmée par un cardiologue, une maladie cardiaque sous-jacente a été la cause de l'IC. Critères d'exclusion : opération invasive dans les six derniers mois, participation à une étude avec des visites supplémentaires d'une infirmière de la recherche, évaluation pour un transplantation de cœur.
Collecte des données et mesures	Échelle des croyances de l'IC Echelle modifiée de l'adhésion de l'IC 20-item centre for epidemiology surveys- Depression scale (CES-D) Questionnaire à choix multiple comprenant 15-item sur les connaissances concernant l'IC en néerlandais
Déroulement de l'étude	Interview par une personne n'étant pas dans les soins, qui assistait au questionnaire également (ex : lisait les questions si besoin). Une infirmière de la recherche évalue les données cliniques et démographiques du dossier médical, durant l'hospitalisation. Questionnaire concernant : les croyances (sur les médicaments, le régime, la reconnaissance des symptômes), l'adhésion (aux médicaments, au régime et à la pesée quotidienne), les symptômes dépressif, les connaissances sur l'IC. Consentement écrit.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques descriptives ont été utilisées afin de faire ressortir les quatre bénéfices et barrières les plus nommés concernant l'adhésion aux médicaments, au régime alimentaire et à la reconnaissance des symptômes. L'intérêt de cette étude est d'examiner les différences entre des personnes qui avaient des barrières/bénéfices et ceux qui en n'avaient pas. Des analyses de régression logistique univariées ont été faites afin d'évaluer l'association entre l'adhésion et les bénéfices/barrières des patients. L'âge de 65 ans a été utilisé pour définir les personnes âgées des jeunes.
Présentation des résultats	2970 Patients ont été sélectionnés pour l'étude. 1'049 avaient les critères de l'étude COACH, ont été OK de participer et ont signé un consentement. 954 patients ont complété les échelles sur les croyances concernant les médicaments et le régime. 297 patients ont complété l'échelle concernant la pesée et la reconnaissance des symptômes qui a été introduite plus tard. Pas de différence significative entre les genres LVEF. 96% des

patients étaient dans la classe II ou III dans le classement NYHA. Moyenne de 4 mois pour la durée de l'IC. 40% avec symptômes dépressifs pendant l'admission.

Croyances : p.256

- En général, les patients voient plus de bénéfices que de barrière à l'adhésion aux médicaments.
- Score pour les sous-échelles des barrières et bénéfices au régime avec peu de sel étaient bas. C'est-à-dire, qu'ils ne voyaient pas beaucoup de barrières, mais pas beaucoup de bénéfices non plus.
- 57% pensent que la barrière la plus importante pour les médicaments est que les diurétiques réveillent pendant la nuit pour aller au WC (barrière).
- 38% pensent qu'il est difficile de sortir à cause des diurétiques (barrière).
- 84% pensent que les diurétiques aident à diminuer les œdèmes (bénéfice).
- 75% pensent que les médicaments améliorent la qualité de vie (bénéfice).
- Autres bénéfices des médicaments : diminue les chances de se faire hospitaliser (58%) et aide à mieux respirer (49%).
- **Barrière la plus importante pour le régime alimentaire est le goût de la nourriture (51%).**
- **33% disent qu'il est difficile d'aller au restaurant à cause du régime.**
- **87% des patients disent qu'en effet les aliments salés ne sont pas pour eux, leur état (bénéfices).**
- **87% disent que d'éviter la nourriture salée aident à éviter les œdèmes (bénéfices).**
- 26% oublient de se peser.
- 23% ne savent pas comment surveiller les pieds et leurs jambes.
- 48% disent que de reconnaître les symptômes (par la pesée) diminue les chances d'être hospitalisé (bénéfice).
- 46% disent que se peser maintient en bonne santé

Association entre croyances et les facteurs reliés :

Entre croyances et variables démographiques (genre, âge, cohabitation avec partenaire) :

- Plus d'hommes que de femmes disent que de prendre les médicaments (diurétiques) diminue les chances de se faire hospitaliser.
- Les personnes plus âgées ont tendance à oublier de se peser, ont plus de peine à sortir à cause des diurétiques et rencontrent plus de problèmes concernant le goût des aliments du régime pauvre en sel.

Entre croyances et symptômes dépressifs : p.258

- Patients avec des symptômes dépressifs perçoivent plus de barrières en prenant les médicaments et à faire le régime. Ils perçoivent peu de bénéfices à prendre les médicaments.
- 27% des patients avec des symptômes dépressifs (contre 12% patients sans symptômes dépressifs) s'inquiètent de leur IC lorsqu'on contrôle s'il y a présence d'œdèmes sur les pieds et les jambes.

Entre croyances et la sévérité de la maladie (NYHA) :

- Les patients avec IC plus grave font face à plus de barrières concernant le régime alimentaire et la reconnaissance des symptômes que les patients avec un stade II.

Entre croyances et vécu de la maladie :

- Il n'y a pas de différence significative entre les patients diagnostiqués IC depuis plus de 6 mois et ceux diagnostiqués il y a moins de 6 mois
- Les patients avec moins de connaissances rencontraient plus de barrières concernant les médicaments et le régime alimentaire de même qu'avec la reconnaissance des symptômes.
- 20% des patients avec un bas niveau de connaissances pensent qu'il est désagréable de prendre des diurétiques (11% des patients avec un haut niveau de connaissances pensent la même chose).
- 34% des patients avec un bas niveau de connaissances ne savent pas comment contrôler les œdèmes de leurs pieds et jambes (18% pour les patients avec un haut niveau de connaissances)

Compliance avec les médicaments, le régime alimentaire et la pesée quotidienne en association avec les croyances :

- La compliance avec les médicaments était élevée avec la population (n=954) → 98.6% des patients disent prendre toujours ou la plus part du temps leurs médicaments.
- 77% disent suivre toujours ou la plus part du temps les recommandations concernant le régime pauvre en sel (compliance considérablement basse).
- 33% disent être adhérents à la pesée régulière (quotidienne ou au moins 3X/semaine).
- Dans une analyse de régression logistique univariée, la compliance avec le régime alimentaire pauvre en sel a été associée à moins de barrières et plus de bénéfices.

Les patients adhérents à la pesée quotidienne reportent moins de barrières à la surveillance des symptômes que les patients non adhérents.

<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Horne et Weinman (1999) ont trouvé une relation entre les croyances concernant les médicaments et l'adhésion (p. 259). Benette et al. → même les patients sans enseignement perçoivent en général plus de bénéfices que de barrières à l'adhésion aux traitements de l'IC surtout pour les médicaments et le régime alimentaire (même si dans l'étude de Benette, les patients sont plus jeunes, M=64 an). Benette et al → score des croyances à l'adhésion aux médicaments et au régime → dans leurs études, les patients avec plus de barrières au régime alimentaire → les patients avec plus de problème à l'heure de manger : 44-49% étaient d'accord avec cette admiration comparé à 30% dans l'étude actuelle (p. 260). La barrière la plus importante chez Benett et al. ainsi que dans cette étude est le goût des aliments. Par contre, elle est plus élevée chez Benett (76%), peut-être à cause de la différence culturelle et les habitudes culinaires. L'étude de Jiang et al. investigate la relation entre la dépression et le risque accru de mortalité et de réhospitalisation chez les patients IC → une mauvaise adhésion pourrait en être la cause. Ekam et al. (2006) relèvent qu'une partie importante du suivi des patients est de repérer rapidement les croyances concernant les médicaments chez les patients.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>P. 259 : cela permet de voir plus précisément comment les patients considèrent l'adhésion avec les traitements d'IC → important pour guider les interventions futures afin d'améliorer la compliance. P. 260 : les patients avec des symptômes dépressifs sont plus à risque, donc on devrait prêter plus d'attention lors des programmes de gestion et intégrer les traitements antidépresseurs. Il est important d'évaluer les croyances concernant l'adhésion propres à chaque patient IC. L'éducation individualisée et les conseils devraient se faire en rapport avec les barrières et les bénéfices perçus individuellement. Recherches Futures : tester des interventions pour changer croyances des patients (des interventions adaptées) et voir l'effet sur la compliance des traitements chez les IC (p. 260), recherches sur l'amélioration des connaissances (par l'éducation et les conseils) et des symptômes dépressifs (traitement selon les guides de bonnes pratiques en psychiatrie) sur les croyances des patients concernant l'adhésion pour la modifier.</p>
<p>Questions générales Présentation</p>	<p>Claire et structurée.</p>
<p>Evaluation globale</p>	

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Neily, J., B., Toto, K., H., Gardner, E., B., Rame, J. E., Yancy C., W., Sheffield, M., A., Dries, D., L. & Drazner, M., H. (2002). Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure, <i>American Heart Journal</i> , 143 (1), 29-33
Résumé	<p>Contexte : le régime hyposodé est une composante importante de la prise en charge d'un patient IC. Cependant, il n'existe pas encore de donnée concernant la prise de conscience de ces patients à être capables ou non de suivre les guides de bonnes pratiques concernant la restriction sodée. Methode : mai 1999-2000, 50 patients de l'hôpital de Parkland Memorial CHF. Ils ont été évalués par des diététiciens dans plusieurs domaines (notions/connaissances des recommandations sur la restriction sodée, capacité à lire les contenus en sel sur les étiquettes de valeurs nutritives, capacité à trier 12 aliments avec une étiquette de valeurs nutritives dans des groupes de haute et basse composition sodique, connaissances concernant le sodium alimentaire (sodium knowledge score, de 0-10)). Ces connaissances ont été retestées après une ou plusieurs séances d'éducation avec un diététicien. Résultat : 14 % des patients sont au courant des guides de bonne pratique sur la restriction sodée au début, puis 42% après les séances. 58% des patients sont capables de lire le contenu du sodium sur les étiquettes de valeurs nutritives au début, et 92% après. Le score du test concernant le sodium alimentaire était à 3.8 (+/- 3.4) au début puis 5.8 (+/- 3.2) après. 8% avait eu un 10/10 au début, puis 26% après. Conclusion : manque de connaissances concernant l'apport de sodium alimentaire ce qui entrave à une bonne adhésion aux directives des restrictions sodées. L'éducation dirigée sur les apports de sodium au patient pouvant être un moyen pour corriger cela.</p>
Introduction Enoncé du problème	Il n'existe pas encore de donnée concernant la prise de conscience de ces patients à être capables ou non de suivre les guides de bonnes pratiques.
Recension des écrits	Restriction sodée (2-3g/jour) est considérée comme primordiale pour une bonne gestion des symptômes dans l'IC. Un apport élevé en sel peut empêcher une bonne régulation du sodium malgré les diurétiques. Ecart dans le régime : peut être dans >20% la cause de décompensation menant à une hospitalisation.
Cadre théorique ou conceptuel	

Hypothèses	Le but de cette étude est de déterminer les connaissances concernant le sodium alimentaire chez les patients IC et identifier les facteurs pouvant avoir une influence sur la non adhésion aux guides de bonnes pratiques sur la restriction sodée.
Méthodes Devis de recherche	
Population et contexte	Patients principalement indigènes et ethniques. 81 patients anglophones ont eu une évaluation concernant la compréhension de base sur le sodium alimentaire dans l'hôpital. 50 patients ont été retenus dû à leur disponibilité pour une réévaluation après trois mois et après une ou plusieurs séances d'éducation avec un diététicien.
Collecte des données et mesures	Données démographiques et concernant la gravité de l'IC ont été relevées des dossiers cliniques. La mesure d'apport de sodium alimentaire était calculée pour chaque patient. Une évaluation sur le sodium alimentaire a été refaite après 8 (+/- 3) mois après que le patient ait eu une séance avec le diététicien.
Déroulement de l'étude	Le consentement des patients a été obtenu et le protocole a été approuvé par « the insitutional Review Board of the University of Texas Southwestern Medical Center ».
Résultats Traitement des données	Variables exprimées en moyenne +/- Ecart type (SD) ou avec des médianes.
Présentation des résultats	Il y a trois tableaux disponibles. Avant les séances avec les diététiciens, 86% des patients ignoraient les guidelines concernant la restriction sodée et 56% des patients n'étaient pas capables de classer 12 aliments selon leur contenu en sel. 42% des patients de savent pas lire les étiquettes concernant les valeurs nutritives. 48% des patients n'utilisent pas les étiquettes pour les aider à trier les aliments. Finalement, le score concernant les connaissances sur le sodium alimentaire était bas ; seulement 8% ont eu un sans faute. Après les séances avec les diététiciens tous les scores se sont améliorés. Il a également pu être observé que les patients qui, avant l'étude, avaient déjà eu une éducation sur le sodium alimentaire, avaient plus de probabilité de connaître l'existence de guidelines, de pouvoir classer les aliments et d'avoir des scores plus élevés.

<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Il y a des lacunes importantes dans les connaissances de bases des patients IC d'un hôpital urbain, ce qui empêcherait une restriction des apports sodés correcte. Ces lacunes font penser que les patients avec une IC symptomatique ne sont pas capables de gérer leur apport en sodium n'ayant pas reçu plus d'informations, d'éducation sur les apports de sodium. Cependant, une éducation ciblée peut améliorer significativement les différentes mesures de connaissances sur le sodium. De nombreuses études ont démontré que des programmes de gestion de la maladie améliorent les résultats de soin. Les limites abordées : population urbaine uniquement. Les séances d'éducation ainsi que les évaluations étaient réalisées par la même personne ; il y aurait peut-être eu un encouragement non intentionnel. Malgré ce biais possible, les chercheurs ne pensent pas que cela puisse expliquer l'amélioration des résultats sur les connaissances du sodium alimentaire, étant donné qu'un bon résultat en début d'étude étaient déjà associé à une éducation précédente sur le sodium. Finalement, il n'y avait pas de groupe témoin dans cette étude, on ne peut donc pas exclure que le fait que les patients participaient, se rendaient à la clinique-même pour les IC, puissent avoir joué un rôle dans l'amélioration des résultats indépendamment des séances avec les diététiciens.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>On a pu voir dans cette étude, qu'une éducation ciblée peut améliorer significativement les différentes mesures de connaissances sur le sodium. D'autres études devraient être faites 1) pour voir si une meilleure connaissance de base conduit à un changement de comportement (adhésion à la restriction sodée) et donc à l'amélioration des résultats cliniques et 2) pour voir quelle partie des programmes d'éducation sur la gestion de la maladie est primordiale pour l'amélioration des résultats de soin (cette étude suggère que la partie éducation est un aspect important).</p>
<p>Questions générales Présentation</p>	<p>Il est bien structuré, mais les différentes façon de mesurer les connaissances concernant le sodium et les guidelines portent un peu à confusion.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>De nombreux patients n'ont pas les connaissances nécessaires pour gérer correctement leur IC, car un écart sodé peut conduire rapidement à des symptômes de décompensation. Il est alors important de rediriger les patients vers un diététicien ou vers un programme éducationnel pour la gestion de l'IC. En tant que soignant, on peut également être attentif et essayer de repérer les patients n'ayant pas les connaissances suffisantes pour une bonne gestion.</p>

Appendice I

Grille d'évaluation d'un article scientifique qualitatif (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	- Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	- Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	- La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	- Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	- Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ?				
	- Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? - Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
	- La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				

Population et contexte	- Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ? - Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
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) ?				
Rigueur	- Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	- Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ? - La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ? - Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	- Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
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 ?				

Appendice J

Grille d'évaluation d'un article scientifique quantitatif (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007)

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	- Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	- Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	- Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	- Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	- Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures) ?				
Méthodes Devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	- La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	- La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				

Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	- Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
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) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
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 ?				
	- Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	- Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	- Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
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 ?				

Appendice K

Grilles d'évaluation des articles sélectionnés

Références de l'article analysé :					
Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K., & Peden, A. R. (2005). Factors Related to Nonadherence to Low Sodium Diet Recommendations in Heart Failure Patients. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 4(331), 331-336.					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Les facteurs reliés à la non adhésion aux recommandations à un régime hyposodé chez les patients insuffisants cardiaques.
Résumé	- Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			But : explorer le vécu des patients insuffisants cardiaques concernant le régime hyposodé. Etude qualitative descriptive sur 20 participants. Trois thèmes : manque de connaissances, interférence avec la socialisation, manque de choix dans les aliments.
Introduction	- Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			USA : 550'000 nouveaux cas d'IC chaque année et 266'000 décès dûs à l'IC. Coûts de l'IC aux USA : \$25,8 billions chaque année, environ 60% de ce coût est pour les soins à l'hôpital. La première cause de réhospitalisation est la rétention d'eau qui est due à l'excès de sel dans l'alimentation.

					Il faut prendre en compte l'adhésion à ce régime. Cependant, malgré une faible adhésion aux recommandations alimentaires, peu de connaissances existent sur la raison pour laquelle les patients ont de la peine à adhérer au régime hyposodé.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Plus de 20 millions de personnes à travers le monde sont insuffisantes cardiaques. En Europe, la prévalence est à ~14 millions alors qu'aux USA elle est à 5 millions. On compte 3.6 millions de nouveaux cas par années. Depuis 1995 : progrès dans les thérapies pharmacologiques et non-pharmacologiques (dont l'alimentation). Le régime hyposodé est la pierre angulaire de la thérapie non-pharmacologique.
Cadre théorique ou conceptuel	- La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel est l'adhésion qui est le facteur influençant le régime alimentaire.
Question de recherche	- Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Exploration du vécu des patients insuffisants cardiaques concernant le suivi du régime hyposodé.
	- Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Une des premières études sur le sujet.

Méthodes Tradition et devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ? - Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? - Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Devis qualitatif descriptif. Interview semi-structurées de 20-50 minutes.
Population et contexte	- La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Patients d'une clinique → interviews faites à la maison ou à la clinique dans une salle privée selon le choix du patient. Les 20 patients : diagnostiqués d'IC due à un dysfonctionnement à la systole du ventricule gauche avec une fraction d'éjection de <50%, qui ont reçu une éducation thérapeutique de la part des professionnels de la santé concernant le régime hyposodé, pas de problèmes cognitifs pouvant affecter l'abilité à faire l'interview, ne pas vivre dans une unité de soins longue durée, dans une phase stable de la thérapie médicale sans récents réajustements majeurs.
	- Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les interviews ont été faites jusqu'à la saturation des données et que cela n'amenait plus de nouvelles informations.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Interviews semi-structurées enregistrées et transcrites et prise de notes.
	- Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	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			Patients contactés en personne ou par téléphone. Un rendez-vous était pris pour fixer l'interview à la clinique ou à la maison. L'interview était guidée et durait entre 20 et 50 minutes. Première question : « Parlez-moi de votre IC ». Autres questions : « Comment avez-vous appris à vivre avec un régime hyposodé ? », « Quel est votre vécu au niveau du régime hyposodé ? », « Quels sont les facteurs empêchant de suivre un régime hyposodé ? ». Consentement éclairé par écrit signé.
Rigueur	- Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Interviews semi-structurées et questions supplémentaires pour clarifier l'information ou pour mieux explorer les commentaires des patients.

Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?			X	Pour les données démographiques et cliniques : SPSS software, version 11.5. Les chercheurs ont utilisé des procédures d'analyse du contenu pour analyser les données des interviews dans le but de définir des thématiques. A chaque fois les deux chercheurs devaient être en accord sur les thématiques établies (consensus) après avoir analysé les données.
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Tous les participants avaient reçu une instruction pour un régime hyposodé. Cela leur a demandé un effort pour suivre ces recommandations. Les données font ressortir trois thématiques étant des raisons de non adhésion à un régime hyposodé : manque de connaissances, interférence avec la socialisation, manque de choix dans les aliments. Manque de connaissances : <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de patients éprouvent le besoin d'avoir des informations détaillées sur le régime hyposodé et des instructions écrites pour la préparation des mets. D'autres patients ont facilement listé les aliments riches en sel mais ont eu de la peine à lister ceux pauvres en sel. - Certains patients s'enseignent à eux-mêmes les principes du régime hyposodé. En effet, ils auraient reçu peu de détails concernant les aliments pauvres en sel et les stratégies à suivre le régime. Quelques patients avaient déjà eu à s'occuper d'un de leur proche avec un

					<p>régime hyposodé, ce qui les a aidés à faire la transition. Malgré leurs efforts, les patients ont de la peine à comprendre totalement l'importance de ce genre de régime.</p> <ul style="list-style-type: none">- Les patients ignoraient le sel « caché » dans la plupart des aliments et pense que de ne pas manger de sel se fait en laissant le pot de sel loin ou ne pas en rajouter pendant la préparation. Cependant, ils continuent à manger des aliments riches en sodium (bacon, soupe en sachet, etc.).- Il est évident que les patients n'ont pas compris la raison derrière ces restrictions alimentaires. Après avoir consommé des aliments riches en sel, certains patients ont remarqué des oedèmes ainsi qu'une difficulté à respirer. Cependant, ils ne l'associaient pas aux symptômes d'une fonction cardiaque altérée. De plus, les participants ont mis l'accent sur cet inconfort physique mais ne se sont pas inquiétés pour leur cœur.- Pour les participants ayant plusieurs régimes (pauvre en sel et pauvre en cholestérol, par exemple), il leur est difficile de faire la différence entre les aliments pauvres en sel ou pauvres en graisse.
--	--	--	--	--	--

				<p>Interférence avec la socialisation :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les patients se disent frustrés que les recommandations alimentaires soient en permanence dans leur vie de tous les jours. Par-dessus tout, manger dehors (au restaurant, chez des amis) est un obstacle à l'adhésion. Les restaurants, par exemple, utilisent toujours trop de sel dans la préparation des plats. Les patients trouvent aussi que leur régime limite la socialisation avec leurs amis et la famille (ne viennent plus manger à la maison car ils trouvent que ce n'est pas bon).- Le régime interfère également avec une activité à long terme au sein de l'église (repas à l'église).- Les amis et la famille ne comprennent pas toujours les restrictions d'un régime hyposodé et ne respectent alors pas les besoins de ce régime. Il contribue directement à créer des conflits au sein de certaines familles. Certains patients se sentent isolés dans leur propre famille qui continue de manger de la nourriture riche en sel. <p>Manque de choix dans la nourriture :</p> <ul style="list-style-type: none">- Un choix limité dans la nourriture pauvre en sel et un manque d'appétence ont été identifiés comme des barrières significatives à l'adhésion. Les patients sont consternés de voir que la
--	--	--	--	--

					<p>plupart des aliments contiennent bien plus de sel qu'ils ne sont autorisés à en prendre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour la plupart des patients, le problème de limiter le choix des aliments était d'autant plus grand lorsqu'il y a une restriction alimentaire supplémentaire (Coumadin thérapie, diabète). Ainsi, il arrive qu'ils ne peuvent même pas manger certains aliments pauvres en sel (fruits et légumes frais modifiant le niveau de Coumadin, par exemple). - Les patients disent que très peu d'aliments pauvres en sel leur donnent envie, ce qui restreint le choix de la nourriture. Les patients essaient de remplacer le goût du sel par d'autres choses (substitut du sel, mélange de saison). - Le manque de choix dans les aliments ressort comme un problème récurrent. Les patients disent avoir besoin de toujours planifier en avance les repas et qu'ils pensent constamment à la quantité de sel présente dans l'alimentation. Plusieurs personnes éprouvent des difficultés à garder un inventaire adéquat d'aliments pauvres en sel à la maison.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	- Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche	X			Le principal résultat de cette étude est que le manque de connaissances, l'interférence à la socialisation et le manque de choix dans les aliments sont les raisons majeures d'une non adhésion au régime hyposodé

	philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?			<p>chez les personnes avec IC. C'est une des premières études qualitatives qui explore directement ces raisons.</p> <p>Un résultat unique de cette étude est que les patients trouvent avoir reçu peu d'enseignement de la part des professionnels de la santé concernant le régime hyposodé. Ainsi, ils ressentent le besoin de se responsabiliser et de « s'éduquer » eux-mêmes, d'apprendre par eux-mêmes les principes du régime. Ce résultat est surprenant en regard de la valeur que donnent les professionnels de la santé à l'enseignement. Dans une autre étude, les infirmières disaient que le plus important sujet à enseigner aux patients avec IC était la médication et le régime. Kuehnemann et al. ont mené une enquête chez des professionnels travaillant avec des patients insuffisants cardiaques qui révèle que tous les membres de l'équipe pensaient que les informations concernant le régime étaient les plus importantes. Malgré ces résultats, cette étude montre que les croyances des professionnels concernant le régime ne se traduisent pas concrètement auprès des patients.</p> <p>Un grand nombre de chercheurs ont démontré l'importance de suivre un régime hyposodé pour la gestion optimale de l'IC (Bennett et al. : la rétention de sodium est la principale cause d'hospitalisation). La non adhésion au régime hyposodé et/ou aux médicaments cardiovasculaires sont les principaux</p>
--	---	--	--	--

				<p>facteurs d'une rétention sodée. Tsuyuki et al. ont reporté que l'excès d'apport en sel était la principale cause d'exacerbation des symptômes de l'IC.</p> <p>D'autres chercheurs ont trouvé les mêmes raisons de non adhésion que cette présente étude. Les patients ne mangent pas d'aliments pauvres en sel car ils pensent que ces aliments sont moins appétissants ou plus difficiles à cuisiner. Dans une étude de 50 participants (Neily et al.), 86% des patients ignoraient les lignes directrices du régime hyposodé et 42% n'étaient pas capables de lire la teneur en sel d'un label nutritionnel. Les patients insuffisants cardiaques sont aussi mis à l'épreuve par des limitations physiques, des émotions négatives, de l'anxiété et des restrictions alimentaires liées à d'autres pathologies comme le diabète.</p> <p>Riegel et Carlson ont interviewé des patients avec IC pour savoir comment l'IC affectait leur vie, évaluer leurs auto-soins et déterminer leur capacité à se soigner. Un des résultats majeur est que les patients n'étaient pas capables de juger l'importance de leurs symptômes, les interprétaient mal ou ne pensaient pas que leurs comportements d'auto-soins pouvaient les soulager. De plus, les patients ne font généralement pas le lien entre leur non adhésion au régime hyposodé et l'exacerbation des symptômes de l'IC.</p> <p>Happ et al. ont décrit les facteurs contribuant à la réhospitalisation des personnes âgées avec une IC.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Chaque patient avaient reçu un planning pour le retour à la maison fait par une APN (advanced practice nurse) qui était ensuite venue faire une visite à deux reprises au domicile. Evidemment, les patients qui n'adhéraient pas à leur médication et à leur régime ou qui avaient des comportements de santé à risque (fumer, par exemple) étaient plus à même d'être réhospitalisés. L'évaluation finale indiquait que les patients qui suivent le régime alimentaire, les restrictions hydriques et la médication avaient moins de risque d'être réhospitalisés.</p> <p>Bennett et al. se sont intéressés aux patients et à leur famille et leur façon de gérer les symptômes de l'IC. Certains patients reconnaissent qu'un apport excessif de sodium résulte en dyspnée. L'adhésion au régime hyposodé était une stratégie majeure que les patients utilisaient pour gérer les symptômes de l'IC. D'autres patients ont reporté que l'anorexie, les fringales et la perte de poids étaient des conséquences d'un manque d'appétence des aliments pauvres en sel.</p> <p>L'importance de précédentes études concernant les conséquences de non adhésion au régime hyposodé est à considérer (réhospitalisations).</p> <p>En examinant la littérature d'enseignement thérapeutique aux patients avec IC, il n'est pas vraiment surprenant que les patients se sentent mal informés concernant les aspects de leur régime.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Les résultats de cette étude suggèrent que les patients pourraient bénéficier d'interventions leur fournissant des informations alimentaires détaillées incluant des stratégies pour minimiser les interférences avec la socialisation et pour augmenter la disponibilité des aliments pauvres en sel. Les patients ont demandé des informations spécifiques verbales et écrites sur les aliments pauvres en sel, sur les stratégies pour manger dehors (restaurants, amis, etc.), des recettes, des conseils, des façons d'améliorer le goût et sur la façon de lire les différents labels. Les patients disent avoir reçu une séance d'éducation seulement.</p> <p>Ni et al. ont mené des interviews et ont trouvé que, bien que 80% des patients savaient qu'ils devaient limiter leur apport en sel, seulement un tiers évite constamment la nourriture salée. D'autres facteurs que le manque de connaissances peut avoir un impact sur l'adhésion comme par exemple l'éducation (si une personne a toujours mangé salé, elle voudra continuer).</p>
	- La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X		
	- Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Tous les patients ont été recrutés dans la même clinique. Les participants habitaient dans la même région et recevaient les soins primaires par des

					praticiens locaux. Néanmoins, ils ne sont pas représentatifs de toutes les personnes avec IC.
Perspectives	- Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Il est nécessaire de faire plus de recherches pour déterminer si vraiment les patients ne reçoivent pas d'éducation alimentaire ou si leur éducation est inopportune, inefficace ou est présentée d'une manière qui ne convient pas à chaque patient.</p> <p>Des recherches concernant les raisons pour lesquelles les patients ne sont pas adhérents pourraient aider à définir des interventions pour améliorer l'adhésion. En effet, les approches thérapeutiques ainsi que les interventions n'ont pas été construites sur des résultats de recherche et ne sont pas basées sur des preuves.</p> <p>Des études qualitatives devraient être réalisées concernant les conséquences d'une non adhésion au régime hyposodé. La première étape de prévention pourrait être d'ouvrir le dialogue sur les facteurs contribuant à la non adhésion. Ceci est nécessaire pour développer des interventions préventives ou des plans d'éducation pour améliorer cette adhésion.</p> <p>Il serait bénéfique que les chercheurs et les cliniciens reviennent en arrière et reconsidèrent leur approche thérapeutique afin d'établir des plans thérapeutiques adéquats avec des interventions EBN.</p> <p>L'enseignement devrait être fait sur plusieurs séances afin de diminuer la rétention d'information. Les membres de la famille devraient être invités aux séances d'éducation afin de mieux comprendre le</p>

					<p>régime et de diminuer les conflits. L'implication de la famille pourrait améliorer l'adhésion chez les patients limités en auto-soins. Des stratégies d'interventions prenant en compte la culture et les croyances religieuses pourraient promouvoir l'adhésion.</p> <p>Il est impératif de continuer à investiguer les raisons de la non adhésion et à développer des interventions EBN pour promouvoir l'adhésion au régime. Cela pourrait alors diminuer la rétention d'eau, l'exacerbation de l'IC, éviter des réhospitalisations inutiles et diminuer la mortalité tout en augmentant la qualité de vie chez les patients insuffisants cardiaques.</p>
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Structuré, détaillé tout en étant concis et clair.
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			En étant attentives aux facteurs influençant l'adhésion au régime hyposodé, les infirmières peuvent alors agir directement sur le/les facteurs/s concernés et apporter une éducation thérapeutique personnalisée.

Références de l'article analysé :					
Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Okoli, C. (2009). Heart Failure Patients' Perception on Nutrition and Dietary Adherence. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 8(5), 323-328.					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Les perceptions des patients insuffisants cardiaques concernant l'adhésion à la nutrition et au régime alimentaire.
Résumé	- Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>But : explorer les perceptions des patients concernant l'impact qu'a leur alimentation sur les symptômes de l'IC, leurs compréhensions des recommandations alimentaires reçues et les facteurs affectant leur adhésion aux recommandations alimentaires.</p> <p>Données qualitatives de 20 patients grâce à des interviews semi-structurées.</p> <p>La majorité des patients croient que l'alimentation peut avoir un impact sur la santé, mais moins de la moitié pense que le sel peut affecter les symptômes de l'IC. 85% ont reçu des recommandations, mais seulement 60% disent les suivre. Les facteurs influençant sont : les connaissances, la pression sociale et l'encouragement des autres, les situations sociales et l'alimentation comme source de plaisir.</p> <p>Les capacités à suivre un régime est un problème pour beaucoup de patients. Des stratégies ciblant ces facteurs pourraient promouvoir la décision des patients à suivre des recommandations alimentaires.</p>

Introduction Enoncé du problème	- Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			<p>Augmentation des admissions pour IC. Il y a 59% de réadmission dans les 19 mois. Plus de la moitié des réhospitalisations évitables sont dues à l'exacerbation des symptômes. L'exacerbation des symptômes de l'IC sont fortement en lien avec un manque d'auto-soins approprié dont le principal auto-soin problématique est l'adhésion aux recommandations alimentaires qui est toujours plus basse que l'adhésion au traitement médicamenteux. La non adhésion au régime alimentaire est reliée à l'exacerbation des symptômes ou à l'hospitalisation provoquée par la rétention de fluide. Les recommandations se basent énormément sur la quantité de sel par jour. Cependant, d'autres aspects concernant l'alimentation sont négligés : les connaissances, les préjugés. Il faut avoir une meilleure compréhension des perceptions qu'ont les patients insuffisants cardiaques afin de développer des interventions pour améliorer l'adhésion au régime alimentaire et ainsi prévenir de fréquentes réhospitalisations.</p>
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Admission et réadmission. - Adhésion = problème d'auto-soin. - L'adhésion, l'exacerbation des symptômes et l'alimentation. - Aspects négligés.

Cadre théorique ou conceptuel	- La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			L'adhésion.
Question de recherche	- Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Explorer les perceptions des patients concernant la nutrition et l'adhésion alimentaire dans l'IC.
	- Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			
Méthodes Tradition et devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ? - Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? - Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Etude qualitative descriptive. Le temps passé sur le terrain n'est pas clairement dit.

Population et contexte	- La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X				Les interviews ont été faites individuellement dans une salle à la Clinique Général et Centre de Recherche d'une université-hôpital associées à un centre médical académique. Les 20 patients avec IC ont été recrutés avec les critères d'inclusion suivants : diagnostic confirmé d'IC basé sur une documentation de signes et symptômes d'IC et une preuve radiologique dans le dossier médical, classe II à IV de la NYHA, anglophone. Critères d'exclusions : présence de problèmes psychiatriques ou cognitifs.
	- Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				X	Pas cité.
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X				Questionnaires et interviews semi-structurées.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X				
Déroulement de l'étude	- La procédure de recherche est-elle décrite ?	X				Les patients éligibles ont été identifiés par des infirmières de recherche. Les chercheurs les ont contactés pour leur donner toutes les informations

	- A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				concernant l'étude et les inviter à y participer. Un consentement libre et éclairé a été signé. Les chercheurs ont utilisé un questionnaire pour les caractéristiques démographiques puis des interviews semi-structurées ayant pour thématiques : 1) les perceptions concernant l'impact que peut avoir la nourriture sur les symptômes de l'IC, 2) la compréhension des patients concernant les différentes recommandations alimentaires reçues par les professionnels de la santé, 3) les facteurs influençant leur adhésion aux recommandations alimentaires. Chaque patient a reçu 20\$ pour sa contribution.
Rigueur	- Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Elles ont été enregistrées et transcrites en étant à chaque fois comparées par deux chercheurs. Les données ont été codées à partir des concepts paratagés. Les concepts ont été définis en consensus.
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont regroupés en thématiques étant donnée que c'est une étude qualitative : la compréhension de l'impact de la nourriture sur les symptômes de l'IC et les facteurs influençant l'adhésion aux recommandations alimentaires : les

					connaissances. la pression sociale et l'encouragement des autres, les situations sociales, l'alimentation comme une source de plaisir et de joie.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	- Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?			X	<p>Avec 14 hommes et six femmes avec IC ont participé à l'étude. La moyenne d'âge était de 58 +/-10 ans avec 90% de caucasiens. 60% étaient mariés et 75% vivaient avec quelqu'un. 70% avaient des fonctions physiques altérées. 85% disaient avoir reçu des explications verbales ou matérielles des professionnels de la santé concernant les recommandations alimentaires (sel et graisse). 40% se disaient non adhérents.</p> <p>La compréhension de l'impact de la nourriture sur les symptômes de l'IC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La majorité des patients pensaient que l'alimentation pouvait influencer positivement ou négativement leur santé et/ou leurs symptômes d'IC. Certains pensaient que tout ce qu'ils mangeaient pouvait avoir un impact. - Malgré une perception générale que l'alimentation pouvait influencer la santé, moins de la moitié des patients identifiait le sel comme un facteur affectant les symptômes de l'IC. Beaucoup de patients étaient capables de faire la connexion entre l'apport de sel et les symptômes. D'autres patients disaient que d'éviter le sel les faisait se sentir mieux.

					<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de patients qui identifiaient l'apport de sel comme un impact sur la rétention d'eau, n'étaient pas sûrs des autres impacts que pouvait avoir le sel sur d'autres symptômes. - Plus de patients se concentraient sur l'impact que la graisse pouvait avoir sur les symptômes que sur le sel. Certains étaient seulement capables de décrire une vague relation. - Plusieurs patients avaient également des fausses conceptions ou des connaissances erronées concernant l'impact de la nourriture sur les symptômes de l'IC (flux sanguins restreint, diabète, pas d'impact de la nourriture). <p>Les facteurs influençant l'adhésion aux recommandations alimentaires : les connaissances, la pression sociale et l'encouragement de l'entourage, les situations sociales, l'alimentation comme une source de plaisir et de jouissance.</p> <p>Les connaissances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seulement un patient a pu dire la quantité de sel recommandée par jour. D'autres décrivaient comment utiliser les informations reçues de la part des soignants pour sélectionner la nourriture appropriée (label). - Pour beaucoup, le manque/la rétention de connaissances concernant le régime hyposodé est un facteur limitant l'adhésion (comment distinguer les aliments sains, comment cuisiner
--	--	--	--	--	---

				<p>des repas pauvres en sel, comment déterminer les composants nutritionnels de la nourriture). D'autres avaient des difficultés à mettre en pratique ce qui leurs avait été recommandé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans d'autres cas, le problème était que les patients n'avaient pas reçu d'information du tout. <p>La pression sociale et l'encouragement de l'entourage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La pression sociale de l'entourage (professionnels de la santé, époux/ses, enfants) était perçue comme positive sur l'adhésion aux recommandations alimentaires. - Un manque d'encouragement et de soutien était identifié par les patients. <p>Les situations sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certaines situations sociales font que le choix d'aliments pauvres en sel reste limité au restaurant. - Les patients ont des difficultés particulièrement lors d'évènements sociaux et durant les vacances. <p>La nourriture comme source de plaisir et de jouissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il était difficile pour certains patients de changer leur alimentation à cause du plaisir de manger.
--	--	--	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> - Certains n'aiment pas le goût des aliments lorsqu'ils sont préparés selon les recommandations (peu de sel). - Pour d'autres, le plaisir obtenu en mangeant certains aliments étaient plus important que les bénéfices obtenus lors du changement d'alimentation.
	- La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			<p>Selon différentes études, le régime hyposodé est une composante importante de la gestion de l'IC. Bien que les patients essaient de suivre au mieux le régime, 40% disent ne pas suivre les recommandations. Ces résultats sont similaires au taux de non adhésion reporté d'une méta-analyse de 569 études sur l'adhésion à travers différentes populations de patients, un taux plus bas est reporté par d'autres études chez les personnes avec IC uniquement. Les données de cette étude ont été récoltées en demandant aux patients s'ils suivaient ces recommandations ou pas, alors que dans ces deux précédentes études, les données ont été récoltées au moyen de questionnaires. De plus, des différences peuvent se faire selon la façon dont l'adhésion est définie. Dans les études précédentes, l'adhésion est définie comme un « auto-retour » du patient sur le suivi du régime. Les taux de non adhésion mesurés par l'excrétion de sodium dans les urines de 24h se mesurent à 60%. Malgré tout, la non adhésion au régime hyposodé est</p>

				<p>commune, même si elle est mesurée par une auto-évaluation.</p> <p>Les barrières identifiées par les patients dans cette étude sont le manque de connaissances concernant le régime hyposodé, le manque de soutien de la part des amis et de la famille, les difficultés à trouver de la nourriture pauvre en sel en mangeant au restaurant et le goût. Ces barrières sont cohérentes avec d'autres études quantitatives. Cette étude permet de mieux comprendre comment ces barrières affectent l'adhésion aux recommandations alimentaires. Alors que la plupart des patients ont une compréhension globale de l'importance que peut avoir l'alimentation sur leur santé, beaucoup ne comprennent pas ou n'ont pas retenu les connaissances spécifiques. Ceci suggère que l'enseignement du régime hyposodé devrait être renforcé et fait régulièrement. L'enseignement devrait inclure la relation entre le sel et les symptômes de l'IC, les conséquences d'un apport excessif de sel, l'identification des aliments riches et pauvres en sel, les stratégies pour en parler avec la famille et les amis et la gestion des situations sociales (restaurant, par exemple). Le niveau de compréhension devrait être régulièrement contrôlé en posant des questions concernant les points précédents.</p> <p>Cette étude donne aussi des éléments concernant l'importance du rôle des professionnels de la santé et</p>
--	--	--	--	--

				<p>de la famille dans la volonté et la capacité du patient pour suivre un régime hyposodé. Des explications claires et appropriées ainsi qu'un encouragement émotionnel augmentent l'adhésion. Les patients ne recevant pas de recommandation ne font pas plus attention à la graisse ou au sel. Dans plusieurs études qualitatives, il était important pour les patients de recevoir du soutien social de la part des professionnels de la santé ou de l'entourage, les activités sociales et les relations sociales afin d'améliorer l'adhésion au régime alimentaire.</p> <p>Le goût de la nourriture pauvre en sel a été identifié comme une barrière commune dans le suivi d'un régime hyposodé. Le résultat le plus surprenant de cette étude est le niveau d'importance qu'accordent les patients au plaisir de manger. Certains patients prennent une décision consciente de ne pas suivre le régime hyposodé malgré qu'ils connaissent les conséquences potentielles simplement parce qu'ils considèrent plus important le plaisir de manger. Il est évident que beaucoup de patients ont une compréhension limitée des liens entre l'apport de sodium et les symptômes de l'IC. Il est possible que certains n'ont pas une totale appréciation des conséquences de leurs actions. En leur apportant les informations nécessaires, cela pourrait changer leurs priorités. Pour les patients qui considèrent le plaisir de manger plus important, des stratégies créatives</p>
--	--	--	--	--

					devraient être développées pour les aider à minimiser le risque associé avec les aliments favoris (manger des portions plus petites, s'assurer que les accompagnements soient pauvres en sel). Une bonne ressource pour les cliniciens est le site <i>Beginning a New Nutrition Conversation</i> . Ce site aide à amorcer une conversation franche sur l'importance que donnent les patients à leurs aliments favoris et comment les restrictions altèrent ce plaisir.
	- Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'étude a été réalisée dans une ville du sud des USA. Les connaissances des patients, leurs perceptions et leurs priorités peuvent varier dans d'autres régions. L'échantillon de l'étude est relativement jeune avec plus d'hommes et la majorité était caucasiens. Il faut faire attention dans la généralisation des résultats avec les personnes plus âgées, les femmes et les autres ethnies.
Perspectives	- Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Augmenter leurs capacités à faire le lien entre la nourriture et les symptômes de l'IC pour comprendre l'importance d'un régime hyposodé. Augmenter les connaissances pour reconnaître les aliments riches en sel ou non et enseigner des stratégies de cuisine pour augmenter l'adhésion. Renforcer cet enseignement et vérifier régulièrement avec le patient ce qu'il a compris ou ce qu'il sait. Entraîner les compétences de communication avec le patient envers sa famille, son entourage concernant l'importance de son régime et s'aider de la résolution

					<p>de problème pour gérer les situations sociales pouvant poser problème.</p> <p>S'assurer que les stratégies proposées correspondent avec les valeurs du patient, ses priorités concernant la nourriture sont fondamentales pour promouvoir l'adhésion.</p> <p>Rien n'est dit concernant les conséquences sur les travaux de recherche à venir.</p>
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	- L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références de l'article analysé : Bennett, S. J., Lane, K. A., Welch, J., Perkins, S. M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2005). Medication and Dietary Compliance Beliefs in Heart Failure. <i>Western Journal of Nursing Research</i> , 27(8), 977-993						
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Les croyances concernant la compliance au niveau de la médication et de l'alimentation dans l'IC. Le titre n'énonce pas de problème directement.	
Résumé	- Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Problème : les patients en IC doivent être compliants avec leur traitement médicamenteux et un régime alimentaire hyposodé. Objectifs : déterminer les plus grandes barrières et les plus grands bénéfices perçus dans la médication et l'alimentation. Evaluer la pertinence des échelles afin d'utiliser des interventions sur-mesure. La collecte de données a été faite à partir de deux études (Bennett et al., 1997 et Murry et al., 2001).</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéfice le plus cité de la médication : diminuer les chances d'être hospitalisé. - Barrière la plus commune de la médication : problèmes de sommeil. - Les patients ont des connaissances sur les bénéfices d'un régime hyposodé. - Le manque de goût de la nourriture est la plus grande barrière. 	

					- Les barrières et les bénéfices vis-à-vis de la médication et de l'alimentation peuvent mener à des interventions personnalisées.
Introduction Enoncé du problème	- Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les croyances des patients concernant les bénéfices et les barrières à l'adhésion sont une des raisons de non adhésion. L'IC est une condition handicapante prenant des proportions épidémiques. Il y a cinq mio. d'IC avec 500'000 nouveaux cas par année qui sont associés à un haut taux de mortalité et des hospitalisations coûteuses et fréquentes ainsi qu'une pauvre qualité de vie. Le manque d'adhésion face à la médication et au régime hyposodé est connu pour être un problème chez les patients avec IC et a été associée avec l'exacerbation des symptômes et l'augmentation des hospitalisations. Une des raisons de non adhésion sont les croyances des patients concernant les bénéfices et les barrières à la compliance.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'adhésion est un point clef : favoriser la longévité, diminuer les hospitalisations, améliorer la qualité de vie. Cependant, un manque d'adhésion est connue dans l'IC pour exacerber les symptômes et augmenter les hospitalisations. La compliance médicamenteuse chez les patients avec des maladies coronariennes augmentent le risque de mortalité (prouvé dans 20 études). Dans de précédentes études concernant l'IC, la non adhésion se monte de 10% à 88% avec les

					médicaments et 35% à 75% avec le régime hyposodé.
Cadre théorique ou conceptuel	- Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Utilisation du Health Belief Model. Interventions sur-mesure pouvant améliorer l'adhésion.
Hypothèses	- Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		X	Déterminer les barrières et les bénéfices perçus les plus rencontrés dans la médication et l'alimentation chez les personnes insuffisantes cardiaques.
	- Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ?	X			- 1 ^{ère} étude : devis descriptif transversal. - 2 ^{ème} étude : essai randomisé contrôlé. Participants contactés par des coordinateurs du projet de recherche ou par une étudiante infirmière. Après avoir accepté, les patients signent le consentement et complètent les questionnaires (BMCS et BDCS) durant une interview. Puis à huit et 52 semaines par téléphone. Le temps n'est pas indiqué.
Population et contexte	- La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?			X	Il n'y a pas de critères d'inclusion définis. Il est juste dit que ces personnes ont une IC.

	- La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	1 ^{ère} étude : 101 patients avec une IC. 2 ^{ème} étude : 205 patients avec une IC.
Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			BMCS : Beliefs About Medication Compliance Scale. BDCS : Beliefs About Dietary Compliance Scale. Ces échelles ont été développées spécifiquement pour les patients en IC pour déterminer leurs croyances face à la médication et à l'alimentation afin d'élaborer des interventions faites sur-mesure pouvant améliorer les comportements de compliance avec le but ultime d'améliorer la qualité de vie.
	- 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	Les données ont été collectées de deux études afin de déterminer les croyances dans les deux groupes en comparant les résultats. De plus, la démographie et les méthodes utilisées dans les études originales étaient différentes. Les lignes directrices suivent la protection des droits humains. Consentement éclairé. On ne sait pas comment les patients ont été choisis.

Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Analyse statistique avec SPSS Version 11 pour l'étude n°1 et SAS Version 8.2 pour l'étude n°2. La fréquence de chaque item des échelles a été comptée pour déterminer le plus commun des bénéfices et des barrières perçus de la compliance à la médication et à l'alimentation et pour identifier le pourcentage de patients dans chaque échantillon pouvant être éligibles à une intervention sur-mesure.
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Le bénéfice majeur à la compliance médicamenteuse était de diminuer les chances d'hospitalisation et d'œdème. D'autres bénéfices sont ressortis comme diminuer l'inquiétude, maintenir une qualité de vie, mieux respirer (entre autre grâce aux diurétiques). Environ 66% des patients disent que de prendre les diurétiques les aide à mieux respirer. Un tiers des patients ne reconnaît pas les bénéfices des diurétiques. Ces résultats suggèrent une meilleure éducation thérapeutique concernant les bénéfices de la compliance médicamenteuse. Selon l'échelle, 10% à 61% des patients seraient éligibles à recevoir des interventions spécifiques adaptées. Les barrières majeures au traitement médicamenteux sont que les diurétiques interrompent les nuits et rendent les trajets difficiles. D'autres barrières à la compliance médicamenteuse

				<p>ressortent : il est difficile de se souvenir de prendre les médicaments, trop de médicaments à prendre, inquiétudes qui viennent au moment de prendre les médicaments. D'autres patients (environ un quart) trouvent désagréable de prendre les diurétiques. Selon l'échelle, 31% à 83% des patients seraient éligibles à recevoir des interventions spécifiques adaptées.</p> <p>Bénéfices au régime hyposodé (95.5%) : « La nourriture salée n'est pas bonne pour moi », « Manger peu de sel garde mon cœur en bonne santé », « Manger peu de sel m'évitera des oedèmes ». Un tiers des patients ne sentent pas de bénéfice du régime concernant une meilleure respiration. Selon l'échelle 4% à 31% des patients seraient éligibles à recevoir des interventions spécifiques adaptées.</p> <p>La barrière la plus fréquente (69%) au régime hyposodé est le goût de la nourriture (inappétence). La seconde barrière est de ne pas pouvoir aller au restaurant ou à d'autres endroits pour manger (46.5%). Le coût des aliments pauvres en sel et le temps que prend à respecter les restrictions est un problème pour un quart des patients. Il est également difficile de comprendre le régime pour 17.5% des patients. Selon l'échelle 14% à 76% des patients seraient éligibles à recevoir des interventions spécifiques adaptées.</p>
--	--	--	--	--

					<p>Une comparaison des bénéfices et des barrières à la compliance médicamenteuse et au régime alimentaire a démontré que les résultats étaient remarquablement similaires dans les deux échantillons ainsi que sur les 52 semaines pour l'étude n°2. Une analyse de l'étude n°2 montre que les croyances restent constantes dans le temps sans intervention.</p> <p>Les données pour les semaines huit et 52 sont disponibles sur demande chez les auteurs.</p>
<p>Discussion 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 résultats de cette étude donnent des connaissances sur la fréquence des croyances qu'ont les patients insuffisants cardiaques sur la l'adhésion médicamenteuse ainsi qu'avec le régime hyposodé mais également sur la pertinence des sujets pour la création d'interventions spécifiques adaptées. Les 306 patients des études étaient informés de certains bénéfices de leur médication en reconnaissance que cela pouvait réduire le risque d'hospitalisation et prévenir les œdèmes. Le plus surprenant résultat est que plus d'un tiers des patients ne reconnaissent pas le bénéfice des diurétiques qui permettent de réduire la dyspnée. Il est normal que si les patients ne ressentent pas d'effets physiques de leur médication, ils sont alors moins motivés à être adhérents. Ces résultats peuvent aussi être influencés par le fait que la</p>

				<p>dyspnée est le plus fréquent symptôme de l'IC et peut être difficile à gérer.</p> <p>La perturbation du sommeil et la restriction des activités sociales étaient d'autres barrières à la compliance médicamenteuse. La perturbation du sommeil peut même représenter un plus gros problème comme Naughton le ressort. Par exemple, l'apnée du sommeil est associée à des conséquences négatives sur l'IC chez un grand nombre de patients.</p> <p>Les résultats de la BMCS dans ces échantillons ont été cohérents avec d'autres études. Par exemple, sur 9'486 problèmes reportés par 139 patients âgés avec des co-morbidités cardiaques, ces personnes devaient faire avec la surveillance des symptômes physiques et émotionnels, l'administration des médicaments, les soins ou les problèmes/solutions au niveau de la mobilisation et de la nutrition (Brooten et al.). Un grand nombre de problèmes avec la médication et la non adhésion ont été remarqués dans un échantillon de 26 patients insuffisants cardiaques (effets secondaires gênants, prises oubliées, trop de pilules à prendre, difficultés à être loin de la maison, anxiété) (Riegel & Carlson).</p> <p>Les résultats de cette étude sont uniques car ils donnent des connaissances sur les croyances et les raisons de non-compliance en utilisant des instruments valides et fiables.</p>
--	--	--	--	--

				<p>D'après plusieurs études, une pauvre compliance envers le régime hyposodé est fréquente et les résultats de cette étude donnent des connaissances supplémentaires sur les difficultés à suivre ces restrictions. Presque un tiers des patients ne ressentait pas la sensation d'être mieux ou de respirer plus facilement lorsqu'ils suivaient les restrictions, ce qui peut expliquer une faible adhésion. Tout comme la médication, le résultat peut être associé aux sévères dyspnées vécues par les patients.</p> <p>Deux tiers des patients déclarent que le faible goût des aliments pauvres en sel est une barrière. Manger au restaurant ou à d'autres places loin du domicile est difficile pour presque la moitié des patients. D'autres (14% et 21%) trouvent que le coût du régime, le temps de préparation et le manque de connaissances sont problématiques.</p> <p>L'anxiété apparaît comme un problème pour certains patients qui déclarent que prendre leur médication et suivre ce régime l'augmente. L'anxiété est connue pour contribuer à l'activation du système sympathique dans l'IC et pourrait alors se montrer dangereux physiquement et émotionnellement pour ces patients.</p> <p>Le modèle des croyances de santé donne un cadre utile dans l'élaboration d'interventions.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Les résultats étaient généralement uniformes chez les 306 patients dans les deux échantillons malgré des différences dans la procédure de récolte de données, ce qui soutient que chaque item des échelles de mesure est approprié comme base pour de futures interventions spécifiques.</p> <p>Les résultats de cette étude étaient limités par l'utilisation d'un échantillon de commodité recruté d'un type spécifique de milieu.</p> <p>La BMCS est faite principalement pour l'utilisation des diurétiques et a été développée au préalable pour des essais cliniques, démontrant l'efficacité des antagonistes bêta adrénergiques (Adams et al.). Les patients peuvent alors avoir des barrières à l'adhésion médicamenteuse avec les antagonistes bêta adrénergiques.</p> <p>En résumé, cette étude apporte des connaissances sur la fréquence des bénéfices et des barrières à l'adhésion médicamenteuse ainsi qu'au régime hyposodé chez les patients avec IC et soutient la fiabilité des items des échelles BMCS et BDCS.</p>
	- Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	
	- Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		Les résultats sont limités par l'utilisation d'échantillons de commodité recrutés par des paramètres spécifiques.

Perspectives futures	- Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Améliorer les connaissances et la compliance des patients concernant la médication (diurétique). Les échelles sont appropriées pour guider des interventions personnalisées.
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 écrit, clair. Cependant, le déroulement de l'étude et de la façon de procéder est peu claire.
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			Les barrières ainsi que les bénéfices perçus sont clairs dans l'étude. Ainsi, les infirmières peuvent se baser dessus afin d'établir un plan d'intervention personnalisé pour chaque patient.

Références de l'article analysé : Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L. P., Smith, C. S., Trupp, R., Chung, M. L., Moser, D. K. (2008). Relationship of Heart Failure Patients' Knowledge, Perceived Barriers, and Attitudes Regarding Low-Sodium Diet Recommendations to Adherence. <i>Progress in Cardiovascular Nursing</i> , 23(1), 6-11.						
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			La relation entre les connaissances, les barrières perçues et les attitudes face aux recommandations d'un régime hyposodé et l'adhésion.	
Résumé	- Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>But de l'étude : décrire les perceptions des patients en IC en regard des instructions reçues pour suivre un régime hyposodé et les bénéfices, les barrières et l'aisance ainsi que la fréquence à suivre ce régime.</p> <p>Déroulement de l'étude : 246 patients IC recrutés dans des centres médicaux académiques des USA et de l'Australie. De plus, 145 patients ont fourni une récolte urinaire sur 24h pour mesurer le taux d'excrétion du sodium.</p> <p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80% disent avoir reçu des recommandations pour un régime hyposodé. Cependant, les instructions spécifiques étaient souvent oubliées. - Les patients se disant le plus adhérents avaient des taux urinaires de sodium moins élevés. 	

					<ul style="list-style-type: none"> - Les attitudes face à la difficulté et les bénéfices perçus de suivre le régime ne sont pas reliés à l'excrétion du sodium. - Les données sur les attitudes et les barrières donnent des éléments afin de guider des stratégies pour améliorer l'adhésion.
Introduction Enoncé du problème	- Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La plupart des personnes en IC ont des difficultés à suivre un régime hyposodé.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Le surplus de liquide est l'une des raisons majeures pour l'exacerbation d'une IC qui mène à une hospitalisation. Malgré une non adhésion connue, il y a très peu de connaissances sur les barrières perçues et les attitudes face au régime alimentaire. Cela est pourtant important afin de poser des interventions efficaces pour augmenter l'adhésion au régime hyposodé.
Cadre théorique ou conceptuel	- Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Concept d'adhésion.
Hypothèses	- Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Il y a très peu d'informations concernant les barrières perçues et les attitudes face à un régime hyposodé chez les personnes en IC. Cette information est vitale dans l'élaboration et l'implémentation d'interventions efficaces pour améliorer l'adhésion à ce régime. Il est d'autant important de déterminer la relation des attitudes et des barrières avec l'adhésion actuelle à un régime hyposodé. Buts de l'étude : décrire la perception des patients avec IC concernant les instructions données par leurs

					soignants sur le régime hyposodé, avec quelle régularité ils suivent ce régime, avec quelle aisance ils le font ainsi que les bénéfices perçus de ce régime. Décrire les connaissances des patients en IC, leurs attitudes et les barrières face à un régime hyposodé. Déterminer la relation entre les connaissances, les attitudes et les barrières face à l'adhésion.
	- Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis de recherche n'est pas clairement explicité. Cependant, l'utilisation d'analyses statistiques permet de définir un devis quantitatif.
Population et contexte	- La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Contexte : services de cardiologie de quatre centres médicaux académiques aux USA et en Australie. Dans chaque site, les patients ont reçu des instructions pour suivre le régime hyposodé. Critères d'inclusion : diagnostic confirmé d'IC avec une fonction systolique préservée ou non-préservée, pas d'infarctus dans les trois mois précédents, prendre des doses stables de médicaments au moment de la participation à l'étude, pas de problèmes cognitifs, pas d'antécédents de cancer, de diabète mal contrôlé, de maladies de la thyroïde, du foie ou des reins, vivre à la maison. Un consentement éclairé a été signé par chaque patient.

	- La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			246 patients avec IC dont 145 qui ont procédé à une récolte urinaire sur 24h.
Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Les données sociodémographiques et les caractéristiques cliniques ont été récoltés lors de l'interview et grâce aux rapports médicaux (sexe, âge, status marital, niveau d'éducation, comorbidités, médication de l'IC, classification NYHA, cause de l'IC, fraction d'éjection ventriculaire).</p> <p>Les attitudes, les barrières et les connaissances face au régime hyposodé ont été mesurées grâce au DSRQ (Dietary Sodium Restriction Questionnaire). Le DSRQ est un questionnaire-papier comportant 46 items répartis en trois sections. La fiabilité et la validité de cet instrument ont été démontrées.</p> <p>Le niveau d'adhésion au régime hyposodé a été déterminé grâce à la mesure du taux de sodium dans les urines de 24h chez 145 patients en comparant aux recommandations de 2-3gr de sel par jour de la Heart Failure Society of America.</p>
	- Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			<p>Données sociodémographiques et caractéristiques cliniques.</p> <p>Les attitudes, les barrières et les connaissance face au régime hyposodé.</p> <p>Le niveau d'adhésion au régime hyposodé en lien avec le taux de sodium éliminé dans les urines.</p>

Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - La procédure de recherche est-elle décrite ? - A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ? 	X			<p>Les données démographiques et cliniques étaient récoltées lors d'une visite au centre de recherche clinique général dans chaque site de participation. Les patients ne faisant pas de récolte urinaire étaient interviewés et ont rempli le DSRQ lors de la visite. Les patients faisant la récolte urinaire de 24h ont reçu des instructions écrites et verbales concernant la collection d'urine ainsi qu'un collecteur d'urine (urinal, etc.). Les urines étaient amenées par le patient au site-même ou un assistant de recherche venait les chercher. A ce moment-là, les patients complétaient le DSRQ. Trois patients n'ont pas réussi à collecter correctement l'urine et ont recommencé pour donner un échantillon complet.</p> <p>La commission d'examen institutionnel a donné sa permission pour la réalisation de l'étude.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les données ont été analysées avec le programme SPSS software version 11.5 et sont présentées sous forme de moyennes avec un écart-type, de médians avec les percentiles 25 et 75, ou des fréquences et des pourcentages. Les comparaisons ont été faites avec le Student <i>t</i> test, Mann-Whitney <i>U</i> ou le chi-square selon ce qui était approprié.
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires,	X			Résultats commentés, sous forme de graphiques et de tableaux. Pour cette étude, 246 patients avec IC ont participé dont 145 ont récolté leur urine sur 24h. Leurs

	tableaux, graphiques, etc.) ?				<p>données sociodémographiques ne variaient pas si ce n'est la moyenne d'âge légèrement plus jeune du premier groupe. Il n'y avait pas de différence caractéristique entre les patients des USA et de l'Australie.</p> <p>La perception des patients face aux instructions données concernant un régime hyposodé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80.1% disent avoir reçu des recommandations pour suivre un régime hyposodé contre 19.9%. Le souvenir de ces recommandations est montré dans le tableau II. Seulement 18% disent toujours suivre le régime hyposodé, alors que 57% disent généralement le suivre. 21% le suivent parfois et 4% jamais. 54% des patients ayant un régime prescrit disent qu'il est difficile ou très difficile de le suivre alors que pour 46% il est facile ou très facile. Concernant la question : « Est-ce que vous croyez que le régime aide leur condition cardiaque ? », pour 10% des patients pas du tout, 50% légèrement et 40% beaucoup. - Il y a un lien entre la perception des patients concernant leur aisance à suivre le régime et avec quelle attention ils disaient le suivre ($p = .001$). Sur les 34 patients trouvant très difficile à suivre le régime hyposodé, 20.6% disent ne jamais le suivre. Et sur les 23 patients trouvant très facile de le suivre, 78.3% disent toujours le suivre.
--	-------------------------------	--	--	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> - Il y a un lien entre l'attention des patients à suivre ce régime et leur perception des bénéfices pour leur cœur à suivre ce régime ($p = .001$). Sur les 8 patients disant ne pas suivre de régime hyposodé, 62.5% disent que ça n'aide pas du tout leur cœur. Et sur les 26 patients disant toujours suivre ce régime, tous ressentent que ça aide beaucoup leur cœur. - Le pourcentage des patients disant suivre un régime hyposodé la plupart du temps et qui trouvent facile à le suivre augmente en même temps que leur perception des bénéfices pour leur cœur ($p < .01$). Sur 60 des 157 patients qui pensent que suivre un régime hyposodé aide beaucoup leur cœur, 90% disent toujours suivre le régime et trouvent très facile de le faire ($p = .001$). Au contraire, chez 7.3% des patients croyant que suivre un régime hyposodé n'aide pas du tout leur cœur, 71.4% disent ne jamais l'avoir suivi et qu'il était difficile de le faire ($p = .01$). <p>Connaissances, barrières perçues et attitudes concernant le suivi d'un régime hyposodé : tableau 3.</p> <p>L'excrétion urinaire de sodium sur 24h :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La moyenne d'excrétion urinaire de sodium sur 24h était de 3723 +/- 1970 mg. Il n'y avait pas de différence entre les patients des USA et de l'Australie. Seulement 40% des patients étaient
--	--	--	--	--	---

					<p>en-dessous de 3000 mg. Il n'y a pas de différence entre les patients qui disent avoir eu une prescription pour un régime hyposodé et ceux qui disent ne pas en avoir eu ($p = .64$).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients qui disent suivre souvent le régime ont un taux de sodium dans les urines plus bas que ceux reportant suivre le régime parfois ou jamais ($p = .001$). Au contraire, il n'y avait pas de différence entre ceux disant qu'il était difficile de suivre le régime et ceux pour qui ça ne l'était pas ($p = .85$). Le niveau des bénéfices perçus pour suivre un régime hyposodé n'est pas relié au taux de sodium dans l'excrétion urinaire de 24h.
<p>Discussion 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>Malgré que la majorité des patients ait reçu des recommandations pour suivre un régime hyposodé et dit les avoir comprises ainsi que 74% disent suivre ce régime la plupart ou tout le temps, seulement 40% des patients sont adhérents selon le taux de sodium dans les urines de 24h. Une des explications serait que les patients se souviennent de façon limitée des informations. Quand il leur a été demandé « Qu'est-ce qui vous a été recommandé ? », la plupart des patients répond de faire attention à la quantité de sel mangée ou d'éviter d'ajouter du sel dans la nourriture.</p> <p>Il n'a pas été possible de savoir si ce manque d'informations était dû à des souvenirs moindre ou à un enseignement inadéquat de la part des soignants. Les données de précédentes recherches révèlent que les</p>

				<p>patients avec IC ressortaient un manque de concentration et une mémoire réduite. Ceci est soutenu par le fait qu'un tiers des patients de l'étude ne se souvenait pas des informations reçues. Concernant le peu d'informations retenues par les patients, Neily et al. ressortent que peu de patients (34%) se souviennent des instructions après avoir reçu des informations de la part des professionnels de la santé. Toutes ces données amènent au renforcement de l'enseignement qui devrait être régulier même lorsque les patients disent l'avoir compris. Les données montrent également que les informations retenues sont souvent fausses. Ainsi, il est important de vérifier régulièrement les connaissances afin de corriger ces mauvaises compréhensions.</p> <p>Le fait de limiter le sel dans l'alimentation est l'une des premières choses dont se souviennent les patients, ce qui suggère que c'est l'un des points-clés enseigné par les professionnels de santé. Cependant, cette recommandation n'a que très peu d'effet. Il est important que ces recommandations soient étendues lors de la commande au restaurant (barrière perçue). Une bonne ressource est le site <i>Healthy Dining Finder</i> qui a été financé par les Centers for Disease Control and Prevention et qui renseigne sur les différentes informations nutritionnelles des restaurants du pays.</p> <p>Pour améliorer les connaissances sur comment suivre un régime hyposodé, des stratégies pour changer les perceptions pourraient aussi améliorer l'adhésion. En</p>
--	--	--	--	---

				<p>effet, les patients trouvant qu'il était facile de suivre le régime reportent plus facilement qu'ils suivent le régime. Le fait d'identifier les personnes qui trouvent qu'il est difficile de suivre ce régime et de changer leurs perceptions pourrait améliorer leur adhésion. Dans un même temps, le renforcement positif des bénéfices du régime hyposodé pourrait diminuer les difficultés perçues dans le suivi du régime et donc améliorer l'adhésion. Une des plus grandes barrières reportée par les patients est reliée aux amis et à la famille. La plupart des membres de la famille ne mange pas la même chose et la plupart des amis ne sert pas des aliments appropriés. Ce n'est pas encore possible de savoir si cela est dû au manque de connaissances ou au manque de considération. De ce fait, un travail avec les patients sur comment informer sa famille et ses amis semble être une bonne stratégie.</p>
	- Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		<p>Concernant le peu d'informations retenues par les patients, Neily et al. ressortent que peu de patients (34%) se souviennent des instructions après avoir reçu des informations de la part des professionnels. D'après une recherche de Mattes et Donnelly, seulement 5% de la dose quotidienne de sel provient du sel de table et seulement 6% du sel ajouté durant la préparation. La majorité du sel provient de la nourriture pré-faite (70%). D'autres recherches démontrent qu'avoir un/une époux/-se impliqué augmenterait l'adhésion.</p>

	- Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<p>La rétention sodique est une réponse physiologique de l'IC qui pourrait alors altérer la relation entre l'apport de sel et l'excrétion de sel dans les urines. Les patients de l'étude étaient traités avec des diurétiques et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion, ce qui inverse la rétention de sodium et normalise le flux de sodium. Pour s'assurer que c'était le cas, les chercheurs ont pris des patients stables au niveau médicamenteux depuis au moins trois mois avant l'étude.</p> <p>Il peut y avoir eu des différences dans la façon de traiter les patients entre les USA et l'Australie. Cependant, ils ont été recrutés dans les cliniques suivant les mêmes guidelines. Le mélange de professionnels de la santé était similaire entre les sites.</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>Cette analyse concernant le suivi d'un régime hyposodé amène à avoir une systématique comprenant le renforcement des connaissances, la pratique des compétences, la clarification des fausses perceptions et l'amélioration du partage d'informations. Les chercheurs ne proposent pas de futurs travaux de recherche à mener.</p>
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			

Evaluation globale	- L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			
--------------------	--	---	--	--	--

Références de l'article analysé :					
Van der Wal, M., H., L., Jaarsma, T., Moser, D., K., Van Gilst, W., H., & Van Veldhuisen, D., J. (2010). Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands, <i>Heart & Lung</i> , 39(2), 121-130					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Examen qualitatif de l'adhésion chez les patients IC aux pays-bas.
Résumé	- Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			P. 121 Contexte : la non adhésion avec les recommandations pharmacologiques ou non pharmacologiques est un problème important chez les patients insuffisants cardiaques provoquant la péjoration des symptômes et des réadmissions. Il y a de nombreuses informations concernant les facteurs influençant l'adhésion au régime pour IC, cependant, la perspective des patients est peu connue. Dans cette étude, les raisons et motivations des patients, depuis leur point de vue, à adhérer à un régime pour IC ont été investiguées. Puis, la façon dont les patient gèrent au quotidien les recommandations a également été étudiée. Méthode : étude qualitative descriptive, 15 patients interviewés sur les raisons pour l'adhésion, les barrières à l'adhésion, les interventions qui les aidaient à une meilleure adhésion au traitement, au régime hyposodé, aux restrictions de liquides ainsi qu'à une pesée quotidienne. Résultats : raison pour la compliance : peur d'être réhospitalisé et les symptômes de l'IC. Les barrières à l'adhésion : reliées

					à l'aspect négatif du régime comme le mauvais goût de la nourriture et la soif. La plupart des patients a essayé des changements dans leur mode de vie, mais certains problèmes et malentendus avec le régime sont évidents. Les patients-mêmes ont donné des astuces qui aident à être plus adhérents. Conclusion : afin d'améliorer l'adhésion chez les patients IC, il faut viser des interventions adaptées aux patients, concernant des problèmes spécifiques et en accord avec les croyances du patient sur le régime. Il faut viser à ce que le patient applique le régime dans son quotidien. Les soignants doivent amplifier les avantages à une adhésion aux traitements, motiver le patient et se concentrer sur les barrières individuelles à l'adhésion, les lacunes en connaissances et malentendus concernant les traitements. Le plus souvent, ils ont besoin de conseils concernant le régime alimentaire et les médicaments. Des groupes d'interventions, ainsi que des conseils entre les patients eux-mêmes, peuvent les aider à appliquer leur régime pour IC.
Introduction Enoncé du problème	- Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			P.121 : Il y a un grand nombre de personnes IC traitées sur la base des recommandations aussi bien pharmacologiques que non pharmacologiques qui inclues une restriction sodée, liquidienne, éducation sur les surveillances a effectuer et reconnaître les symptômes de l'IC grâce à une pesée quotidienne et à l'observation de possibles oedèmes. L'IC est chronique et se péjore avec le temps. Le traitement devient de

				<p>plus en plus complexe : plus de médicaments, de régimes alimentaires, de restrictions liquidiennes et de symptômes.</p> <p>L'adhésion aux traitements pharmacologiques et non pharmacologiques est un problème important de santé.</p> <p>Compliance = la mesure dans laquelle le comportement d'une personne coïncide avec les conseils du personnel soignant → utilisé dans cette étude comme adhésion à cause de sa grande utilisation.</p> <p>Adhésion (P.122) = la mesure dans laquelle le comportement d'une personne (prendre des médicaments, suivre un régime alimentaire, et/ou changer des habitudes de vie) coïncide avec les recommandations → accord du patient avec les recommandations.</p> <p>La compliance fait partie des auto-soins (action pour maintenir la vie, les fonctions, le développement personnel et le bien-être). C'est un phénomène multidimensionnel → interaction entre facteurs socio-économiques, facteurs liés aux conditions (les comorbidités, les impacts des symptômes) et les facteurs liés au patient (connaissances, croyances, motivation).</p>
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X		<p>P.122 : Les variables démographiques, socio-psychologiques et leur influence sur la compliance ont été étudiées. Cependant, il y a peu de connaissances sur les croyances telles que les patients les perçoivent</p>

				<p>ainsi que « les indices à l'action » qui aident les patients à avoir une meilleure adhésion. De plus, la menace perçue de la maladie comme motivation pour adhérer au traitement n'as pas été étudiée chez les patients IC.</p> <p>Une mauvaise adhésion au traitement pharmacologique ou non-pharmacologique aboutit en un mauvais traitement de la pathologie qui mène à des symptômes péjorés et à une utilisation plus importante du système de santé. Dans des études récentes, on peut voir qu'une non adhésion aux médicaments et au régime alimentaire est responsable de 21 à 55% des réhospitalisation des IC, à des hospitalisations plus longues et plus coûteuses.</p> <p>Une étude hollandaise : 83% des patients avec une IC disent être adhérents au régime alimentaire, 73% aux restrictions liquides et seulement 35% disent se peser 3X ou plus/semaine. D'autres études ont les mêmes résultats ou pires.</p> <p>D'autres études disent que les croyances, le manque de connaissances et un pauvre soutien social influencent la mauvaise adhésion.</p> <p>De nombreuse études concernant les interventions ont pour but d'améliorer la compliance avec le traitement d'IC avec comme hypothèse qu'une meilleure adhésion améliore les résultats de soins. Même si la plupart des études montre des différences significatives entre les groupes témoins et ceux des</p>
--	--	--	--	---

					<p>interventions (programme de gestion de l'IC), beaucoup de patients restent non adhérents à leur traitement. Ex : résultat d'études après des interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Après intervention intensive d'une infirmière, 50% d'adhésion. - Intervention infirmière → meilleure connaissances sur restriction sodée, mais seulement 35% des patients évitent les aliments salés et 52% lisent les étiquettes.
Cadre théorique ou conceptuel	- La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			P.122 : Health Belief Model → un individu entreprend un comportement pour la santé selon la menace qu'il perçoit de la maladie. Cette perception peut être influencée par différents facteurs démographiques (âge, genre, habitat, niveau d'éducation) facteurs sociopsychologiques (ex : symptômes dépressifs) et des indices à l'action (ex : connaissances et conseils des autres). D'autre facteurs peuvent influencer la compliance : les bénéfices ou barrières perçues (croyances), les comportements recommandés.
Question de recherche	- Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Le but de cette étude est d'explorer les raisons et les motivations pour une adhésion : aux médicaments, à un régime hyposodé, à une restriction de liquide, à une pesée quotidienne. Il y aura aussi une évaluation pour voir comment les patients gèrent le régime/traitement pour IC (p. 122).
	- Découlent-elles de l'état des	X			Dans une étude, on compare les perceptions des patients et celles des infirmières sur l'importance de

	connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				différents thèmes d'éducation. On peut voir qu'il y a des similarités mais également des différences. On connaît peu les raisons pour lesquelles les patients ne sont pas adhérents ou les motivations pour une adhésion à un régime IC et de l'introduire dans la vie quotidienne.
Méthodes Tradition et devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ? - Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? - Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Etude qualitative descriptive (p. 122)
Population et contexte	- La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Tous les patients faisaient partie de COACH (coordination d'étude évaluant les résultats de conseil et d'informations en IC), une étude entre différents centres en Hollande s'intéressant aux effets de l'éducation et conseil chez les patient IC (p.122). Critères d'inclusion : patients hospitalisés pour des symptômes d'IC avec des évidences montrant une cardiopathie. Critères d'exclusion : intervention invasive dans les 6 dernières mois ou planifiée dans les 3 mois à venir, participation dans une autre étude demandant d'autres visites chez une infirmière

					<p>chercheuse, en évaluation pour une transplantation de cœur, ou une incapacité à remplir un questionnaire.</p> <p>Les patients avaient été randomisés en différentes catégories : intervention basique (rendez-vous chez une infirmière spécialisée IC tous les six mois), interventions intensives (au moins, un contact par mois avec une infirmière spécialisée), soins habituels (cinq rendez-vous chez un cardiologue).</p> <p>Durée : 18 mois. Des patients de plus ou moins de 65 ans, être femme ou homme, avoir ou non un partenaire. Les patients ont été recrutés dans trois centres différents. Une liste avec les patients correspondant aux critères a été dressée. Huit ont refusé de participer, cinq n'ont pas pu être atteints. Au total 15 patients ont été inclus. Neuf faisaient partie des groupes avec les interventions infirmières spécialisées et les six autres des soins habituels.</p>	
		- Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			L'interviewer a questionné les patients jusqu'à saturation des données (p. 123).
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X				Un guide d'interview semi-structurée. L'Health Belief Model a été utilisé pour formuler les questions (ex : de questions dans le tableau 1). Tous les entretiens se sont passés au domicile des patients et étaient enregistrés et menés par le même interviewer (p. 123).
	- Y-a-il une adéquation entre le phénomène	X				Entretiens semi-structurés pour guider et explorer la pensée des patients.

	étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - La procédure de recherche est-elle décrite ? - A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ? 	X			La permission pour l'étude a été obtenue du comité d'éthique pour les investigations médicales du centre universitaire médicale de Groningen. Les patients avaient au préalable rempli la participation pour le l'étude COACH et ont donné leur consentement éclairé pour participer à cette étude qualitative (p.123).
Rigueur	- Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Tous les entretiens ont été enregistrés (audio) et retranscrits en verbatim par l'interviewer. Deux interviewers ont catégorisé les entretiens en plusieurs thèmes importants qui étaient basés sur le Health Belief Model. Les chercheurs ont codé les informations des deux interviewers afin de voir si un consensus pouvait être fait. S'il n'était pas possible, les deux chercheurs discutaient jusqu'à qu'ils trouvent un accord. Six thèmes principaux sont ressortis.

				<p>Pendant les analyses, deux thèmes se rejoignaient. Ils ont alors été fusionnés (comment gérer le régime au cours du temps et comment intégrer les recommandations de style de vie dans votre quotidien = comment gérer le style de vie recommandé au quotidien ?)</p>
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		<p>Caractéristiques cliniques et démographiques : six femmes et neuf hommes entre 42 et 87 ans (M : 70 ans). Sept avec partenaire, deux avec partenaire et enfants, un avec sa mère. Patients avec un dysfonctionnement diastolique ou systolique. La plupart était dans la classe II ou III du NYHA. Durée de l'IC = entre 18 et 47 mois. Cinq patients avaient déjà été hospitalisés auparavant pour IC (p. 123).</p> <p><u>Les raisons pour une adhésion ou une non adhésion :</u></p> <p>Pour adhésion à différentes composées du traitement IC :</p> <ul style="list-style-type: none"> → peur d'être hospitalisé, peur des œdèmes ou d'autres symptômes de l'IC. La peur de péjorer l'IC est en accord avec le HBM dans lequel, la menace de la maladie agit comme une motivation à adhérer au régime. → bien-être : certains patients disent se sentir mieux quand ils adhèrent au régime. → indices à l'action : ils adhèrent par conseil des autres (médecin ou infirmière spécialisée). En accord avec le HBM.

				<p>Pour une non adhésion, dépendant de quelle composée du traitement (selon HBM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> →Barrières au régime hyposodé et à la restriction des fluides liées à l'aspect négatif. Ex : le goût des aliments pauvres en sel, la soif. →Barrières : le prix des légumes frais, c'est la raison pour laquelle ils achètent des boîtes de conserve. →Ecart dans le régime hyposodé et dans la restriction de fluide lors des fêtes, des repas à l'extérieur ou lorsqu'ils avaient spécialement envie de manger quelque chose de salé (ex : hareng ou ragoût). Le fait de faire ces écarts leur permette d'adhérer au régime au long terme. →Barrière (un patient de 77 ans) : conseils de restriction sodée donnés par une infirmière spécialisée et non pas par un docteur. Cela ne l'a pas motivé suffisamment à diminuer le sel. →Barrière contre la pesée quotidienne : oublis, poids stable pendant un moment, disent pouvoir repérer les œdèmes, obésité et ne veut pas être confronté à son poids au quotidien (p. 124). <p><u>La gestion des recommandations dans la vie quotidienne :</u></p> <p>La plupart des patients ont dû modifier leurs habitudes de vie afin d'intégrer plusieurs des recommandations. Ils avouent que cela nécessite une « certaines régularité », des « rituels », une « routine quotidienne ».</p>
--	--	--	--	--

				<p>Certains expriment de la difficulté au début, jusqu'à qu'ils se soient habitués à ces restrictions. Ex : « Je ne vais jamais réussir à gérer ça ».</p> <p>Pour le régime hyposodé : certains font part du goût fade au début, mais disent s'habituer par après. D'autres disent qu'il est certes difficile de commencer avec un régime pauvre en sel, mais qu'il faut par la suite le maintenir à long terme. Donc certains s'y habituent facilement avec le temps, d'autres pas.</p> <p>Pour d'autres patients, ce n'était pas un problème d'intégrer un régime pauvre en sel, car ils y étaient déjà habitués à cause d'un membre de la famille qui devaient le suivre à cause d'une hypertension.</p> <p>Deux patients disent que le régime pauvre en sel et les autres recommandations ne devraient pas dominer le quotidien et qu'il faut être un peu souple avec les règles.</p> <p><u>Problème avec le régime/traitement de l'IC :</u></p> <p>Selon HBM, les problèmes avec les traitements agissent comme des barrières à l'adhésion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments : polyurie, difficultés aux relations sexuelles (effet secondaire), extrémités froides, perte de goût, nom des médicaments. - Régime hyposodé : manque de goût = le plus souvent nommé et la barrière la plus importante, manque de disponibilité d'épices sans sel pour la viande, le prix des légumes frais, repas à l'extérieur, repas avec d'autres
--	--	--	--	---

					<p>personnes qui ne comprennent pas. Le patient a l'impression de passer pour un râleur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restriction de liquides : l'été, la soif, la chaleur. - Pesée quotidienne : obésité donc veut pas y être confronté, pas de place établie pour la balance (p125). <p><u>Astuces à l'adhésion au régime/traitement :</u></p> <p>Correspondent aux « indices à action » dans HBM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments : boîte (type semainier), placer les médicaments toujours au même endroit et visibles (surtout au début), lier leurs prises à des activités (ex : WC le matin, dessert du soir), aide des soins à domicile pour remplir les semainiers les premiers temps. - Régime hyposodé : utilisation des épices (curry, paprika, poivre, basilic frais), mélange d'épices sans sel. Conseils pour les sandwiches (radis, miel, pâte à viande), diminution progressive du sel pour s'habituer au goût, repas à domicile afin de ne pas avoir à se soucier s'il y a trop de sel. - Restriction de liquides : contrôler les quantités, boisson froides, glace à l'eau fait maison, glaçon pour prévenir la soif, utilisation de menthe poivrée ou de babeurre et conseils pour prendre moins de sucre. - Pesée quotidienne : balance dans un endroit visible, écrire le poids, post-it comme rappel, un
--	--	--	--	--	---

					<p>patient se pesait 2X/jour pour voir comment ajuster les diurétiques étant donné qu'il n'était pas très adhérent avec la restriction des liquides (p. 126).</p> <p><u>Malentendus et manque de connaissances :</u></p> <p>Malgré que les patients aient été diagnostiqués depuis au moins un an et demi et que certains patients (9) participaient à un programme de gestion de l'IC, il y a encore des malentendus et des manques de connaissances. Selon le HBM, cela pourrait être une barrière à l'adhésion.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médication : mauvaise compréhension des effets. - Régime hyposodé : manque de connaissances concernant la quantité de sel dans les différents produits (un patient ne mangeait simplement pas les aliments qui avaient un goût salé). Certains patients pensaient pouvoir laver les aliments et ainsi éliminer le sel. Une patiente pensait qu'elle pouvait compenser avec un autre aliment non salé (ex : salade russe très salée avec des fruits) et ainsi éliminer le sel plus rapidement de l'organisme. Un patient non adhérent, pensait qu'il était testé pour l'apport en sel à chaque fois qu'il allait faire une prise de sang à l'hôpital et étant donné que personne ne lui redisait rien, il
--	--	--	--	--	--

					<p>pensait être en-dessous et donc ne changeait pas d'habitude.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restriction de liquides : manque de compréhension du lien entre l'importance ne pas trop boire et l'IC. - Pesée quotidienne : malentendu (ex : une patiente âgée qui pesait 77kg normalement a été hospitalisée à 83 kg et pensait que le risque d'eau dans les poumons était élevé à 83kg (sans penser à la différence de poids) p.127.
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>- Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X			<p>Vouloir se sentir bien, la peur des symptômes de l'IC et de l'hospitalisation sont les motivations/menaces permettant une meilleure adhésion selon le HBM. Cela confirme d'autres recherches qui disent que le désir de rester en bonne santé et en-dehors de hôpitaux étaient des motivations à adhérer au traitement.</p> <p>Une mauvaise adhésion à la pesée quotidienne est relevée car son importance n'a pas été comprise. Dans une autre étude, il est difficile de reconnaître les signes et symptômes pour plusieurs patients mais plus facile pour ceux qui avaient plus d'expérience. Cependant, dans cette étude, ils avaient de la peine malgré qu'ils aient été diagnostiqués depuis plus d'un an et demi.</p> <p>Plusieurs patients pensaient que l'adhésion avait un rapport avec le fait d'établir une certaine routine, ce qui se retrouve dans d'autres études. Cependant, certains patients continuaient à avoir de la peine à s'adapter même après une longue période (p. 127).</p>

				<p>La non adhésion est en lien avec les aspects négatifs des recommandations (mauvais goût, soif, polyurie), qui sont en lien avec le HBM. Une autre étude dit également que le fait que les aliments pauvres en sel ne soient pas agréables en bouche est un problème.</p> <p>Malentendus concernant le régime hyposodé : incapacité à nommer des produits avec une haute teneur en sel, utiliser des produits avec beaucoup de sel sans le vouloir. D'autres études montrent que plusieurs patients ont un manque de connaissances concernant le régime alimentaire hyposodé, ainsi que les auto-soins concernant l'IC.</p> <p>Population âgée : ce qui peut être en lien avec l'oubli ou la mauvaise assimilation des informations données par les soignants (ex : problèmes cognitifs).</p> <p>Problème d'adhésion lié à qui donnait l'information (infirmière et non pas le médecin) se retrouve dans d'autres études également.</p> <p>Peu de patients ont reporté du soutien de la part de leur partenaire. Même s'ils ont été inclus dans l'éducation du patient et étaient stimulés à soutenir le patient, les interventions n'étaient pas développées spécifiquement pour inclure les partenaires. De plus, ils peuvent ressentir le patient comme un fardeau étant donné qu'ils sont les proches aidants. Il faut alors leur prêter une attention particulière lors des programmes de gestion de l'IC.</p>
--	--	--	--	---

	- La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Cette étude n'est pas conçue de sorte à être généralisée mais plutôt pour comprendre les raisons d'une adhésion ou une non adhésion (p. 129)
	- Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Population âgée ce qui peut être en lien avec l'oubli ou la mauvaise assimilation des informations données par les soignants (ex : problèmes cognitifs) p.128. Une des limites est l'échantillon, même si cela est courant dans les études qualitatives. De plus, même si les patients paraissent très ouverts, il se peut qu'ils aient omis de faire part de certaines pensées concernant l'adhésion et la non adhésion. Cette étude fait partie d'une autre étude plus large concernant les interventions. Plus de la moitié de la population a reçu de l'éducation en plus de la part d'une infirmière spécialisée, ce qui pourrait avoir influencé les résultats (p. 129).
Perspectives	- Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Besoin d'améliorer l'éducation spécifique à l'IC (p.128). Amélioration du travail interdisciplinaire (c.f patient non adhérent selon la provenance des informations reçues) (p.128). Le support social peut être perçu comme un facteur important à l'adhésion chez les patients IC, donc prêter attention aux partenaires lors des programmes de gestion de l'IC (p.128). D'autres études doivent être faites pour tester la relation entre les concepts de HBM et l'adhésion des patients IC (p.129).

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	- L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			<p>Recommandations (p.128-129) :</p> <p>Accent à mettre sur la relation entre la non adhésion et la péjoration des symptômes, sur l'explication des liens, sans pour autant paraître condamatoire.</p> <p>S'intéresser aux problèmes particuliers (ex : manques de connaissances, malentendus) afin de cibler les interventions et de diminuer les aspects négatifs du traitement.</p> <p>Un groupe d'intervention dans lequel les patients font part de leurs astuces serait utile.</p> <p>Expliquer que cela peut prendre du temps de s'habituer au régime.</p> <p>Mettre en avant le fait que plusieurs patients parlent des avantages de l'adhésion.</p> <p>Education spécifique sur les médicaments et sur la teneur en sel des aliments.</p> <p>Conseils sur la préparation des aliments.</p> <p>Mettre en avant les astuces des autres patients.</p> <p>Intégrer les membres de la famille dans l'éducation et l'assistance au patient IC.</p>

Références de l'article analysé : Van der Wal, M., H., L., Jaarsma, T., Moser, D., K., Van Gilst, W., H., & van Veldhuisen, D., J. (2007). Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. <i>Heart & Lung, 36(4)</i> , 253-261.					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Expliquer les mécanismes des croyances des patients insuffisants cardiaques concernant l'adhésion.
Résumé	- Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Contexte : l'adhésion avec les médicaments, le régime alimentaire et les surveillances des symptômes est un problème chez les patients IC. La non adhésion peut avoir pour conséquence une péjoration des symptômes et est associée aux croyances personnelles sur l'adhésion. Il est alors important de connaître quels sont les facteurs liés à cette non adhésion afin de pouvoir intervenir de manière efficace. Objectifs : 1) Comprendre les croyances des patients concernant l'adhésion 2) Examiner l'associations des données démographiques et des symptômes dépressifs aux croyances 3) Évaluer l'adhésion avec les médicaments, le régime alimentaire et la pesée quotidienne 4) Examiner l'association entre l'adhésion et les croyances du patient.</p> <p>Méthodes : 954 patients IC ont rempli un questionnaire concernant les croyances sur les médicaments et le régime alimentaire. 297 patients ont aussi complété un questionnaire concernant la surveillance des symptômes. Ont été évalués : les barrières et les</p>

					<p>avantages, les différentes croyances entre les groupes ainsi que les associations entre adhésion et croyances.</p> <p>Résultats : barrières : nycturie (57%), goût des aliments (51%), possibilité limitée de sortir (33%), oubli de se peser quotidiennement (26%). Les personnes avec des symptômes dépressifs ainsi que ceux avec peu de connaissances concernant l'IC → plus de barrières à l'adhésion des différentes composantes dans le traitement de l'IC. Adhésion auto-évaluée : médicaments (99%), régime alimentaire (77%), pesée (33%).</p> <p>Conclusions et implications : Il est important de diriger les interventions vers les patients présentant le plus de barrières à l'adhésion comme ceux avec des symptômes dépressifs ou ceux avec peu de connaissances concernant les traitements de l'IC. L'amélioration des connaissances reste donc une composante importante dans les programmes de gestion de l'IC.</p>
<p>Introduction Enoncé du problème</p>	<p>- Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?</p>	X			<ul style="list-style-type: none"> - L'IC affecte de nombreuses personnes en Europe, aux USA, au Japon, en Afrique du sud, et en Afrique. - Hospitalisations communes chez les patients IC, dont la cause la plus importante est une non adhésion aux recommandations. - De nombreux patients IC ne sont pas adhérents aux traitements (médicaments, régime alimentaire, restriction de liquide, pesée quotidienne, surveillance des symptômes).

					<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'adhésion est un objectif de plusieurs programmes de gestion de l'IC. - Pour améliorer cette adhésion, il faut cibler les facteurs qui l'influencent. - L'adhésion est liée aux croyances et aux connaissances des patients concernant ce traitement/ régime. <p>Important de comprendre les bénéfices et barrières perçus par le patient (p. 254).</p>
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>« Compliance » = « la mesure dans laquelle le comportement d'une personne coïncide avec celui des prescriptions cliniques » (prendre des médicaments, suivre un régime alimentaire, modifications des habitudes de vie). Nouvelle définitions selon l'OMS : « la mesure dans laquelle, le comportement correspond aux recommandations convenues avec le personnel soignant. » (p. 253).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	- Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			<p>Health Belief Model : Une personne entreprend un comportement de santé selon la menace de la maladie qui dépend de : la condition du patient, les données démographiques et de ses croyances (barrières = les conséquences négatives d'entreprendre un comportement de santé et bénéfices = avantages d'entreprendre une certaine action) (p. 254).</p>
Hypothèses	- Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			<p>Différences dans les croyances selon (p. 254) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données démographiques (genre, âge, soutien social).

					<ul style="list-style-type: none"> - Patients avec symptômes dépressifs ont plus de croyances négatives concernant l'adhésion - Les patients avec plus d'expériences perçoivent plus de bénéfices au traitement (ex : ceux qui sont diagnostiqués depuis plus longtemps ou ceux avec plus de connaissances). - Les patients avec une IC plus sévère pourraient avoir d'autres croyances que ceux avec une IC modérée. <p>Questions de recherches :</p> <p>Quelles sont les barrières et les bénéfices les plus importants perçus par les patient IC concernant l'adhésion aux médicaments, au régime alimentaire et à la surveillance des symptômes (pesée quotidienne, observation des membres inférieurs et restriction de liquides).</p> <p>Quelles sont les associations entre les croyances et</p> <ul style="list-style-type: none"> a) les variables démographiques (genre, conditions de vie) b) les symptômes dépressifs c) la gravité de la maladie d) les facteurs liés à l'expérience des patients avec IC (connaissances, histoire de l'IC) <p>Quel est le pourcentage d'auto-évaluation en rapport à l'adhésion avec les médicaments, le régime alimentaire et la pesée quotidienne.</p> <p>Quelle est l'association entre les croyances du patients et l'auto-évaluation de son adhésion.</p>
--	--	--	--	--	--

	- Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		Il n'y a jusqu'à là, pas de donnée concernant les croyances et leurs mécanismes des patients IC.
Méthodes Devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ?	X			P. 254 : descriptif et transversal avec des données de l'étude COACH (étude sur l'effet de l'éducation/enseignement et conseil dans l'IC).
Population et contexte	- La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			P.254 : 1049 patients inclus dans l'étude COACH Critères d'inclusion : hospitalisation causée par les symptômes de l'IC, IC confirmée par un cardiologue, une maladie cardiaque sous-jacente a été la cause de l'IC. Critères d'exclusion : opération invasive dans les six derniers mois, participation à une étude avec des visites supplémentaires d'une infirmière de la recherche, évaluation pour un transplantation de cœur.
	- La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	
Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Échelle des croyances de l'IC : trois sous-échelles sur les bénéfices et les barrières à l'adhésion aux médicaments, à la restriction sodée et à la reconnaissance des symptômes. Instrument valide et fiable. Cronbach's alpha (p.254). Echelle modifiée de l'adhésion de l'IC : mesure l'adhésion aux médicaments, à la restriction sodée et à

					<p>la pesée quotidienne. Les patients devaient noter leur adhésion lors de la dernière semaine pour les médicaments et le régime, et le dernier mois pour la pesée avant l'hospitalisation, sur une échelle de likert. Cronbach's alpha.</p> <p>20-item centre for epidemiology surveys- Depression scale (CES-D) : cette échelle mesure les sentiments et comportements dépressifs sur une échelle de likert.</p> <p>Questionnaire à choix multiple comprenant 15-item sur les connaissances concernant l'IC en néerlandais : mesure les connaissances sur l'IC, la reconnaissance des symptômes, le régime, la restriction des liquides, les médicaments et l'exercice. Fiable et valide.</p>
	- Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?			X	
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			<ul style="list-style-type: none"> - Interview par une personne n'étant pas dans les soins, qui assistait au questionnaire également (ex : lisait les questions si besoin). - Une infirmière de la recherche évalue les données cliniques et démographiques du dossier médical, durant l'hospitalisation. - Questionnaire concernant : les croyances (sur les médicaments, le régime, la reconnaissance des symptômes), l'adhésion (aux médicaments, au

					<p>régime et à la pesée quotidienne), les symptômes dépressif, les connaissances sur l'IC.</p> <p>- Consentement écrit.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			<p>Des analyses statistiques descriptives ont été utilisées afin de faire ressortir les quatre bénéfices et barrières les plus nommés concernant l'adhésion aux médicaments, au régime alimentaire et à la reconnaissance des symptômes (utilisation de MannWhitney and chi-square test à cause que les scores dans les sous-échelles des croyances non pas été distribués normalement).</p> <p>Chi-square test utilisés aussi pour décrire les différences de score entre les personnes.</p> <p>L'intérêt de cette étude est d'examiner les différences entre des personnes qui avaient des barrières/bénéfices et ceux qui en avaient pas.</p> <p>Des analyses de régression logistique univariées ont été faites afin d'évaluer l'association entre l'adhésion et les bénéfices/barrières des patients.</p> <p>L'âge de 65 ans a été utilisé pour définir les personnes âgées des jeunes.</p>
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			2970 patients ont été sélectionnés pour l'étude. 1'049 avaient les critères de l'étude COACH, ont été OK de participer et ont signé un consentement. 954 patients ont complété les échelles sur les croyances concernant les médicaments et le régime. 297 patients ont complété l'échelle concernant la pesée et la reconnaissance des

				<p>symptômes qui a été introduite plus tard. Pas de différence significative entre les genres. 96% des patients étaient dans la classe II ou III dans le classement NYHA. Moyenne de 4 mois pour la durée de l'IC. 40% avec symptômes dépressifs pendant l'admission.</p> <p><u>Croyances</u> : p.256</p> <ul style="list-style-type: none"> - En général, les patients voient plus de bénéfices que de barrières à l'adhésion aux médicaments. - Score pour les sous-échelles des barrières et bénéfices au régime avec peu de sel étaient bas. C'est-à-dire, qu'ils ne voyaient pas beaucoup de barrières, mais pas beaucoup de bénéfices non plus. - 57% pensent que la barrière la plus importante pour les médicaments est que les diurétiques réveillent pendant la nuit pour aller au WC (barrière). - 38% pensent qu'il est difficile de sortir à cause des diurétiques (barrière). - 84% pensent que les diurétiques aident à diminuer les œdèmes (bénéfice). - 75% pensent que les médicaments améliorent la qualité de vie (bénéfice). - Autres bénéfices des médicaments : diminuent les chances de se faire hospitaliser (58%) et aident à mieux respirer (49%). - Barrière la plus importante pour le régime alimentaire est le goût de la nourriture (51%).
--	--	--	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> - 33% disent qu'il est difficile d'aller au restaurant à cause du régime. - 87% des patients disent qu'en effet les aliments salés ne sont pas pour eux, leur état (bénéfice). - 87% disent que d'éviter la nourriture salée aident à éviter les œdèmes (bénéfice). - 26% oublient de se peser. - 23% ne savent pas comment surveiller les pieds et leurs jambes. - 48% disent que de reconnaître les symptômes (par la pesée) diminue les chances d'être hospitalisé (bénéfice). - 46% disent que se peser maintient en bonne santé. <p><u>Association entre croyances et les facteurs reliés :</u></p> <p>Entre croyances et variables démographiques (genre, âge, cohabitation avec partenaire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus d'hommes que de femmes disent que de prendre les médicaments (diurétiques) diminue les chances de se faire hospitaliser. - Les personnes plus âgées ont tendance à oublier de se peser, ont plus de peine à sortir à cause des diurétiques et rencontrent plus de problèmes concernant le goût des aliments du régime pauvre en sel. <p>Entre croyances et symptômes dépressifs : p.258</p>
--	--	--	--	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> - Patients avec des symptômes dépressifs perçoivent plus de barrières en prenant les médicaments et à faire le régime. Ils perçoivent peu de bénéfices à prendre les médicaments. - 27% des patients avec des symptômes dépressifs (contre 12% patients sans symptômes dépressifs) s'inquiètent de leur IC lorsqu'on contrôle s'il y a présence d'oedèmes sur les pieds et les jambes. <p>Entre croyances et la sévérité de la maladie (NYHA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients avec IC plus grave font face à plus de barrières concernant le régime alimentaire et la reconnaissance des symptômes que les patients avec un stade II. <p>Entre croyances et vécu de la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas de différence significative entre les patients diagnostiqués IC depuis plus 6 mois et ceux diagnostiqués il y a moins de 6 mois - Les patients avec moins de connaissances rencontraient plus de barrières concernant les médicaments et le régime alimentaire de même qu'avec la reconnaissance des symptômes. - 20% des patients avec un bas niveau de connaissances pensent qu'il est désagréable de prendre des diurétiques (11% des patients avec un haut niveau de connaissances pensent la même chose).
--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> - 34% des patients avec un bas niveau de connaissances ne savent pas comment contrôler les œdèmes de leurs pieds et jambes (18% pour les patients avec un haut niveau de connaissances). <p>Compliance avec les médicaments, le régime alimentaire et la pesée quotidienne en association avec les croyances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La compliance avec les médicaments était élevée avec la population (n = 954) → 98.6% des patients disent prendre toujours ou la plus part du temps leurs médicaments. - 77% disent suivre toujours ou la plus part du temps les recommandations concernant le régime pauvre en sel (adhésion considérablement basse). - 33% disent être adhérents à la pesée régulière (quotidienne ou au moins 3X/semaine). - Dans une analyse de régression logistique univariée, la compliance avec le régime alimentaire pauvre en sel a été associée à moins de barrières et plus de bénéfices. - Les patients adhérents à la pesée quotidienne reportent moins de barrières à la surveillance des symptômes que les patients non adhérents.
Discussion	- Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du	X			<ul style="list-style-type: none"> - Horne et Weinman (1999) ont trouvé une relation entre les croyances concernant les médicaments et l'adhésion (p. 259).

Intégration de la théorie et des concepts	cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				<ul style="list-style-type: none"> - Benette et al. → même les patients sans enseignement perçoivent en général plus de bénéfices que de barrières à l'adhésion aux traitements de l'IC surtout pour les médicaments et le régime alimentaire (même si dans l'étude de Benette, les patients sont plus jeunes, M = 64 an). - Benette et al → score des croyances à l'adhésion aux médicaments et au régime → dans leurs études, les patients avec plus de barrières au régime alimentaire → les patients avec plus de problème à l'heure de manger : 44-49% étaient d'accord avec cette admiration comparé à 30% dans l'étude actuelle (p. 260). La barrière la plus importante chez Benett et al. ainsi que dans cette étude est le goût des aliments. Par contre, elle est plus élevée chez Benett (76%), peut-être à cause de la différence culturelle et les habitudes culinaires. - Etude de Jiang et al. qui investigue la relation entre la dépression et le risque accru de mortalité et de réhospitalisation chez les patients IC → une mauvaise adhésion pourrait en être la cause. <p>Dans cette présente étude, les patients avec symptômes dépressifs ont plus de croyances négatives sur l'adhésion. De plus, il y a une relation entre l'adhésion au régime alimentaire et la pesée quotidienne ainsi qu'aux croyances expérimentées sur l'adhésion avec les traitements de l'IC.</p>
---	---	--	--	--	---

					- Ekam et al. (2006) relèvent qu'une partie importante du suivi des patients est de repérer rapidement les croyances concernant les médicaments chez les patients.
	- Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			P. 261 : les résultats ne peuvent pas être généralisés pour toute la population IC car la plupart des patients de cette étude étaient classés II et III dans la NYHA.
	- Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			P. 260-261 : pas de correction apportés aux test multiples, c'est pourquoi le niveau de signification a été descendu à 0.01. Il se peut donc que des différences entre les sous-groupes ait pu être trouvées par chance. P. 261 : 67% des patients n'avaient pas eu de réhospitalisation précédente, ce qui pourrait signifier qu'ils ont eu peu d'enseignement sur l'IC qui aurait pu influencer leurs croyances par rapport aux patients ayant été admis plusieurs fois et par conséquent eu plus de d'enseignement.
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. 259 : cela permet de voir plus précisément comment les patients considèrent l'adhésion avec les traitements d'IC → important pour guider les interventions futurs afin d'améliorer la compliance. P. 260 : les patients avec des symptômes dépressifs sont plus à risque, donc on devrait prêter plus d'attention lors des programmes de gestion et intégrer les traitements antidépresseurs. P. 260 : important d'évaluer les croyances concernant l'adhésion propres à chaque patient IC. L'éducation

					<p>individualisée et les conseils devraient se faire en rapport avec les barrières et les bénéfices perçus individuellement.</p> <p>Recherche futures : tester des interventions pour changer croyances des patients (des interventions adaptées) et voir l'effet sur l'adhésion aux traitements chez les IC (p. 260), recherches sur l'amélioration des connaissances (par l'éducation et les conseils) et des symptômes dépressifs (traitement selon les guides de bonnes pratiques en psychiatrie) sur les croyances des patients concernant l'adhésion pour la modifier.</p>
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Evaluation globale	- L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			

Références de l'article analysé : Neily, J., B., Toto, K., H., Gardner, E., B., Rame, J. E., Yancy C., W., Sheffield, M., A., Dries, D., L. & Drazner, M., H. (2002). Potential contributing factors to noncompliance with dietary sodium restriction in patients with heart failure, <i>American Heart Journal</i>, 143 (1), 29-33						
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Titre	- Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Les facteurs potentiels pouvant contribuer à la non adhésion au régime hyposodé des patients en insuffisance cardiaque.	
Résumé	- Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Contexte : le régime hyposodé est une composante importante de la prise en charge d'un patient IC. Cependant, il n'existe pas encore de donnée concernant la prise de conscience de ces patients à être capables ou non de suivre les guides de bonnes pratiques concernant la restriction sodée. Methode : mai 1999-2000, 50 patients de l'hôpital de Parkland Memorial CHF. Ils ont été évalués par des diététiciens dans plusieurs domaines (notions/connaissances des recommandations sur la restriction sodée, capacité à lire les contenus en sel sur les étiquettes de valeurs nutritives, capacité à trier 12 aliments avec une étiquette de valeurs nutritives dans des groupes de haute et basse composition sodique, connaissances concernant le sodium alimentaire (sodium knowledge score, de 0-10)). Ces connaissances ont été retestées après une ou</p>	

					<p>plusieurs séances d'éducation avec un diététicien.</p> <p>Résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 % des patients sont au courant des guides de bonne pratique sur la restriction sodée au début, puis 42% après. - 58% des patients sont capables de lire le contenu du sodium sur les étiquettes de valeurs nutritives au début, et 92% après. - Le score du test concernant le sodium alimentaire était à 3.8 (+/- 3.4) au début puis 5.8 (+/- 3.2) après. 8% avait eu un 10/10 au début, puis 26% après. <p>Conclusion : plusieurs patients ont un sévère manque de connaissances concernant l'apport de sodium alimentaire ce qui entrave à une bonne adhésion aux directives des restrictions sodées. L'éducation dirigée sur les apports de sodium au patient pouvant être un moyen pour corriger cela.</p>
Introduction					
Enoncé du problème	- Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Il n'existe pas encore de donnée concernant la prise de conscience de ces patients à être capables ou non de suivre les guides de bonnes pratiques.
Recension des écrits	- Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Restriction sodée (2-3g/jour) est considéré comme primordiale pour une bonne gestion des symptômes dans l'IC. - Un apport élevé en sel peut empêcher une bonne régulation du sodium malgré les diurétiques.

					- Ecart dans le régime : peut être dans >20% la cause de décompensation menant à une hospitalisation.
Cadre théorique ou conceptuel	- Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		
Hypothèses	- Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Le but de cette étude est de déterminer les connaissances concernant le sodium alimentaire chez les patients IC et identifier les facteurs pouvant avoir une influence sur la non adhésion aux guides de bonnes pratiques sur la restriction sodée.
	- Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			
Méthodes Devis de recherche	- Le devis de recherche est-il décrit ?			X	
Population et contexte	- La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Patients principalement indigènes et ethniques. 81 patients qui parlaient couramment anglais ont eu une évaluation concernant la compréhension de bas sur le sodium alimentaire dans l'hôpital. 50 patients ont été retenus dû à leur disponibilité pour une réévaluation après trois mois et après une ou plusieurs séances d'éducation avec un diététicien.

	- La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		
Collecte des données et mesures	- Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?			X	<ul style="list-style-type: none"> - Données démographiques et concernant la gravité de l'IC ont été relevées des dossiers cliniques. - La mesure d'apport de sodium alimentaire était calculée pour chaque patient. - Une évaluation sur le sodium alimentaire a été refaite après 8 +/- 3 mois après que le patient ait eu une séance avec le diététicien.
	- Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?			X	
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - La procédure de recherche est-elle décrite ? - A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ? 	X			Le consentement des patients a été obtenu et le protocole a été approuvé par « the insitutional Review Board of the University of Texas Southwestern Medical Center ».
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour	X			Variables exprimées en moyenne +/- Ecart type (SD) ou avec des médianes. Les catégories de variables ont été comparées par le FISHER EXACT TEST et les variables

	répondre à chacune des hypothèses ?				continues par le WILCOXON RANK SUM TEST. T Test/ McNemar test/ sign Test pour évaluer la signification des statistiques et des changements entre le début de l'étude et après.
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	- Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Il y a trois tableaux disponibles (1. Les caractéristiques cliniques au point de comparaison, 2. Evaluation des connaissances sur le sodium alimentaire au départ puis lors du suivi, 3. Connaissances sur le sodium alimentaire au départ suite à des anciennes séances d'éducation.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant les séances avec les diététiciens, 86% des patients ignoraient les guidelines concernant la restriction sodée et 56% des patients n'étaient pas capables de classer 12 aliments selon leur contenu en sel. - 42% des patients de savent pas lire les étiquettes concernant les valeurs nutritives. - 48% des patients n'utilisent pas les étiquettes pour les aider à trier les aliments. - Le score concernant les connaissances sur le sodium alimentaire était bas ; seulement 8% ont eu un sans faute. . <p>Après les séances avec les diététiciens tous les scores se sont améliorés (de 14 à 42% pour les connaissances des guidelines, de 58% à 92% pour la capacité à lire les étiquettes de valeurs nutritives, de 52 à 94% pour l'utilisation des étiquettes pour aider à trier les aliments).</p>

					Les scores sur les connaissances sur le sodium à également augmenté de 3.8 (+/- 3.4) à 5.8 (+/-) et de 8% à 26% pour les sans faute au score de connaissances sur le sodium. Il a également pu être observé que les patients qui, avant l'étude, avaient déjà eu une éducation sur le sodium alimentaire, avaient plus de probabilité de connaître l'existence de guidelines, de pouvoir classer les aliments et d'avoir des scores plus élevés.
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	Résultat de cette étude : il y a des lacunes importantes dans les connaissances de bases des patients IC d'un hôpital urbain, ce qui empêcherait une restriction des apports sodés correcte. Ces lacunes font penser que les patients avec une IC symptomatique ne sont pas capables de gérer leur apport en sodium n'ayant pas reçu plus d'informations, d'éducation sur les apports de sodium. Cependant, une éducation ciblée peut améliorer significativement les différentes mesures de connaissances sur le sodium. De nombreuses études ont démontré que des programmes de gestion de la maladie améliorent les résultats de soin.
	- Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		
	- Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites abordées : population urbaine uniquement. Les séances d'éducation ainsi que les évaluations étaient réalisées par la même personne ; il y aurait peut-être eu un encouragement non intentionnel. Malgré ce

					<p>biais possible, les chercheurs ne pensent pas que cela puisse expliquer l'amélioration des résultats sur les connaissances du sodium alimentaire, étant donné qu'un bon résultat en début d'étude étaient déjà associé à une éducation précédente sur le sodium.</p> <p>Enfin, il n'y avait pas de groupe témoin dans cette étude, on ne peut donc pas exclure que le fait que les patients participaient, se rendaient à la clinique-même pour les IC, puissent avoir joué un rôle dans l'amélioration des résultats indépendamment des séances avec les diététiciens.</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>On a pu voir dans cette étude, qu'une éducation ciblée peut améliorer significativement les différentes mesures de connaissances sur le sodium</p> <p>⇒ D'autres études devraient être faites pour voir si une meilleure connaissance de base conduit à un changement de comportement (adhésion à la restriction sodée) et donc à l'amélioration des résultats cliniques.</p> <p>⇒ D'autres études sont nécessaires pour voir quelle partie des programmes d'éducation sur la gestion de la maladie est primordiale pour l'amélioration des résultats de soin (cette étude suggère que la partie éducation est un aspect important).</p> <p>Ressorti d'une conférence : il y aurait deux nouvelles mesures qui pourraient être évaluées de façon objective et facilement documentées : (1) si un patient ou la personne responsable de la préparation des aliments</p>

					<p>connaît les recommandations sur la restriction sodée et (2) si ils ont la capacité à déterminer si un aliment a une teneur en sodium haute ou basse sur la base de la lecture d'une étiquette. Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si ces deux indicateurs sont des mesures valides et fiables de la qualité des soins.</p>
<p>Questions générales Présentation</p>	<p>- L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?</p>	X			<p>Il est bien structuré, mais les différentes façon de mesurer les connaissances concernant le sodium et les guidelines portent un peu à confusion.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>- 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 ?</p>	X			<p>De nombreux patients n'ont pas les connaissances nécessaires pour gérer correctement leur IC, car un écart sodé peut conduire rapidement à des symptômes de décompensation. Il est alors important de rediriger les patients vers un diététicien ou vers un programme éducationnel pour la gestion de l'IC.</p> <p>En tant que soignant, on peut également être attentif et essayer de repérer les patients n'ayant pas les connaissances suffisantes pour une bonne gestion.</p>

Appendix L

Dietary Sodium Restriction Questionnaire (Bentley, Lennie, Biddle, Chung, & Moser, 2009)

1. Were you prescribed a low-salt diet by your health care provider?

____ Yes; if yes, continue with question 2

____ No; if no, skip to question 6

2. What *specific* instructions were you given? (For example, “Watch your salt,” “Follow a 2-g sodium diet”)

3. How closely do you follow your prescribed low-salt diet?

never

sometimes

most times

always

4. How easy is it to follow your prescribed low-salt diet?
 very hard hard easy very easy

5. Has following this diet helped you manage your heart condition?
 not at all slightly a lot

Some people choose to follow a low-salt diet even though they were never told to do so by a health care provider.

6. Do you try to follow a low-salt diet?

___ Yes; if yes, continue with question 7

___ No; if no, stop here and do not complete the rest of this questionnaire go to the next questionnaire in this packet.

7. Why did you decide to follow this diet? (For example, Read it in a magazine; Heard about it on a news program; A friend recommended it)

8. What *specifically* do you do?

9. How closely do you follow this diet?
 never sometimes most times always

10. How easy is it to follow this diet?
 very hard hard easy very easy

11. Has following this diet helped you manage your heart condition?
 not at all slightly a lot

4. How easy is it to follow your prescribed low-salt diet?
 very hard hard easy very easy

5. Has following this diet helped you manage your heart condition?
 not at all slightly a lot

Some people choose to follow a low-salt diet even though they were never told to do so by a health care provider.

6. Do you try to follow a low-salt diet?

___ Yes; if yes, continue with question 7

___ No; if no, stop here and do not complete the rest of this questionnaire go to the next questionnaire in this packet.

7. Why did you decide to follow this diet? (For example, Read it in a magazine; Heard about it on a news program; A friend recommended it)

18. My spouse or other family members think I should follow a low-salt diet. 1 2 3 4 5

19. Generally, I want to do what my doctor thinks I should do. 1 2 3 4 5

20. Generally, I want to do what my spouse or family members think I should do. 1 2 3 4 5

Perceived Behavioral Control Subscale

Directions: Indicate below how much the following items keep you from following a low-salt diet by circling the appropriate number using the scale to the right.

1 2 3 4 5
Not A Lot
At All

21. Don't understand or know how. 1 2 3 4 5

Perceived Behavioral Control Subscale

Directions: Indicate below how much the following items keep you from following a low-salt diet by circling the appropriate number using the scale to the right.

1 2 3 4 5
Not A Lot
At All

21. Don't understand or know how. 1 2 3 4 5

22. Taste of low-salt foods. 1 2 3 4 5

23. Can't pick out low-salt foods in restaurants. 1 2 3 4 5

24. The restaurants I like don't serve low-salt foods. 1 2 3 4 5

25. Can't pick out low-salt foods at the grocery. 1 2 3 4 5

26. The foods I like to eat are not low-salt. 1 2 3 4 5

27. I don't have the willpower to change my diet. 1 2 3 4 5

Appendice M

Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) et Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS) (Bennett, Milgrom, Champion, & Huster, 1997)

Table I
Factor loadings of BMCS ($n = 98$)*

	Factor 1 Benefits	Factor 2 Barriers
If I take my water pills as I am told, I will decrease my chances of being hospitalized.	0.79	0.11
Taking my water pills lessens my swelling.	0.73	0.24
Taking my medicine helps me maintain my quality of life.	0.60	0.33
When I take my water pills I do not worry as much about my heart disease.	0.60	0.33
Taking my water pills helps me breathe more easily.	0.60	0.46
Taking water pills makes me worry about my heart disease.	0.39	0.36
Taking water pills is unpleasant.	0.31	0.66
Taking water pills is hard to remember.	0.36	0.66
I have to take too many water pills each day.	0.33	0.56
Taking water pills makes it too hard to go away from home.	0.13	0.52
I forget to take my water pills.	0.29	0.38
Taking water pills causes me to wake up at night to go to the bathroom.	0.24	0.35
Eigenvalue	2.88	2.29
Variance explained	24.0	19.1

*Bold indicates highest factor loading.

Table II
Factor loadings of BDCS ($n = 101$)*

	Factor 1 Benefits	Factor 2 Barriers
Eating a low salt diet will keep my swelling down.	0.83	0.10
Eating a low salt diet will keep fluid from building up in my body.	0.82	0.12
Salty food is not good for me.	0.79	0.04
When I follow my low salt diet I feel better.	0.71	0.16
Eating a low salt diet will help me breathe more easily.	0.67	0.13
Eating a low salt diet will keep my heart healthy.	0.67	0.13
Eating a low salt diet will keep me healthy.	0.65	0.19
Following a low salt diet takes too much time.	0.10	0.78
Following a low salt diet costs too much money.	0.11	0.76
Food does not taste good on the low salt diet.	0.09	0.57
Following a low salt diet is too hard to understand.	0.03	0.56
I cannot go out to many places to eat because of the low salt diet.	0.39	0.55
Eigenvalue	3.99	2.26
Variance explained	33.3	18.8

*Bold indicates highest factor loading.

Appendice N

Echelle de l'adhésion de l'insuffisance cardiaque (Evangelista, Berg, & Dracup, 2001)

Health Maintenance	
HEALTH MAINTENANCE	
How important do you think it is to keep your appointments with your doctor?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
What type of transportation do you use to get to your appointments?	
Personal transportation	1
Bus	2
Taxi	3
Van service	4
Do you go alone or with someone else?	
Alone	1
With someone else	2
How much difficulty have you had keeping your appointments with your doctor?	
No difficulty	1
A little difficulty	2
Moderate difficulty	3
A lot of difficulty	4
What kind of difficulty?	
Not applicable	0
Transportation	1
No time	2
No money	3
Forgot	4
Didn't know I had one	5
Other	6
In the last 3 months, would you estimate you have kept your doctor's appointments	
None of the time	0
Very seldom	1
About half of the time	2
Most of the time	3
All of the time	4

Medications

How important do you think it is to take your medications regularly?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
Have you had any difficulties with taking your medications?	
Yes	1
No	2
How much difficulty have you had with taking your medications?	
No difficulty	1
A little difficulty	2
Moderate difficulty	3
A lot of difficulty	4
What kind of difficulty?	
Not applicable	0
Remembering	1
Cost	2
Inconvenience	3
Side effects	4
Other	5
In the past week, would you estimate you have taken your medications	
None of the time	0
Very seldom	1
About half of the time	2
Most of the time	3
All of the time	4

Diet

How important do you think it is to weigh yourself daily?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
How important do you think it is to limit your fluid intake?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
How important do you think it is to limit your salt to 2 grams or less?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
Have you had any difficulties with following your dietary recommendations?	
Yes	1
No	2
How much difficulty have you had keeping your dietary recommendations?	
No difficulty	1
A little difficulty	2
Moderate difficulty	3
A lot of difficulty	4
What kind of difficulty?	
Not applicable	0
Lack of self motivation	1
Unable to control	2
Environmental obstacles	3
Lack of knowledge	4
Other	5
In the past week, would you estimate you have followed your dietary recommendations	
None of the time	0
Very seldom	1
About half of the time	2
Most of the time	3
All of the time	4

Exercise

How important do you think it is to exercise regularly?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
Have you had any difficulties with exercising?	
Yes	1
No	2
How much difficulty have you had with exercising as recommended?	
No difficulty	1
A little difficulty	2
Moderate difficulty	3
A lot of difficulty	4
What kind of difficulty?	
Not applicable	0
Lack of motivation	1
No time	2
Inconvenience	3
Lack of energy	4
Physical symptoms	5
Other	6
In the past week, would you estimate you have exercised as recommended?	
None of the time	0
Very seldom	1
About half of the time	2
Most of the time	3
All of the time	4

Smoking

How important do you think it is to not smoke?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
How important do you think it is to limit exposure to second hand smoke?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
What is your smoking status?	
Current smoker	1
Former smoker	2
Never smoked	3
Have you had any difficulties with stopping to smoke?	
Not applicable	0
Yes	1
No	2
How much difficulty have you had with smoking cessation?	
No difficulty	1
A little difficulty	2
Moderate difficulty	3
A lot of difficulty	4
What kind of difficulty?	
Not applicable	0
Lack of self-motivation	1
Lack of counseling/support	2
Costs of nicotine replacement	3
Side effects	4
Other	5
In the past week, would you estimate you have stopped smoking	
Not applicable	0
None of the time	4
Very seldom	3
About half of the time	2
Most of the time	1
All of the time	0

Alcohol use	
How important do you think it is to limit alcohol use?	
Not at all	0
Somewhat important	1
Important	2
Very important	3
Highly important	4
What is your alcohol use status?	
Current	1
Former	2
Never	3
How many drinks per week do you currently have?	
Not applicable	0
Beer	1 _____ cans
Wine	2 _____ glasses
Hard liquor	3 _____ glasses
Have you had any difficulties with limiting alcohol use?	
Not applicable	0
Yes	1
No	2
How much difficulty have you had with limiting alcohol use?	
No difficulty	1
A little difficulty	2
Moderate difficulty	3
A lot of difficulty	4
What kind of difficulty?	
Not applicable	0
Lack of self-motivation	1
Lack of counseling/support	2
Side effects	3
Other	4
In the past week, would you estimate you have stopped using alcohol	
Not applicable	0
None of the time	4
Very seldom	3
About half of the time	2
Most of the time	1
All of the time	0

Appendice O

20-items Centre for Epidemiology Surveys-Depression scale (Radloff, 1977)

	During the past week:	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a <i>little</i> of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	Most or all of the time (5-7 days)
1.	I was bothered by things that usually don't bother me.				
2.	I did not feel like eating; my appetite was poor.				
3.	I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends.				
4.	I felt I was just as good as other people.				
5.	I had trouble keeping my mind on what I was doing.				
6.	I felt depressed.				
7.	I felt that everything I did was an effort.				
8.	I felt hopeful about the future.				
9.	I thought my life had been a failure.				
10.	I felt fearful.				
11.	My sleep was restless.				
12.	I was happy.				
13.	I talked less than usual.				
14.	I felt lonely.				
15.	People were unfriendly.				
16.	I enjoyed life.				
17.	I had crying spells.				
18.	I felt sad.				
19.	I felt that people disliked me.				
20.	I could not get going.				

Scoring:	Rarely (Less than 1 day)	Some (1-2 days)	Occasionally (3-4 days)	Most (5-7 days)
Questions 4, 8, 12, and 16	3	2	1	0
All other questions	0	1	2	3

The score is the sum of the 20 questions. Possible range is 0-60. If more than four questions are missing answers, do not score the CES-D questionnaire. A score of 16 points or more is considered depressed.

Appendice P

Questionnaire à choix multiple à 15-items sur les connaissances concernant l'insuffisance cardiaque (van der Wal, Jaarsma, Moser, & van Veldhuisen, 2006)

1. How often should patients with severe heart failure weigh themselves?
 every week
 now and then
 every day
2. Why is it important that patients with heart failure should weigh themselves regularly?
 because many patients with heart failure have a poor appetite
 to check whether the body is retaining fluid
 to assess the right dose of medicines
3. How much fluid are you allowed to take at home each day?
 1.5 to 2.5 litres at the most
 as little fluid as possible
 as much fluid as possible
4. Which of these statements is true?
 when I cough a lot, it is better not to take my heart failure medication
 when I am feeling better, I can stop taking my medication for heart failure.
 it is important that I take my heart failure medication regularly
5. What is the best thing to do in case of increased shortness of breath or swollen legs?
 call the doctor or the nurse
 wait until the next check-up
 take less medication
6. What can cause a rapid worsening of heart failure symptoms?
 a high-fat diet
 a cold or the flu
 lack of exercise
7. What does heart failure mean?
 that the heart is unable to pump enough blood around the body
 that someone is not getting enough exercise and is in poor condition
 that there is a blood clot in the blood vessels of the heart
8. Why can the legs swell up when you have heart failure?
 because the valves in the blood vessels in the legs do not function properly
 because the muscles in the legs are not getting enough oxygen
 because of accumulation of fluid in the legs
9. What is the function of the heart?
 to absorb nutrients from the blood
 to pump blood around the body
 to provide the blood with oxygen
10. Why should someone with heart failure follow a low salt diet?
 salt promotes fluid retention
 salt causes constriction of the blood vessels
 salt increases the heart rate
11. What are the main causes of heart failure?
 a myocardial infarction and high blood pressure
 lung problems and allergy
 obesity and diabetes
12. Which statement about exercise for people with heart failure is true?
 it is important to exercise as little as possible at home in order to relieve the heart
 it is important to exercise at home and to rest regularly in between
 it is important to exercise as much as possible at home
13. Why are water pills prescribed to someone with heart failure?
 to lower the blood pressure
 to prevent fluid retention in the body
 because then they can drink more
14. Which statement about weight increase and heart failure is true?
 an increase of over 2 kilograms in 2 or 3 days should be reported to the doctor at the next check-up
 in case of an increase of over 2 kilograms in 2 or 3 days, you should contact your doctor or nurse
 in case of an increase of over 2 kilograms in 2 or 3 days, you should eat less
15. What is the best thing to do when you are thirsty?
 suck an ice cube
 suck a lozenge*
 drink a lot

* in Dutch a 'dropje', which is a very salty lozenge

Fig. 1. Translated Dutch Heart Failure Knowledge Scale.

Appendice Q

Récapitulatif des études sélectionnées et analysées

Auteurs et année	Devis	But de l'étude	n	Age	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Bentley, De Jong, Moser & Peden, 2005	Qualitatif descriptif	Explorent le vécu des personnes insuffisantes cardiaques en regard du régime hyposodé qu'il leur a été prescrit et enseigné [traduction libre].	20	M = 60,2 ±10,7	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic d'IC due à un dysfonctionnement de la systole du ventricule gauche avec une fraction d'éjection de <50% [traduction libre]. - Avoir reçu des recommandations pour suivre un régime hyposodé de la part des professionnels de santé [traduction libre]. - Pas de problème cognitif pouvant affecter la capacité à faire l'entretien [traduction libre]. 	-

					<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas vivre dans une unité de soins de longue durée [traduction libre]. - Etre dans une phase stable de la thérapie médicale sans récent réajustement majeur [traduction libre]. 	
Heo, Lennie, Moser & Okoli, 2009	Qualitatif descriptif	Explorer les perceptions des patients concernant l'impact qu'a leur alimentation sur les symptômes de l'IC, leurs compréhension des recommandations alimentaires reçues ainsi que les facteurs favorisant leur adhésion aux recommandations alimentaires [traduction libre].	20	M = 58±10	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic d'IC confirmé par une documentation des signes et des symptômes d'IC et une preuve radiologique dans le dossier médical [traduction libre]. - Classe II à IV de la NYHA [traduction libre]. - Langue parlée : anglais [traduction libre]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes psychiques et cognitifs [traduction libre].

Bennett, Lane, Welch, Perkins, Brater & Murray, 2005	<p>1^{ère} : descriptif transversal</p> <p>2^{ème} : essai randomisé contrôlé</p>	<p>Déterminer les barrières et les bénéfices perçus par les personnes insuffisantes cardiaques au niveau de leur médication et de leur alimentation [traduction libre].</p> <p>Evaluer la pertinence de deux échelles afin d'établir des interventions faites sur mesure : Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) et Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS) [traduction libre].</p>	306	<p>M = 64±11</p> <p>M = 64±12</p>	<p>- Diagnostic d'IC [traduction libre].</p>	-
Neily, Toto, Gardner, Rame, Yancy, Sheffield, Dries & Drazner, 2002	Quantitatif	<p>Déterminer les connaissances concernant le sodium alimentaire chez les patients atteints d'une IC et identifier les facteurs pouvant avoir une influence sur la non adhésion au guide de bonnes pratiques sur la restriction sodée (2-3 g / 24 h) [traduction libre].</p>	50	M = 53±10	<p>- Diagnostic d'IC [traduction libre].</p> <p>- Disponible pour une réévaluation des connaissances sur le sodium ou après une ou plusieurs séances d'éducation avec un diététicien [traduction libre].</p>	-

van der Wal, Jaarsma, Moser, van Gilst, & van Veldhuisen, 2010	Qualitatif descriptif	Investiguer les raisons et les motivations des personnes avec une IC à adhérer à un régime hyposodé [traduction libre].	15	M = 70±13 Allant de 42 à 87.	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation pour des critères d'IC selon des critères évidents de cardiopathie [traduction libre]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention invasive dans les six derniers mois ou planifiées dans les trois mois à venir [traduction libre]. - Participation à une autre étude demandant d'autres visites d'une infirmière de la recherche [traduction libre]. - Participation à une évaluation pour une transplantation cardiaque [traduction libre]. - Incapacité à remplir un questionnaire [traduction libre].

Lennie, Worrall-Carter, Hammash, Odom-Forren, Roser, Smith, Trupp, Chung & Moser, 2008	Quantitatif	Explorer la relation entre les connaissances, les barrières perçues et l'adhésion en regard des instructions reçues pour un régime hyposodé mais également observer l'aisance à suivre ce régime [traduction libre].	246	M = 65±14	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic confirmé d'IC [traduction libre]. - Pas d'infarctus dans les trois mois précédents [traduction libre]. - Prendre des doses stables de médicaments durant l'étude [traduction libre]. - Pas de problème cognitif [traduction libre]. - Pas d'antécédent de cancer, de diabète mal contrôlé, pas d'atteinte de la thyroïde, du foie ou des reins [traduction libre]. - Vivre à la maison [traduction libre]. 	-
---	-------------	--	-----	--------------	--	---

van der Wal, Jaarsma, Moser, van Gilst & van Veldhuisen, 2007	Descriptif transversal	Comprendre les croyances concernant l'adhésion au traitement de l'IC, examiner l'association des données démographiques et des symptômes dépressifs aux croyances ainsi qu'évaluer l'adhésion aux différentes composantes du traitement de l'IC [traduction libre].	1'049	M = 71 Allant de 23 à 92.	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation causée par les symptômes de l'IC [traduction libre]. - IC confirmée par un cardiologue [traduction libre]. - IC causée par des cardiopathies [traduction libre]. 	<ul style="list-style-type: none"> - Opération invasive dans les six derniers mois [traduction libre]. - Participation dans une étude avec des visites supplémentaires d'une infirmière de recherche [traduction libre]. - Participation à une évaluation pour une transplantation du cœur [traduction libre].
--	------------------------	---	-------	------------------------------	--	---