

HES-SO, HE-Arc Santé, site de Delémont

TRAVAIL DE BACHELOR

Directeur de travail : SCHIRLIN Olivier

**En quoi les interventions d'éducation
thérapeutique impactent l'empowerment chez les
patients atteints d'insuffisance rénale chronique
terminale traités par hémodialyse ?**

Cassella Michaël, Schaffner Gautier, Vallat Loïc

Travail rendu le 5 juillet 2018

Table des matières

RESUME DU TRAVAIL	V
REMERCIEMENTS	VIII
INTRODUCTION.....	1
NATURE DU TRAVAIL REALISE	2
PLAN DU TRAVAIL.....	3
PROBLEMATIQUE.....	5
SURVENUE DE LA QUESTION DE DEPART	6
PERTINENCE DE LA QUESTION DE DEPART POUR LES SOINS INFIRMIERS	8
<i>Liens avec les différents concepts du métaparadigme.</i>	<i>8</i>
La personne.	8
La santé.....	9
Les soins infirmiers.	10
L'environnement.....	11
<i>Liens avec les différents modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier</i>	<i>11</i>
Le savoir personnel.....	12
Le savoir esthétique.....	13
Le savoir éthique.	14
Le savoir empirique.	14
Le savoir émancipatoire.	15
<i>Revue exploratoire de la littérature.</i>	<i>16</i>
PRECISION DES CONCEPTS RETENUS	19
<i>Insuffisance rénale chronique.</i>	<i>19</i>
<i>Education thérapeutique.</i>	<i>20</i>
<i>Empowerment.</i>	<i>21</i>
PERSPECTIVES, PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	22
CONCEPTS.....	23
INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE	24
<i>Anatomie des reins.</i>	<i>24</i>
<i>Fonctions des reins.</i>	<i>25</i>
La formation et sécrétion de l'urine.....	25
L'excrétion des déchets métaboliques.	25
La régulation de l'excrétion des électrolytes.	25
La régulation de l'équilibre acido-basique.	25
La régulation de l'équilibre hydrique.	26
La régulation de la pression artérielle.....	26
La régulation de la production des globules rouges.....	27
Equilibre calcique.....	27
<i>Définition et diagnostic de l'insuffisance rénale chronique.....</i>	<i>27</i>

<i>Complications.</i>	30
EMPOWERMENT	30
EDUCATION THERAPEUTIQUE	33
CADRE THEORIQUE	37
<i>Ancrage disciplinaire.</i>	38
La personne.	38
La santé.....	38
Les soins.....	38
L'environnement.....	39
<i>Le modèle infirmier de la promotion de la santé ou Health promotion model de Nola Pender.</i>	39
Caractéristiques individuelles.....	39
Cognitions et affects relatifs au comportement.	40
Comportement de santé.	41
<i>Liens entre la théorie et les concepts.</i>	42
METHODE	45
METHODE PICOT	46
CRITERES DE SELECTION DES ARTICLES.	48
CRITERES D'INCLUSION SPECIFIQUES	49
ANALYSE DES ARTICLES.....	50
SYNTHESE DES RESULTATS / DISCUSSION	51
SYNTHESE DES RESULTATS DES ARTICLES.....	52
<i>Caractéristiques individuelles.</i>	52
Facteurs personnels.....	52
<i>Cognitions et affects relatifs au comportement.</i>	54
Bénéfices et barrières perçus de l'action.	54
Sentiment d'efficacité personnelle.....	56
Influences interpersonnelles.....	59
<i>Comportement de santé.</i>	60
Engagement dans un plan d'action.	60
DEVELOPPEMENT DES RESULTATS EN LIEN AVEC LA QUESTION PICOT	63
PERSPECTIVES, PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	66
CONCLUSION	69
APPORTS DU TRAVAIL	70
LIMITES.....	72
PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE	75
REFERENCES	77
APPENDICE A	X
APPENDICE B	XI
APPENDICE C	XXVIII

Table des matières : tableaux

Tableau 1 : Définition des 5 stades de la maladie rénale chronique	28
Tableau 2: Méthode PICOT.....	46
Tableau 3 : Mots-clés et descripteurs.....	47

Résumé du travail

Contexte. La problématique de l'insuffisance rénale chronique¹ est un enjeu de société dans la mesure où, comme l'indiquent Emeriau & Lamouliatte (2017), cette pathologie concerne une importante part de la population. Cette maladie évolutive peut aboutir à une insuffisance terminale, nécessitant pour les personnes atteintes un traitement de suppléance de la fonction rénale comme l'hémodialyse. Ainsi, ce travail s'intéresse aux différentes interventions pouvant être menées auprès de cette population.

Problématique. Ce chapitre insère la thématique dans la discipline infirmière à travers les liens établis avec le métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984) et les savoirs infirmiers (Chinn & Kramer, 2015). Ce chapitre comprend également une synthèse de la revue de la littérature préliminaire.

Concepts abordés. Trois concepts ont été développés dans ce chapitre : L'insuffisance rénale chronique, l'*empowerment* et l'éducation thérapeutique du patient². De plus, le modèle de promotion de la santé de Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) est utilisé dans ce travail afin d'intégrer un cadre théorique relatif à la science infirmière.

¹ Ci-après dans le texte : IRC

² Ci-après dans le texte : ETP

Méthode. La méthode PICOT (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015) permet de définir la question de recherche de type intervention suivante : « En quoi les interventions d'éducation thérapeutique impactent l'*empowerment* chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale traités par hémodialyse ? ». Pour répondre à cette question, une recherche d'articles scientifiques a été menée dans différentes bases de données afin de sélectionner 15 articles du niveau de preuve requis. Une fois les articles retenus, ceux-ci ont été analysés par le biais de la grille adaptée de Fortin.

Résultats. Les résultats sont présentés et articulés en référence à plusieurs notions du modèle de Pender que sont : les facteurs individuels, les bénéfices et barrières perçus de l'action, le sentiment d'efficacité personnelle, les influences interpersonnelles et l'engagement dans un plan d'action. Plusieurs types d'interventions thérapeutiques se révèlent avoir un impact positif auprès de la population hémodialysée en ce qui concerne l'*empowerment*. Cet impact se manifeste par l'adoption ou l'amélioration de comportements de santé. Ces résultats semblent indiquer la pertinence d'une mise en place d'interventions d'ETP dans le contexte des soins.

Conclusion. La conclusion se concentre sur les apports personnels et communs de ce travail, les limites inhérentes à la démarche, ainsi que les perspectives pour la recherche à venir.

Mots-clés. Insuffisance rénale chronique / Hémodialyse / Éducation thérapeutique / *Empowerment*

Keywords. *Renal insufficiency chronic / Hemodialysis / Self – managment / Empowerment*

Remerciements

La réalisation de ce travail a été rendue possible grâce à une myriade de personnes qui nous ont épaulés tout au long de notre épopée. Leur soutien s'est manifesté par des conseils avisés et par de nombreux encouragements.

Tout d'abord, nous souhaitons remercier chaleureusement et sincèrement notre directeur de travail de *Bachelor*, Monsieur Olivier Schirlin, pour sa disponibilité, son regard éclairé et sa bienveillance perceptibles tout au long de notre travail. Il nous a permis d'orienter notre réflexion dans les moments de flou et de remise en question et a assuré un suivi de qualité à notre démarche.

Ensuite, il s'agit pour nous de témoigner de notre reconnaissance envers Madame Françoise Schwander-Maire, Madame Pauline Laporte ainsi que Monsieur Pascal Comte, qui, lors des cours portant sur le travail de *Bachelor*, ont su nous apporter leur savoir, leur expérience et leur regard critique quant à la recherche scientifique inhérente à notre méthodologie.

Nous remercions particulièrement Madame Anne-Sophie Mayeur en sa qualité d'infirmière en néphrologie, ainsi que Monsieur Jacques Bassin, ICUS de l'unité de dialyse de l'Hôpital du Jura, qui nous ont permis d'appréhender notre problématique et surtout, qui nous ont chaleureusement permis d'organiser une visite sur le terrain afin d'établir un contact auprès de patients hémodialysés.

Nous sommes également reconnaissants envers notre relecteur, Sébastien Jubin, pour le temps et la patience consacrés à la correction de notre travail.

Nous adressons un remerciement tout particulier à nos proches qui ont fait preuve de compréhension, de soutien et de renforcement positif à notre égard et ce, à tout instant.

Nous présentons d'ores et déjà nos plus plates excuses à toutes les personnes ayant participé au bon déroulement de ce travail, si, par inadvertance, nous avons omis de leur consacrer les remerciements qui s'imposent.

Enfin, pour conclure, chaque membre du groupe tient à témoigner de l'engagement, de la collaboration, de l'empathie et de la belle entente qui a émané du groupe durant la totalité de la réalisation de ce travail. Cet état d'esprit nous a permis de mener notre projet à bien. Ainsi, nous nous adressons des remerciements réciproques.

Introduction

Nature du travail réalisé

Le point d'orgue de notre cursus de formation en sciences infirmières se concrétise par la réalisation d'un travail de *Bachelor*. Ce projet prend la forme d'une revue de littérature ayant comme point d'ancrage la formulation d'une question de recherche et la synthèse de résultats provenant d'une analyse étoffée de plusieurs articles scientifiques. Notre démarche se concentre sur la pathologie de l'IRC, ses impacts et ses contraintes sur les patients, ainsi que sur les différentes interventions thérapeutiques mobilisables.

Nous estimons que ce travail contribuera à développer plusieurs compétences qui seront pertinentes pour notre futur professionnel. Premièrement, ce travail est pour nous l'occasion de mettre en pratique les connaissances acquises au cours de la formation en ce qui concerne la méthodologie de recherche scientifique. En effet, il s'agit pour nous d'utiliser différents outils (bases de données, grilles d'analyse, etc.) afin de rechercher, de sélectionner de manière critique des articles et de les analyser. Le fait d'acquérir de l'expérience quant au processus de recherche scientifique sera un atout pour notre future pratique professionnelle. Cela constituera un élément facilitateur en ce qui concerne la recherche et l'utilisation de résultats probants pour la pratique infirmière. Deuxièmement, ce travail est l'occasion de développer des connaissances théoriques en lien avec les différents concepts inhérents à la thématique de l'IRC et de l'hémodialyse. Ces connaissances, une fois acquises, seront sans nul doute utiles à notre future.

pratique. Troisièmement, ce travail est l'occasion pour nous de développer des compétences de collaboration nécessaires à l'avancement d'un projet tel que le nôtre. En effet, le fait de devoir s'organiser, de confronter des visions différentes, ainsi que de mobiliser les ressources spécifiques à chaque membre sont autant d'enjeux relatifs à la vie d'un groupe de travail. Les compétences développées en lien avec ces différents éléments nous seront assurément précieuses dans le cadre de notre avenir professionnel, étant donné l'impact du travail d'équipe dans la profession infirmière.

Plan du travail

Ce travail est constitué de différentes parties que nous allons brièvement décrire. Cette introduction précède la problématique. Cette dernière va nous permettre de préciser le contexte dans lequel ce travail s'intègre. Nous allons donc présenter notre question de départ ainsi que la recherche de littérature qui nous a permis d'affiner notre réflexion et d'orienter la poursuite de la rédaction car cela nous mène à définir les concepts théoriques utilisés dans la suite de notre ouvrage. De plus, ce chapitre est l'occasion d'apporter un regard infirmier sur notre thématique en lien avec le métaparadigme infirmier selon Fawcett (1984) et les savoirs infirmiers selon Chinn & Kramer (2015). Ce travail se poursuit par un développement des concepts retenus à la lumière de différents auteurs ainsi que par l'intégration du modèle de Nola Pender à

l'essence de notre thématique. S'ensuit le chapitre consacré à la formulation de notre question de recherche ainsi qu'à la méthodologie inhérente à la sélection d'articles. Le chapitre de la synthèse des résultats, élément central de notre travail, s'efforce d'articuler et d'intégrer le contenu de l'analyse des articles retenus en regard du modèle de la promotion de la santé (Pender et al., 2015). De plus, ce chapitre est l'occasion pour nous d'apporter des éléments de réponses concernant notre question de recherche ainsi que d'apporter des perspectives à la pratique infirmière. Enfin, la conclusion de ce travail nous permet de porter un regard réflexif concernant les apports et les limites de l'ensemble de notre démarche. Notre conclusion s'achève par des propositions dans le but d'explorer les différentes pistes d'approfondissement pour la recherche scientifique.

Problématique

Survenue de la question de départ

Lors de la répartition des thématiques pour l'élaboration du travail de *Bachelor*, nous avons manifesté de l'intérêt pour les thématiques en lien avec l'insuffisance rénale. En effet, au travers des différents contenus enseignés, des périodes de formation pratique en contexte de dialyse et des expériences personnelles de chacun, l'insuffisance rénale s'est avérée un sujet source d'inspiration pour l'intégralité du groupe. Cet intérêt a abouti au choix de la question initiale suivante : « Quelles sont les interventions infirmières les plus appropriées concernant les fistules des patients hémodialysés ? ». Cependant, en lien avec la spécificité de la question et son implication dans la pratique, il s'avère que nous avons éprouvé le besoin de nous documenter sur la question des interventions concernant les fistules artério-veineuses des patients hémodialysés. Ainsi, avant toute chose, une revue préliminaire de la littérature a été faite par rapport aux interventions infirmières exclusivement liées aux fistules. Or, les résultats obtenus dans les différentes bases de données étaient limités en nombre. En effet, il s'avère que la majorité des articles trouvés concernant les fistules artério-veineuses concerne principalement des protocoles de soins en lien avec la ponction de l'abord vasculaire. Cela nous a amené à remettre en question l'approche de la thématique initiale. Afin d'élargir notre champ de réflexion, une revue exploratoire plus large a été menée. Celle-ci ne s'est pas uniquement focalisée sur les interventions de soins menées sur les fistules, mais plutôt sur la prise en charge globale des patients

hémodialysés. Cela nous a permis d'envisager de nouvelles perspectives en lien avec les interventions infirmières chez cette population. En effet, une part conséquente des interventions mentionnées à travers la littérature scientifique concerne des interventions non pas de nature technique, mais plutôt d'ordre relationnel. Partant de ce constat, nous avons choisi de rediriger notre attention non plus uniquement sur les interventions liées aux fistules, mais sur les interventions infirmières en général. Afin d'étoffer notre réflexion, nous avons, par l'intermédiaire de Madame Mayeur, assistante HES et infirmière en néphrologie, pris contact avec l'unité d'hémodialyse de l'Hôpital du Jura. Cette prise de contact a abouti à une visite de l'unité du site de Delémont. Cette brève immersion dans le contexte d'hémodialyse nous a permis d'une part, d'appréhender le déroulement d'une séance d'hémodialyse et d'autre part, nous avons constaté que l'aspect relationnel entre le patient et l'infirmier représente une part prépondérante de la prise en charge. A partir de ces différentes démarches, nous avons constaté l'importance des deux types d'interventions suivantes : les interventions techniques et les interventions relationnelles. De ce fait, nous avons élaboré la question de départ suivante : « Quelles sont les interventions infirmières les plus appropriées auprès des patients hémodialysés ? ». Bien qu'au niveau formel, cette adaptation de la thématique de base soit minime, elle apporte une nuance nécessaire afin de mener une revue exploratoire faisant état des divers types d'interventions existants actuellement dans le milieu de la pratique.

Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers

Liens avec les différents concepts du métaparadigme. Dans le but d’ancrer ce travail dans le cadre de la discipline infirmière, il semble essentiel de clarifier les liens entre la question de départ et le métaparadigme infirmier. Fawcett (1984), définit quatre concepts fondamentaux qui déterminent l’essence de la discipline infirmière : la personne, la santé, les soins et l’environnement.

La personne. Selon Chinn & Kramer (2015), la dimension philosophique la plus importante du concept de la personne est celle de *wholeness*. Il s’agit d’un concept qui envisage la personne dans son intégralité.

En lien avec notre thème, les infirmiers prodiguent des soins aux personnes souffrant d’insuffisance rénale chronique terminale³ en adoptant une approche holistique de la personne soignée ; c’est-à-dire en prenant en compte ses dimensions biologiques, sociologiques, psychologiques et spirituelles. Cependant, comme le disent Chinn & Kramer (2015), la totalité de la personne est supérieure à la somme de ses différentes dimensions. Nous considérons important cette subtilité, de par le fait qu’il semble aisé d’analyser ces différentes dimensions de manière isolée et donc de s’écarter de cette vision totale de la personne.

³ Ci-après dans le texte : IRCT

La personne qui fait, une fois en situation d'IRCT, le choix de suivre un traitement d'hémodialyse voit son quotidien radicalement modifié. En effet, l'IRCT, ainsi que le traitement d'hémodialyse impliquent plusieurs contraintes et nécessitent donc une adaptation de la part de la personne. En effet, celle-ci peut potentiellement être affectée dans toutes ses dimensions. De plus, l'hémodialyse demande une implication directe et constante de l'individu qui se voit être un acteur primordial de sa santé.

La santé. Chinn et Kramer (2015), identifient la santé comme étant le but des soins infirmiers. Cependant, il semble important de spécifier que la santé est perçue de façon distincte selon les différents paradigmes infirmiers. L'OMS, elle, émet la définition suivante : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2018). Dans le cadre de ce travail, la vision de la santé que nous avons retenue est celle de l'approche de la transformation du point de vue de Watson. A l'origine, sa définition de la santé était proche de celle édictée par l'OMS. Cependant, Watson (2008; dans Reilly, Sherbrooke, Cara, & Delmas, 2010) a développé une vision différente statuant que la santé est l'unité et l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit. Pour notre travail, cette conception de la santé semble pertinente, dans la mesure où la santé des patients pris en charge en hémodialyse peut être influencée par ces différentes dimensions. Par exemple, Horigan, Rocchiccioli, & Trimm (2012), mettent en évidence les différents facteurs pouvant impacter le symptôme de

la fatigue. A travers leur étude, la fatigue est un symptôme décrit comme pouvant émaner d'éléments physiologiques ou psychologiques. De plus, cette fatigue peut impacter sur l'harmonie entre les trois dimensions décrites par Watson (2008; dans Reilly et al., 2010) que sont le corps, l'âme et l'esprit.

Les soins infirmiers. Les soins sont généralement représentés comme étant un processus d'aide focalisé sur les interactions interpersonnelles entre l'infirmier et un autre individu (Chinn & Kramer, 2015a). Ces interactions sont, selon la situation, tantôt dirigées par l'infirmier, tantôt dirigées par le patient. Dans tous les cas ces interactions ont pour but de créer la santé.

En lien avec la question de départ et le contexte d'hémodialyse, les infirmiers prodiguent des soins aux travers de différents types d'interventions. Un type d'intervention est d'ordre technique, comme par exemple la gestion des diverses complications pouvant survenir durant les séances d'hémodialyse (Costa et al., 2015). Un autre mode d'intervention est d'ordre relationnel. Comme l'illustre une étude, la relation avec les infirmiers peut être thérapeutique lorsqu'elle est caractérisée par le *caring* (Reilly et al., 2010). Le contexte d'hémodialyse requiert également des interventions liées à la promotion et à l'éducation à la santé. En effet, il s'agit d'informer et d'accompagner le patient dans la compréhension et la gestion des différents éléments reliés à l'IRCT (Reid, Hall, Boys, & Lewis, 2011). Le concept d'*empowerment* s'intègre également dans cette dynamique. Comme l'explique Aujoulat (2007), il s'agit pour les infirmiers de permettre au patient de

progresser dans sa prise de conscience de la maladie et dans sa capacité à gérer ou à accepter une situation qui auparavant lui conférait un sentiment d'impuissance et de détresse.

L'environnement. Selon Chinn & Kramer (2015), le concept d'environnement est central à la discipline infirmière et se reflète dans tous les autres concepts du métaparadigme infirmier. Dans le cadre de ce travail qui porte sur des patients ayant une IRCT, l'environnement est particulièrement impacté par la pathologie et le traitement. En effet, le fait de devoir aller plusieurs fois par semaine dans un service d'hémodialyse apporte de nombreuses contraintes comme celles liées à l'organisation ou à l'adaptation des rôles sociaux du patient. De plus, en lien avec la substitution de la fonction rénale par des traitements, ceux-ci peuvent également avoir un impact sur le patient et se manifester par divers symptômes tel que la fatigue.

Les concepts du métaparadigme étant précisés, il s'agit désormais de mettre en relation la question de départ avec les modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier.

Liens avec les différents modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier. Il s'agit pour nous de mettre en relation la question de recherche avec les différents savoirs infirmiers, car comme l'écrivent Chinn et Kramer (2015), la connaissance de la discipline infirmière est la connaissance qui a été collectivement admise par des critères partagés par les membres de

la discipline. Ces critères sont considérés comme une compréhension légitime et précise de ce qu'est la discipline infirmière et de ce dont elle est constituée. Initialement, il y a quatre modes de savoir qui ont été décrits par Carper (1978) : le savoir personnel, le savoir esthétique, le savoir éthique et le savoir empirique. Un cinquième savoir a été développé par White (1995), puis revu par Chinn et Kramer (2008) : il s'agit du savoir émancipatoire. (Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, 2010)

Le savoir personnel. Le mode personnel se base sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique (Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, 2010). Ce savoir englobe la compréhension de soi et de l'autre ; c'est-à-dire ce que l'infirmier connaît de lui-même et de sa relation à l'autre. Selon ce mode de savoir, tant l'intellect que l'intuition de l'infirmier permettent à celui-ci de comprendre avec finesse une situation de soins spécifique. Dans le contexte d'hémodialyse, il s'agit pour l'infirmier d'être conscient de ses propres représentations sur diverses thématiques présentes telles que la qualité de vie, l'hygiène de vie ainsi que le rapport à la mort. Il semble important pour nous d'être sensible à ces dimensions car elles ont une influence potentielle directe sur la situation du patient pris en charge. En effet, aux travers des problématiques que rencontrent les patients hémodialysés telles les contraintes liées au régime, au traitement et au rapport à la mort. L'infirmier se doit d'avoir une compréhension de soi et de l'autre afin de déduire les ressources et les besoins

inhérents à la situation de soin. De plus, comme l'écrivent Chinn et Kramer (2015), le savoir personnel est à la base de l'authenticité et de la congruence, ce qui est essentiel pour l'élaboration d'une relation thérapeutique. L'étude de Bennett (2011), prend en considération cet aspect. En effet, selon cet auteur, comme l'infirmier en unité d'hémodialyse prodigue la majorité des soins sans côtoyer d'autres professionnels de la santé, la perception de celui-ci quant aux soins et à la qualité de ceux-ci influence la manière dont ils sont prodigués.

Le savoir esthétique. Le savoir esthétique se réfère à l'appréciation de la signification d'une situation. Ce mode fait appel à l'utilisation de ressources artistiques et créatives dans le but de répondre à une expérience (du patient ou de l'infirmier) que ce soit en la rendant possible ou en la transformant en fonction des besoins exigés par la situation (Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, 2010). Lors d'une séance d'hémodialyse, ce savoir peut prendre plusieurs formes. Il touche à la capacité de l'infirmier à anticiper les situations qui n'existent pas encore, ce qui lui permet d'adopter une posture adéquate. Par exemple, repérer les signes avant-coureurs d'une complication à venir telle que l'hypotension, un risque hémorragique ou la survenue de crampes. Cependant, ce savoir se réfère également à la capacité de l'infirmier à ressentir les modifications de l'humeur ou de la motivation du patient, ce dans le but d'entrer en relation et d'offrir un soutien au patient.

Le savoir éthique. Le savoir éthique fait référence aux processus de prise en compte de valeurs et de clarification d'ordre moral qu'exigent de nombreuses situations (Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, 2010). Ce savoir a pour but de déterminer ce qui est juste, bon et désirable en s'appuyant sur des principes et des codes. La connaissance inhérente à ce savoir permet la prise de décision éclairée quant aux gestes à prodiguer ou non (Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, 2010). En hémodialyse, la question du savoir éthique est omniprésente de par la nature même de l'hémodialyse, car sans substitution de la fonction rénale, il est impossible pour les patients atteints d'IRCT de continuer à vivre. A partir de ce constat, il s'agit pour l'infirmier d'être sensible aux éventuels dilemmes pouvant survenir lors de la prise en charge d'un patient. En lien avec cette thématique, l'infirmier se doit d'informer le patient, de respecter la confidentialité et de soutenir ou d'accompagner le patient dans ses choix et sa trajectoire de vie en lien avec sa maladie.

Le savoir empirique. Ce savoir est construit à partir de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes. Dans la pratique, le savoir empirique se manifeste par la compétence scientifique de l'infirmier ainsi que par son habileté à remettre en question ses interventions de soins et d'y intégrer des savoirs issus de la recherche. Chez l'infirmier en hémodialyse, ce savoir s'exprime par toutes les connaissances physiologiques, physiopathologiques et pharmacologiques inhérentes au contexte d'hémodialyse. L'infirmier se doit

également d'être capable de remettre en question ses pratiques notamment à travers la lecture d'études scientifiques. Par exemple, en lien avec la ponction des fistules artério-veineuses, il est paru un article concernant la technique de la boutonnière utilisée dans certains services d'hémodialyse (Ball, 2010). Les connaissances issues de la recherche scientifique permettent de remettre en cause certains protocoles de soins et d'en édicter des nouveaux basés sur *l'evidence based nursing*.

Le savoir émancipatoire. Selon Chinn & Kramer (2015), le savoir émancipatoire consiste en la capacité à reconnaître des problèmes d'inégalité et d'iniquité politiques et sociales. Ce savoir se réfère aussi à la faculté de réaliser qu'il est possible d'influer sur ces éléments. Il a pour but de situer la relation patient-infirmier dans une perspective plus large que la situation de soins immédiate. Il s'agit de situer la relation dans le contexte socio-politique qui fait référence au milieu culturel, à l'identité, aux perceptions de la société quant à la santé et à la maladie, ainsi qu'au rôle social de chacun (Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, 2010). Afin d'appréhender ce savoir, il s'agit pour l'infirmier d'aller en amont du contexte d'hémodialyse. L'IRCT est une pathologie dont l'étiologie est fréquemment associée à des maladies chroniques telle que le diabète et les maladies cardiovasculaires. Or, selon la modélisation des déterminants de la santé, proposée par Whitehead, Dahlgren, & Gilson (2001), les pathologies chroniques peuvent être influencées par des facteurs bien plus généraux que le seul mode de vie

personnel. En effet, l'environnement économique ainsi que le contexte socio-politique peuvent par exemple avoir un impact sur la santé de l'individu. Il s'agit donc pour l'infirmier en hémodialyse, s'il souhaite s'imprégner du savoir émancipatoire, de se mobiliser au niveau politique concernant les problématiques de santé publique liées aux affections chroniques. La mise en pratique de ce savoir peut s'illustrer à travers des comportements tels que le fait de voter ou de prendre part à des associations en lien avec la santé publique.

Revue exploratoire de la littérature. Dans le cadre de ce travail, la revue exploratoire de littérature a pour but de mieux définir la problématique liée à la thématique de départ. Pour ce faire, cette revue est divisée en deux parties distinctes. Premièrement, il nous paraît important de commencer par un aperçu statistique de la situation en Suisse en lien avec les maladies chroniques pouvant induire une IRC. Deuxièmement, nous allons nous axer sur les interventions infirmières chez les patients hémodialysés dans le but de faire le lien entre la thématique de départ et le rôle infirmier. Cette partie s'intéresse autant aux interventions d'ordre technique, qu'aux interventions d'ordre relationnel.

Concernant les statistiques ciblant directement la population suisse et les données inhérentes à l'IRC, il ne nous a pas été possible de trouver des données statistiques probantes. En effet, après avoir eu contact avec l'Office fédéral de la statistique, il s'avère qu'aucune donnée spécifique relative à l'IRC

n'est actuellement publiée. Cependant, les statistiques américaines sont les suivantes : « La maladie rénale prévaut chez 15 % de la population selon des statistiques étasuniennes. Le diagnostic causal comprend environ 50 % de patients diabétiques et hypertendus » (Emeriau & Lamouliatte, 2017). Les deux causes chroniques que sont le diabète et l'hypertension ont été investiguées auprès de la population suisse par l'Office fédérale de la statistique lors d'une enquête de santé menée en 2012. Selon celle-ci, 6% des hommes et 4% des femmes se sont vus diagnostiquer un diabète. Concernant l'hypertension artérielle, 18% de la population a déjà fait l'objet d'un diagnostic médical d'hypertension (Office fédéral de la statistique, 2018). Bien que ces chiffres ne soient pas exhaustifs et ne permettent pas d'établir de conclusions, ils nous ont permis de constater l'ampleur de la présence de ces facteurs de risque d'IRC. Ces facteurs, ainsi que leurs liens avec l'IRC seront développés plus précisément lors du développement du concept de l'IRC.

En rapport avec la revue exploratoire, nous avons consulté plusieurs bases de données dans le but de rechercher des articles scientifiques permettant d'appréhender les multiples aspects qu'implique la prise en charge des patients dans le contexte de l'hémodialyse. Les résultats de cette recherche préliminaire nous ont permis de prendre en considération les différentes interventions de soins existantes. Concernant les interventions techniques, la littérature semble se centrer d'une part sur les interventions concernant les abords vasculaires (fistules artério-veineuses et cathéters centraux). Pour illustrer cet intérêt, Ball (2010) s'interroge sur la pertinence de la technique

dite de la « boutonnière », en mettant en avant ses limites et ses bénéfices. En ce qui concerne la principale limite, l'auteure met en évidence le manque d'études relatif au taux d'infections générées par cette technique de ponction. A contrario, l'auteure met en exergue les différents avantages de cette technique notamment le fait que celle-ci, de par la spécificité de son protocole, permet d'unifier les pratiques concernant la ponction artério-veineuse. En effet, selon l'auteure, la technique de ponction dépend habituellement de l'expérience de l'infirmier et peut de ce fait grandement varier d'un professionnel à l'autre. Dans une autre étude, Wilson, Harwood, & Oudshoorn (2013) soulignent l'importance du niveau d'expertise nécessaire à la pratique de la ponction artério-veineuse et ce, en dépit de la technique utilisée. Dans leur études sur les diverses complications potentiellement induites par la séance d'hémodialyse, Costa et al. (2015) mentionnent différentes interventions se basant sur la *Nursing Interventions Classification* pouvant être mises en place. Par exemple, quand une hypotension se déclare chez un patient, plusieurs actions peuvent être entreprises telles que l'administration d'un soluté, la surveillance des constantes ou l'utilisation de la technique de Trendelenburg.

Dans un autre axe, comme déjà explicité, nous avons pris conscience de l'importance des études menées dans le champ des interventions infirmières d'ordre relationnel. Dans leur revue de littérature, Reid et al. (2011), présentent un vaste panel d'interventions liées à différents concepts tels que le *self-management* et l'*empowerment*. Selon les auteurs, la majorité des

interventions mises en place se référant à ces concepts se révèlent efficaces pour le patient hémodialysé. Les interventions concernées sont multiples et se réfèrent par exemple à des interventions d'ETP, de soutien psychosocial ou encore à des programmes d'*empowerment*. Comme ces interventions nécessitent un développement théorique en lien avec les concepts cités précédemment, nous pensons qu'il est plus judicieux de les développer dans le chapitre concerné.

Précision des concepts retenus

La question de départ ainsi que la revue exploratoire y relative comprend trois concepts principaux. Ces concepts sont les suivants :

Insuffisance rénale chronique. Afin de définir le concept d'IRC, il nous paraît important de comprendre, dans un premier temps, le fonctionnement physiologique des reins. Ensuite, nous pourrions nous concentrer sur le processus physiopathologique qui conduit à une insuffisance rénale et pour terminer à ses conséquences sur l'individu. Cette pathologie est une maladie progressive qui aboutit irrévocablement à une dysfonction totale et irréversible de la fonction rénale. A partir de ce moment, un traitement de suppléance de la fonction rénale ou une transplantation est nécessaire. Le traitement par hémodialyse est un type de traitement possible et c'est sur celui-ci que nous allons nous concentrer dans le cadre de notre travail. Il nous semble important de spécifier le fait que nous nous focalisons sur le concept de l'IRC et donc,

nous avons choisi, à dessein, de ne pas développer le concept d'insuffisance rénale aigüe à dessein.

Education thérapeutique. Nous allons définir et délimiter le concept d'ETP dans le chapitre dédié à cet effet. Cependant, avant d'en arriver à cette partie, il s'agit pour nous d'argumenter la pertinence de l'utilisation d'un tel concept en relation avec la population hémodialysée. En effet, nous avons déjà pu constater par notre revue exploratoire l'utilisation par la pratique d'interventions intégrant la notion d'ETP. De quoi parle-t-on quand on se réfère à cette notion ? L'ETP est « une pratique de santé récente qui a progressivement été intégrée dans la prise en charge des patients atteints de maladies de longue durée » (D'Ivernois & Gagnayre, 2011, p.1). Le recours à une telle pratique témoigne d'un changement des représentations de santé admettant que l'individu est capable de savoir ce qui est le mieux pour sa santé, qu'il est l'acteur de sa santé. Ainsi, le fait de permettre à un patient malade chronique de retarder la survenue de complications ou encore d'intégrer les contraintes inhérentes à sa maladie au sein de sa vie quotidienne sont autant d'objectifs dont la réalisation peut être favorisée par des interventions d'ETP (D'Ivernois & Gagnayre, 2011). De ce fait, une telle approche implique de situer le patient au centre du processus d'éducation et donc de prendre en compte tous les éléments ayant une influence sur la capacité et la motivation du patient à apprendre. Les éléments relatifs à la réalité du patient, sa culture, ses représentations, ses projets, son degré

d'acceptation de sa maladie et son attitude face à celle-ci sont autant de facteurs qui vont influencer la prise en charge éducative du patient (D'Ivernois & Gagnayre, 2011). Comme l'écrit Tessier (2012), les professionnels de la santé et les infirmiers en particuliers ont une place primordiale au sein du processus d'ETP.

Empowerment. Dans sa thèse sur le concept d'*empowerment*, Aujoulat (2007), décrit le résumé d'une réflexion initiale menée en 2001 en collaboration avec Deccache sur l'opérationnalisation et l'évaluation du concept d'*empowerment*. Cette réflexion se base sur l'analyse de huit ouvrages généraux qui abordent la question de l'évaluation de la promotion de la santé. Cette analyse a confirmé l'*empowerment* comme critère principal d'efficacité d'une intervention de promotion de la santé. Elle ajoute qu'un des enjeux majeurs de l'éducation dans la relation de soins avec le patient est que ce dernier devienne le sujet de sa santé et non pas qu'il se transforme en un objet de soins. Dans son travail, Aujoulat (2007), décrit deux niveaux d'analyse et de pratique que sont l'*empowerment* individuel et l'*empowerment* communautaire. Dans la suite de notre travail, nous allons nous concentrer sur l'*empowerment individuel*. Nous allons émettre les liens qui peuvent être effectués entre ce concept et la situation vécue par les patients ayant une IRCT traités par hémodialyse.

Perspectives, propositions pour la pratique

Alors que nous parvenons à la fin de la problématique, nos recherches nous ont permis d'avoir un aperçu plus global des enjeux liés à la prise en charge des patients hémodialysés. Premièrement, la visite informelle effectuée auprès des patients hémodialysés nous a éclairé quant aux préoccupations de ceux-ci par rapport aux contraintes liées à leur pathologie et leurs traitements. Ce premier aperçu nous a orienté sur les interventions spécifiques pouvant contribuer à la prise en charge et au soutien de cette population quant à l'expérience des symptômes, des contraintes et de la qualité de vie. C'est dans cette perspective que notre revue exploratoire nous a permis d'identifier la thématique sur laquelle nous souhaitons diriger la suite de notre travail, à savoir la thématique de l'ETP et de son lien avec l'*empowerment*. Bien que les articles parcourus évoquent l'impact bénéfique de l'ETP sur la population des patients hémodialysés, nous avons identifié que cette notion englobe une myriade d'interventions différentes. Dès lors, nous estimons que le fait de s'intéresser aux différentes interventions envisageables et respectivement à leur effet permettra de mettre en évidence celles qui paraissent pertinentes pour la pratique infirmière. Cette perspective nous semble favorable à la prise en soins des patients traités par hémodialyse et des différents enjeux vécus par ceux-ci.

Concepts

Dans ce chapitre, nous allons développer plus en détails les concepts retenus comme prioritaires dans notre problématique et nous allons faire un lien avec une théorie de soins de sciences infirmières, à savoir le modèle infirmier de la promotion de la santé selon Pender (1982). Suite à notre revue exploratoire, nous avons décidé de nous focaliser sur les patients souffrant d'IRC et nous allons aussi nous axer sur un des traitements de cette maladie, à savoir l'hémodialyse. A travers notre revue de littérature, nous avons mis en évidence différentes approches concernant la prise en soins au niveau relationnel. Ainsi, nous allons plus particulièrement nous concentrer sur l'ETP permettant de favoriser l'*empowerment* des patients hémodialysés.

Insuffisance rénale chronique

Anatomie des reins. L'être humain possède deux reins. Un rein pèse environ 150 grammes et mesure environ six centimètres de largeur et 12 centimètres de longueur. Ils occupent une position rétropéritonéale dans la région lombaire supérieure. Chaque rein est composé d'environ un million d'unités structurelles et fonctionnelles appelées néphrons. Chaque néphron est formé d'un corpuscule rénal et d'un tubule rénal. Le corpuscule rénal est constitué de la capsule glomérulaire rénale (capsule de Bowman) et d'un ensemble de capillaires artériels appelé glomérule du rein (Marieb, Hoehn, Moussakova, & Lachaine, 2010).

Fonctions des reins.

La formation et sécrétion de l'urine. La formation de l'urine est un processus complexe qui se produit dans les néphrons. Il se déroule en trois étapes que sont : la filtration glomérulaire, la réabsorption tubulaire et la sécrétion tubulaire. L'urine est composée à 96% d'eau, 2% d'urée et 2% de déchets d'origine métabolique (Waugh, Wilson, Grant, & Ross, 2011).

L'excrétion des déchets métaboliques. Les reins sont les principaux organes excréteurs de l'organisme. Ils éliminent les déchets du métabolisme de l'être humain. Le principal déchet du métabolisme des protéines est l'urée. Les autres déchets métaboliques excrétés sont la créatine, les phosphates, les sulfates et l'acide urique (Smeltzer et al., 2011).

La régulation de l'excrétion des électrolytes. Physiologiquement, les reins éliminent une quantité d'électrolytes proportionnelle à celle ingérée par l'individu et assure ainsi un taux stable et nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. (Smeltzer et al., 2011).

La régulation de l'équilibre acido-basique. Afin de maintenir un équilibre acido-basique (pH) sanguin normal, les cellules du tubule contourné proximal sécrètent des ions hydrogène. Ceux-ci se combinent dans le filtrat aux tampons que sont le bicarbonate, l'ammoniac et l'hydrogène phosphate (Waugh et al., 2011). L'acide carbonique est converti en dioxyde de carbone

qui va être réabsorbé, maintenant ainsi le pouvoir tampon du sang et de l'eau (Waugh et al., 2011).

La régulation de l'équilibre hydrique. Lorsque l'apport liquidien augmente, la quantité d'urine excrétée augmente proportionnellement. Le processus est le même dans la situation inverse : si l'apport liquidien diminue, la quantité d'urine sécrétée diminue (Smeltzer et al., 2011). L'hormone antidiurétique (ADH ou aussi appelée vasopressine) assure la régulation de l'excrétion hydrique et de la concentration de l'urine (Smeltzer et al., 2011). Lorsque l'apport liquidien diminue, l'osmolarité sanguine augmente, ce qui va stimuler la sécrétion d'ADH. Cette hormone va augmenter la réabsorption d'eau au niveau rénal (Smeltzer et al., 2011). Lorsque l'apport liquidien augmente, il se produit le phénomène inverse : il y a alors une inhibition de la libération de l'ADH, ce qui va augmenter la diurèse (Smeltzer et al., 2011).

La régulation de la pression artérielle. Certaines cellules des artéoles afférentes des néphrons libèrent une enzyme appelée rénine en réaction à la stimulation du système nerveux parasympathique ou d'une baisse de la tension artérielle (Waugh et al., 2011). Cette libération de rénine va déclencher la cascade hormonale « rénine – angiotensine – aldostérone ». Cette réaction va avoir un puissant effet vasoconstricteur, augmenter la contractilité du myocarde et libérer des prostaglandines dans le but d'augmenter la pression artérielle (Smeltzer et al., 2011). Elle va, toujours dans la même optique,

libérer de l'aldostérone et de l'ADH qui vont respectivement créer une rétention hydro-sodée et favoriser la réabsorption d'eau au niveau rénal (Smeltzer et al., 2011).

La régulation de la production des globules rouges. Les reins sécrètent l'érythropoïétine, une hormone qui stimule la production des érythrocytes au niveau de la moelle osseuse (Smeltzer et al., 2011).

Equilibre calcique. La régulation du taux de calcium se fait principalement par la sécrétion coordonnée de deux hormones : l'hormone parathyroïdienne (PTH) et la calcitonine. Au niveau des reins, les tubules collecteurs distaux réabsorbent davantage de calcium en réponse à la sécrétion de PTH et inversement en réponse à la sécrétion de calcitonine (Waugh et al., 2011). Les reins ont aussi pour fonction de transformer la vitamine D de sa forme inactive vers sa forme active. Cette vitamine est nécessaire au maintien de l'équilibre calcique de l'organisme.

Définition et diagnostic de l'insuffisance rénale chronique. L'IRC correspond à la perte progressive et irréversible des fonctions des reins (Lacour & Massy, 2013). Elle est due à la réduction du parenchyme rénale fonctionnel. Le diagnostic est basé sur la diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG). Il intervient souvent tardivement dans l'évolution de la maladie notamment en raison du fait que les néphrons qui restent fonctionnels

s'adaptent pour compenser la perte des tissus atteints. Le DFG peut être mesuré par différentes techniques dont une qui se base sur la clairance d'une substance exogène qui n'est ni métabolisée et ni sécrétée ou réabsorbée par les tubules rénaux. Dans la pratique courante, le DFG est souvent calculé avec différentes équations à partir de la créatinémie. Cependant, cette technique est remise en cause en raison de son manque de fiabilité et du fait que la créatinémie est un mauvais reflet de la fonction rénale dans un stade précoce de la maladie. Il existe actuellement une classification universelle se basant sur le DFG et/ou la présence de signes biologiques de néphropathie. Dans cette classification, cinq stades de l'IRC sont distingués (Lacour & Massy, 2013).

Tableau 1 : Définition des 5 stades de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	> 90	MRC avec DFG normal mais présence de marqueurs d'une atteinte rénale*
2	60 - 89	MRC avec DFG légèrement diminué
3	30 - 59	IRC modérée
4	15 - 29	IRC sévère
5	< 15	IRC terminale

* protéinurie, hématurie, leucocyturie, anomalies morphologiques (recherchées par une échographie rénale) ou histologiques ou marqueurs d'un dysfonctionnement tubulaire qui persiste plus de 3 mois.

(Lacour & Massy, 2013)

De nombreuses maladies peuvent être à l'origine d'une IRC. Le rythme de progression vers l'IRC est très variable selon la maladie initiale (Lacour &

Massy, 2013). Deux types de la maladie peuvent être distingués : la catégorie qui affecte primitivement les reins et celle qui provoque une atteinte rénale secondaire. Dans la première catégorie figurent des maladies telles que la pyélonéphrite ou la glomérulonéphrite. La seconde comporte le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies systémiques (Lacour & Massy, 2013). Les complications inhérentes à l'IRC découlent directement de l'incapacité du rein à assurer ses fonctions physiologiques. Celles-ci dépendent également du stade d'avancement de la pathologie.

Une fois que l'insuffisance rénale atteint le stade terminal, c'est à dire lorsque le rein ne peut plus assurer ses fonctions, il est nécessaire de suppléer à son fonctionnement. Pour ce faire, différentes possibilités sont envisageables ; à savoir la transplantation rénale ou les thérapies de suppléance. Dans le cadre de ce travail, nous allons traiter uniquement de l'hémodialyse. L'hémodialyse emploie l'ensemble des pratiques d'épuration extrarénale permettant de débarrasser le sang des personnes insuffisantes rénales des déchets azotés et de corriger, au moins partiellement, les troubles électrolytiques, phosphocalciques et acido-basiques résultant de la défaillance de la fonction rénale (Lacour & Massy, 2013). Ce procédé permet donc de substituer une partie des fonctions du rein. Autrement dit, l'épuration du sang se déroule à l'extérieur de l'organisme à l'aide d'un circuit extracorporel et d'un « rein artificiel », nommé dialyseur. Le processus d'hémodialyse correspond à l'échange des solutés et de l'eau à travers une membrane semi-perméable entre le sang du patient et une solution de dialyse, le dialysat, qui comprend

une composition voisine de celle du liquide extracellulaire de l'organisme. Deux mécanismes physiques essentiels sont présents lors du transport des solutés et de l'eau à travers la membrane du dialyseur : la diffusion et l'ultrafiltration (Lacour & Massy, 2013). La mise en traitement par hémodialyse nécessite un abord vasculaire de longue durée assurant un débit sanguin suffisant dans la ligne extracorporelle, soit une fistule artério-veineuse, soit un cathéter veineux central (Lacour & Massy, 2013).

Complications. Selon Costa et al. (2015), plusieurs complications identifiées peuvent apparaître au cours d'une séance d'hémodialyse en raison des réponses individuelles des patients : nausées, vomissements, crampes musculaires, démangeaisons, hypotension, hypertension et hypothermie. Ainsi, la connaissance des principales complications et l'identification des interventions infirmières y relatives sont primordiales pour la qualité des soins. Ces interventions sont pertinentes pour prévenir les complications possibles, diminuer les symptômes, et ainsi assurer la sécurité du patient.

Empowerment

Le concept d'*empowerment* trouve son origine étymologique dans le latin « potere », qui signifie le « pouvoir » mais aussi le « potentiel » (Aujoulat, 2007). Il renferme autant la notion de processus, de résultat d'une action ou d'un processus, et la notion de stratégie d'intervention. Ainsi, différents

auteurs ont amené, selon leur point de vue, une définition de ce terme (Aujoulat, 2007). Nous avons retenu la définition suivante de *l'empowerment* : « C'est un processus au cours duquel la personne malade prend conscience de progresser dans sa capacité à gérer ou à accepter une situation ou des situations qui auparavant lui conféraient un sentiment d'impuissance. » (Aujoulat, 2007, p.42). L'*empowerment* individuel ou psychologique désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle (Aujoulat, 2007). Dans notre travail, nous mettons en lien *l'empowerment* individuel avec la maladie chronique des patients hémodialysés souffrant d'IRCT. Le patient est confronté à une situation aliénante de sa vie qui lui confère un sentiment de perte de contrôle le réduisant à un état d'incapacité réelle défini par le terme *powerlessness*. Face à cela, l'individu est amené à réagir dans le but de renforcer sa capacité, son sentiment de contrôle et son auto-détermination (Aujoulat, 2007). Cette vision est reprise par Lacroix & Assal (2011), qui indiquent que pour parvenir à la finalité de favoriser *l'empowerment* chez un patient, il est nécessaire d'agir sur plusieurs éléments que sont le sens d'autonomie, d'autogestion et de motivation. Nous allons dès lors aborder la notion d'efficacité personnelle qui s'intègre dans cette perspective du sentiment de contrôle. La théorie de l'efficacité personnelle est fondée sur les travaux de Bandura (1997; dans Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Cette notion théorique reflète la croyance des individus en leur capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser la plupart des situations. Une manière similaire de constater de

la façon dont se manifeste l'efficacité personnelle est d'évaluer la confiance qu'une personne possède en ses capacités à pouvoir adopter un comportement (Ogden, 2014). Dans leur livre, Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014), en se basant sur les travaux de Bandura, mentionnent que l'efficacité personnelle dépendrait de facteurs personnels et contextuels. Cela fait référence par exemple aux expériences de réussite dans des activités valorisées et à l'encouragement de la part de personnes significatives renforçant le sentiment de maîtrise dans ces activités. Comme mentionné ci-dessus, la deuxième composante essentielle de l'*empowerment* est le sentiment d'auto-détermination. Il peut se définir par les habiletés et les attitudes requises chez une personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant des choix libres non influencés par des agents externes indus (Wehmeyer, 1997). Selon cet auteur, les attitudes sont autodéterminées uniquement si elles présentent les quatre caractéristiques suivantes : la personne agit de manière autonome, le comportement est autorégulé, la personne agit avec *empowerment* psychologique et la personne agit de manière auto-réalisée. Selon la littérature, plusieurs termes sont mis en relation avec le concept d'*empowerment* tels que l'efficacité personnelle, le locus de maîtrise de la santé (*health locus of control*) et le contrôle perçu. Dans le cadre de la suite de notre travail, et étant donné la complexité des spécificités relatives à l'*empowerment*, nous avons accepté ce concept dans son sens global.

Education thérapeutique

Dans ce chapitre traitant de l'ETP, nous allons premièrement aborder cette notion en la définissant et en explicitant ses caractéristiques. Dans un second temps, nous allons circonscrire l'ETP à la thématique de la population hémodialysée.

Pour commencer, l'ETP peut se définir ainsi :

« L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. [...] Elle vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie» (D'Ivernois & Gagnayre, 2011, p.2).

Cette définition met en exergue le fait que le patient est le centre du dispositif d'ETP, c'est lui qui va être le « catalyseur » des différentes interventions mises en place, car c'est à travers lui que vont s'observer l'impact de celles-ci ; c'est-à-dire des changements (ou des consolidations) de comportements librement consentis, ayant pour but l'amélioration de sa propre santé (Tessier, 2012). Ainsi, comme l'écrivent D'Ivernois & Gagnayre (2011), il est primordial, avant toute chose, de comprendre le patient. Pour se faire, il s'agit d'établir un diagnostic éducatif. Cela consiste à investiguer chez le patient « le retentissement de la maladie sur sa vie et son activité, son contexte de vie familiale et sociale, ses projets, ses conceptions, le degré d'acceptation de sa maladie, ses handicaps ou potentialités d'apprentissage » (D'Ivernois & Gagnayre, 2011, p.49). En lien avec cela, l'infirmier se doit d'être

attentif aux ressources psychiques, au statut sociologique, à l'origine culturelle du patient et à tout autre élément révélateur de besoins concernant la maladie (Lacroix & Assal, 2011). Une fois le diagnostic éducatif explicité, il s'agit de fixer avec le patient les objectifs et les moyens pour parvenir à l'acquisition de compétences souhaitées. Il s'agit de la mise en place du contrat d'éducation entre le patient et le soignant. Ce terme de contrat dénote de l'engagement mutuel de chacun des acteurs. Pour que ce contrat soit efficace, il est nécessaire que les deux parties soient motivées et que les objectifs ainsi que les finalités dudit contrat soient clairement définis (D'Ivernois & Gagnayre, 2011). Comme nous l'avons remarqué lors de la rédaction de la problématique, l'ETP comprend un large éventail d'interventions telles que la transmission d'informations, l'enseignement de techniques d'apprentissage ou encore le soutien psychologique (D'Ivernois & Gagnayre, 2011). Le choix des interventions dépend des besoins singuliers du patient en fonction des objectifs visés et également de l'évolution du patient dans la trajectoire de sa maladie et de sa prise en charge (Lacroix & Assal, 2011).

Après avoir défini et explicité ce concept, il nous semble important d'apporter une précision sur l'utilisation du terme d'ETP dans la littérature. En effet, comme l'explique Walger (2013), il existe une multitude de termes qui gravitent autour de la notion d'ETP et tous ne se réfèrent pas aux mêmes interventions et aux mêmes finalités. L'ETP comme traditionnellement comprise dans la pratique soignante se focalise plutôt sur la notion d'adhérence du patient à un traitement. De ce fait, les interventions sont plutôt

centrées sur l'information et l'enseignement de gestes spécifiques. C'est le soignant qui dicte ce qu'il s'agit de faire (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002). Cette approche est à différencier du *self-management education* qui consiste plutôt à l'enseignement de technique de résolution de problèmes. Cette approche se focalise sur le patient et l'aide à identifier ses problèmes, à mettre en place des stratégies ainsi que des actions (Bodenheimer et al., 2002). Concernant l'orientation de notre travail, c'est cette dernière terminologie qui nous semble la plus pertinente dans la mesure où elle s'intègre dans la vision qui nous a été dépeinte durant l'ensemble de notre formation en ce qui concerne la prise en soins des patients nécessitant des interventions liées à l'ETP. De plus, comme l'écrivent Lee, Wu, Hsieh, & Tsai (2016) dans leur méta-analyse, le *self-management* est un concept large qui se réfère aux responsabilités et aux capacités du patients à vivre un mode de vie sain. Dans l'optique de la maladie chronique, le *self-management* se traduit à travers la gestion des impacts potentiels ou actuels de la maladie. Les auteurs identifient plusieurs interventions de soins relatives au *self-management*. Ces interventions ont pour but de mettre l'accent sur l'orientation des patients vers l'identification de leurs propres problèmes de santé afin de pouvoir agir dessus (Lee et al., 2016). Dans leur revue systématique concernant le *self-management* chez les patients hémodialysés, Reid et al. (2011), identifient l'utilisation de plusieurs interventions et de leurs effets. Selon les auteurs, les programmes relatifs à l'efficacité personnelle favorisent notamment la gestion du poids des patients ; les programmes

d'*empowerment* sont utiles pour augmenter le sentiment d'efficacité personnelle et pour diminuer le niveau de dépression ; les thérapies cognitivo-comportementales de groupes permettent d'augmenter le niveau de confiance et de *self-care*. Les programmes d'ETP et de soutien favorisent l'amélioration des compétences psychosociales et de la performance dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Les contrats éducatifs et les suivis téléphoniques hebdomadaires améliorent l'adhérence au traitement. Ainsi, Reid et al. (2011), à travers leur revue systématique, mettent en évidence que la plupart des interventions de *self-management* mises en place sont efficaces auprès des patients.

Dans une autre revue systématique s'intéressant à l'effet de l'ETP chez les patients hémodialysés, Idier, Untas, Koleck, Chauveau, & Rasclé (2011), identifient que le but principal de l'ETP est d'augmenter l'adhérence et la qualité de vie des patients afin qu'ils puissent vivre le mieux possible avec leur maladie. C'est ainsi que la plupart des études référencées par les auteurs mettent en évidence l'impact positif d'interventions thérapeutiques au niveau physiologique. Ces études s'orientent plus spécifiquement sur les connaissances médicales, sur les indicateurs cliniques tels que le gain de poids interdialytique, sur l'abord vasculaire ou encore sur les valeurs biochimiques telles que le taux de potassium. Cependant, Idier et al. (2011), relèvent qu'un certain nombre d'études intègrent, en plus de l'aspect physiologique, les effets psychologiques et sociaux relatifs aux interventions d'ETP. Ainsi, les auteurs soulignent le fait que de telles interventions se doivent d'englober le patient

dans son ensemble et donc de se focaliser à la fois sur ses sphères physiologiques, psychologiques et sociales.

Les deux revues de littérature parcourues illustrent bien, à notre sens, la problématique mise en avant par Walger (2013), concernant l'aspect polysémique de la littérature en lien avec le concept d'ETP. Lors de notre future recherche d'articles inhérente à la suite de ce travail, il nous semble nécessaire d'accepter et d'intégrer la pluralité des termes s'intégrant derrière l'intitulé de l'ETP.

Cadre théorique

Afin d'assurer une pertinence à notre travail, nous avons choisi d'intégrer celui-ci dans un cadre théorique de sciences infirmières ; plus précisément celui du modèle infirmier de la promotion de la santé (*Health Promotion Model*¹) élaboré par Nola Pender en 1982, puis revu en 1996. Notre travail est orienté sur l'individu et ses ressources face à la maladie chronique et non sur la pathologie en elle-même. Cela s'intègre avec la vision de Pender et al. (2015), qui s'inscrit dans une vision positive de la santé. En effet, selon ces auteurs, l'emphase doit être mise sur les forces, les résiliences, les ressources, les potentiels et les capacités de l'individu plutôt que sur sa pathologie. Cela rejoint la vision de notre travail qui vise à favoriser les ressources de l'individu

¹ Ci-après dans le texte : HPM

dans le cadre de son vécu de l'IRC. En effet, notre focus n'est pas orienté sur les éléments qui peuvent péjorer la santé de l'individu, mais bien sur les facteurs pouvant améliorer cette dernière ainsi que sa qualité de vie. Cela est d'autant plus important étant donné le fait que l'IRC ne peut pas être guérie.

Ancrage disciplinaire. Comme cité précédemment, Fawcett (1984) définit quatre concepts fondamentaux qui déterminent l'essence de la discipline infirmière. Il s'agit de : la personne, la santé, les soins et l'environnement. Dans le cadre théorique de Pender, ces quatre concepts centraux sont explicités et adaptés en fonction de son modèle.

La personne. La personne est un être bio-psycho-social influencé par l'environnement, mais qui a pour volonté de créer son propre environnement dans lequel celui-ci peut exprimer l'intégrité de son potentiel. Il s'agit donc d'une relation réciproque (Pender, 2011).

La santé. La santé individuelle s'exprime à travers la réalisation du potentiel inné et acquis de la personne. Ces potentiels s'observent par la manifestation de comportements souhaités dans les domaines du soin de soi, des relations sociales et de l'intégrité corporelle (Pender, 2011).

Les soins. Le soin est perçu comme un acte effectué en partenariat avec les patients, leur famille et leur communauté. Le but de ce partenariat est de

créer un environnement favorable à l'expression du plein potentiel du patient et à l'amélioration de ses comportements de santé (Pender, 2011).

L'environnement. L'environnement est défini comme étant le contexte social, culturel et physique dans lequel la vie se déroule. L'environnement peut être modifié de sorte à ce qu'il permette à la personne de faciliter l'adoption de comportements de santé (Pender, 2011).

Le modèle infirmier de la promotion de la santé ou Health promotion model de Nola Pender. Le HPM propose un cadre théorique pour intégrer les perspectives de science infirmière et de la science du comportement avec les facteurs influençant les comportements de santé. Le modèle offre un guide pour explorer les processus bio-psycho-sociaux complexes qui motivent les individus à s'engager dans des comportements visant à améliorer leur santé (Pender et al., 2015). Le HPM comporte trois étapes principales intégrant chacune des éléments propres.

Caractéristiques individuelles. Dans la première étape de la mise en place du modèle, il s'agit d'analyser de façon globale la situation de la personne en s'intéressant aux caractéristiques individuelles de celle-ci. Cela regroupe selon Pender et al. (2015) :

Les comportements antérieurs. Ils influencent indirectement les futurs comportements de santé à travers les différentes perceptions relatives aux expériences de santé antérieures.

Les facteurs personnels. Ils comprennent les éléments biologiques, psychologiques et socio-culturels pouvant influencer un comportement donné.

Cognitions et affects relatifs au comportement. Dans un second temps s'effectue l'analyse des éléments facilitateurs et des facteurs de contraintes relatifs à l'adoption d'un comportement de santé souhaité au travers des affects et des cognitions. Selon Pender et al. (2015), cela inclut plusieurs éléments.

Les bénéfices perçus de l'action. Il s'agit des représentations mentales des conséquences positives d'un comportement. Ces perceptions permettent de motiver l'adoption d'un comportement car un individu tendra à investir plus de temps et de ressources dans un comportement perçu comme ayant des conséquences positives sur sa santé.

Les obstacles perçus à l'action. Il s'agit des perceptions entravant l'accomplissement d'une action donnée. Elles sont souvent définies comme des sacrifices personnels à l'accomplissement d'un comportement donné. L'individu aura ainsi tendance à éviter de s'engager dans ce type de comportement.

Les affects liés à l'activité. Ils comportent trois composantes que sont la stimulation à agir, l'effet généré par la réalisation du comportement sur

l'individu et le contexte dans lequel l'action se déroule. Ainsi, le stimulus résultant de ces composantes va influencer l'individu quant à la répétition de ce comportement.

Le sentiment d'efficacité personnelle. Il s'agit du jugement personnel de l'individu à organiser et accomplir une certaine action. L'efficacité personnelle comprend des jugements inhérents à ce que l'individu peut faire en fonction des compétences qu'il a et à l'accomplissement d'un certain niveau de performance. En effet, les perceptions positives de l'individu face à lui-même vont motiver l'individu à s'engager dans un comportement.

Les influences interpersonnelles. Elles comprennent les normes sociales, le support social et l'apprentissage par l'observation d'autrui, appelé modélisation. Ces trois niveaux d'influence déterminent les prédispositions de l'individu à s'engager dans des comportements de santé.

L'influence du contexte. Il s'agit des perceptions et des cognitions personnelles liées aux situations pouvant faciliter ou entraver un comportement. Un individu sera plus compétent dans une situation dans laquelle il se sent en confiance et en sécurité.

Comportement de santé. Enfin, la dernière phase consiste en l'opérationnalisation du comportement de santé choisi. Selon Pender et al. (2015), cette étape intègre l'engagement de l'individu et les préférences et demandes concurrentielles immédiates à celui-ci.

L'engagement dans un plan d'action. Cela nécessite de la part de l'individu autant l'implication à la réalisation d'une action donnée à un temps donné, que l'identification de stratégies renforçant le comportement.

Les préférences et demandes concurrentielles immédiates. Les demandes concurrentielles sont des éléments qui entrent en compétition avec la réalisation du comportement sur lesquels l'individu à peu d'emprise. A l'inverse, les préférences concurrentielles sont des situations sur lesquelles l'individu à un grand niveau de contrôle.

Dans un souhait de pertinence, nous allons désormais nous focaliser et expliciter les caractéristiques du modèle en lien avec nos concepts et notre question de recherche.

Liens entre la théorie et les concepts. Selon Pender et al. (2015), les facteurs personnels sont catégorisés comme tel : biologique, psychologique et socioculturel. Le choix des facteurs doit être limité à ceux pouvant expliquer ou prédire un comportement donné. Nous pouvons établir un lien entre les facteurs biologiques et la population ciblée par notre question de départ. En effet, l'hémodialyse, ainsi que les complications physiologiques sont des conséquences directes d'une insuffisance rénale chronique devenue terminale.

Toujours selon Pender et al. (2015), les bénéfices perçus de l'action et les obstacles à celle-ci concernent les représentations à la fois positives et négatives renforçant ou atténuant les conséquences de l'adoption d'un comportement de santé. En lien avec *l'empowerment*, le fait d'avoir conscience

des bénéfiques ainsi que des entraves inhérentes à un changement de comportement consiste en une base sur laquelle l'individu peut agir.

En ce qui concerne le sentiment d'efficacité personnelle, celui-ci se réfère au jugement de la capacité qu'a l'individu à organiser et à effectuer une certaine action. L'efficacité perçue est le jugement de l'individu quant à sa capacité à atteindre un certain degré de performance. La perception d'un certain degré de compétence dans un domaine donné, motive l'individu à s'engager dans des comportements qu'il peut réaliser (Pender et al., 2015). Cette définition rejoint la notion de conscience de progresser présente dans la définition de l'*empowerment* selon Aujoulat (2007). En effet, avant même de pouvoir progresser, il est nécessaire de conscientiser les différents éléments pouvant interférer avec le processus, ou, au contraire le faciliter.

Pender et al. (2015), stipulent que les influences interpersonnelles impactent sur l'engagement à adopter des comportements de santé. Ces influences consistent en des cognitions qui comprennent les comportements, les croyances ou encore les attitudes des autres. Les principales sources d'influences interpersonnelles concernant les comportements promoteurs de santé sont : la famille, les pairs et les prestataires de soins. Enfin, la modélisation consiste dans l'apprentissage à travers l'observation des autres.

La finalité du HPM se traduit par l'adoption d'un comportement promoteur de santé. L'intégration de tels comportements dans un style de vie sain contribue à améliorer la santé de l'individu, à renforcer son statut fonctionnel et à lui procurer une meilleure qualité de vie indépendamment du stade de la

maladie (Pender et al., 2015). Pour atteindre ce but, il est auparavant primordial que l'individu s'engage dans un plan d'action concernant le comportement visé. Dans le HPM, Pender et al. (2015), illustrent cet engagement à travers un processus comportant deux modalités. Premièrement, l'individu s'engage à effectuer une action spécifique à un temps et une place donnés. Deuxièmement, l'individu identifie des stratégies afin de renforcer et faciliter l'adoption du comportement souhaité. Ces deux modalités peuvent être mises en lien avec le concept d'ETP dans la mesure où d'une part, c'est à travers le processus éducatif initié entre l'infirmier et le patient que ce dernier va pouvoir entreprendre de réaliser les objectifs définis et de réévaluer ceux-ci dans un laps de temps convenu. D'autre part, le but de l'ETP s'inscrit dans ce renforcement de l'adoption du comportement souhaité.

Méthode

Méthode PICOT

Nous entamons ce chapitre par présenter la démarche inhérente à la rédaction de notre question de recherche selon la méthode dite PICOT (Melnik & Fineout-Overholt, 2015). Selon cette méthode, il existe cinq types de questions de recherche, à savoir : intervention, pronostic, diagnostic, étiologie et *meaning*. Les composantes d'une question de recherches sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau 2: Méthode PICOT

P	Population / Patient / Problème
I	Interventions / Intérêt / Issues
C	Comparaison
O	Résultats / Événement mesuré, critère de jugement
T	Temps

Concernant notre recherche, cette méthode nous permet de clarifier notre question en lien avec les concepts-clés ainsi que d'effectuer une recherche de littérature selon une systématique établie dans les différentes bases de données à l'aide de mots-clés et de descripteurs. Les mots-clés ainsi que les descripteurs utilisés sont présentés dans le tableau ci-dessous. A partir de notre question de départ : « Quelles sont les interventions infirmières les plus appropriées auprès des patients dialysés ? » et après avoir investigué différents concepts, nous sommes parvenus à la formulation de la question de

type intervention suivante : En quoi les interventions d'éducation thérapeutique impactent l'*empowerment* chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale traités par hémodialyse.

Tableau 3 : Mots-clés et descripteurs

	Critères			
	P		I	O
Mots-clés	Insuffisance rénale chronique	Hémodialyse	Education thérapeutique	Empowerment
Mots-clés en anglais	Renal failure, chronic Kidney failure, chronic Renal insufficiency, chronic	Hemodialysis	Therapeutic education Self-management	Empowerment
Descripteurs				
MeSH term (PubMed/ Cochrane)	Renal insufficiency	Renal dialysis	Self-management	Power (psychology)
OVID	Renal insufficiency Kidney diseases	Renal dialysis Hemodialysis	Self-management Self-care	Power (psychology) Interpersonal Control
Cinahl headings	Renal insufficiency, Chronic	Dialysis patients	Self-Care	Empowerment

Critères de sélection des articles.

Nous avons utilisé Cinhal, Cochrane, Medline, Pubmed ainsi que PsycInfo comme bases de données afin de procéder à la recherche de nos articles à l'aide des descripteurs susnommés. Nous avons directement organisé notre recherche afin de sélectionner des articles datant de moins de dix ans et correspondant à un niveau de preuve d'un degré un ou deux ; c'est-à-dire soit des revues de littératures, soit des études contrôlées randomisées. Nous n'avons pas jugé pertinent de recourir à l'utilisation de l'*impact factor*, car notre sélection s'est révélée suffisamment restrictive pour satisfaire au nombre requis par le cadre formel de ce travail.

A l'issue de notre première tentative, quatorze articles ont retenu notre attention. Suite à la lecture de ceux-ci, cinq ont été exclus de notre sélection. Parmi ces derniers, quatre d'entre eux se sont révélés être des protocoles d'études à venir. De ce fait, ils ne contenaient pas de résultats et dès lors n'étaient pas pertinents dans le cadre de notre travail. Le cinquième article s'est avéré ne pas correspondre au niveau de preuve attendu de par le devis de recherche et la méthode utilisés.

Afin d'être le plus complet possible en lien avec l'analyse de résultats et la discussion y relative, nous avons décidé d'étoffer notre sélection. Dans cette deuxième phase de recueil d'articles, nous n'avons pas utilisés les descripteurs inhérents à chaque base de données mais avons préféré la simple utilisation de mots-clés relatifs à nos concepts. Cette seconde recherche nous a permis de retenir six nouveaux articles. Concernant un des articles retenus, il ne nous

a pas été possible de retrouver le cheminement exact menant à sa découverte. Cela nous a mené à utiliser d'autres mots-clés que ceux pris en compte précédemment, ce jusqu'à ce que nous retrouvions l'article en question.

Critères d'inclusion spécifiques

Outre les précautions liées à la date de parution et au niveau de preuve hiérarchique, nous avons élaborés d'autres critères d'inclusion relatifs à la thématique abordée par les études répertoriées. Ainsi, afin d'être retenus, les titres des articles devaient présenter des termes inhérents à *l'empowerment* et /ou à l'ETP et concerner des patients en état d'IRC en traitement d'hémodialyse. Une fois ce tri effectué, nous avons procédé à la lecture des *abstracts* de chacun des articles afin de confirmer leur pertinence en regard de notre question de recherche. De cette manière, nous avons retenus les articles se focalisant spécifiquement sur des patients suivant un traitement de dialyse. En effet, parmi la multitude d'articles repérés, une certaine proportion de ceux-ci s'intéresse aux interventions d'ETP dans le cadre des stades d'IRC précédant le stade terminal de la pathologie. De ce fait, ces articles ne sont pas centrés sur la population concernée par ce travail, à savoir les patients atteints d'IRCT nécessitant un traitement d'hémodialyse.

Analyse des articles

Afin d'analyser de manière critique l'ensemble des articles sélectionnés, nous avons eu recours à l'utilisation de la grille adaptée de Fortin (Fortin & Gagnon, 2016) fournie par la HE-ARC Santé. Le but de cette démarche est de fournir une analyse critique et de faire ressortir les éléments significatifs de chaque étude. Les grilles de Fortin dûment complétées figurent dans les appendices.

Synthèse des résultats / Discussion

Synthèse des résultats des articles

Après la lecture des quinze articles retenus et leur analyse par l'intermédiaire de la grille de Fortin, nous avons dégagé plusieurs thématiques récurrentes. Il nous semble pertinent de mettre ces thèmes directement en lien avec le HPM de Nola Pender ; ceci dans le but d'inscrire notre travail dans une perspective infirmière. Ainsi, la synthèse de nos résultats est structurée selon les trois étapes du HPM à savoir les caractéristiques individuelles, les cognitions et affects relatifs au comportement de santé souhaité et l'opérationnalisation du comportement de santé.

Caractéristiques individuelles.

Facteurs personnels. Lerma et al. (2017), dans leur étude, se sont intéressés aux effets d'une thérapie cognitivo-comportementale sur les symptômes de dépression et d'anxiété. Cette étude s'inscrit dans la perspective des facteurs personnels au sens du HPM, dans la mesure où elle s'est intéressée aux facteurs psychologiques pouvant impacter la qualité de vie des patients et leur capacité à adopter un comportement de santé. Les résultats ont mis en évidence le fait qu'une intervention cognitivo-comportementale permet de diminuer significativement les scores de dépression et d'anxiété éprouvés par les patients dans le cadre de leur IRCT. Cette intervention a consisté en l'utilisation de trois techniques. L'activation comportementale a eu pour but d'augmenter les sources de renforcement positif afin de contrer les stratégies d'évitement, de distanciation et d'inactivité.

L'enseignement de techniques de relaxation a visé à la gestion de l'anxiété. Enfin, la restructuration cognitive a été appliquée pour changer les distorsions cognitives des patients en lien avec des pensées négatives ou déformées. Dans leur méta-analyse, Lin, Liu, Hsu, & Tsai (2017) soulignent le fait qu'il existe une prévalence élevée d'anxiété et de dépression chez les patients hémodialysés. De plus, ceux-ci mettent en évidence le fait que des interventions de *self-management* ont un effet positif significatif sur l'anxiété et la dépression chez cette population.

Poorgholami, Mansoori, Montaseri, & Najafi (2016), dans une autre étude, se sont concentrés sur le niveau d'espoir des patients hémodialysés. Les auteurs se basent sur le postulat qu'un haut niveau d'espoir reflète un haut degré de contrôle et de compréhension de la maladie. L'espoir peut être envisagé comme une composante psychologique pouvant influencer le processus d'adoption d'un comportement de santé à l'instar de facteurs cités par Pender et al. (2015) que sont l'estime de soi, la motivation personnelle et la santé perçue. Dans la perspective d'améliorer le niveau d'espoir des participants, les auteurs ont évalué l'efficacité d'une intervention d'ETP comportant un axe centré sur la transmission d'informations concernant l'IRC, son traitement par hémodialyse et les contraintes y relatives. Un deuxième axe centré sur la gestion du stress et sur la reconnaissance des symptômes liés à la maladie a été mis en place. A la suite de cette intervention, un suivi téléphonique a été entrepris. Cet essai randomisé contrôlé a démontré des

résultats significatifs liés à ce type d'intervention sur le degré d'espoir des participants.

Cognitions et affects relatifs au comportement.

Bénéfices et barrières perçus de l'action. Comme nous l'avons mentionné dans la présentation du HPM, les représentations cognitives ont un impact primordial chez l'individu concernant l'adoption d'un comportement de santé. Plusieurs études se sont focalisées sur les bénéfices et sur les barrières perçus des patients insuffisants rénaux chroniques quant à certains comportements de santé. C'est pour cette raison que nous avons choisi de présenter l'ensemble de ces études sous un seul sous-chapitre. L'intervention d'ETP menée par Griva et al. (2018) a ciblé les comportements de *self-management* des patients hémodialysés. Elle a consisté en quatre séances de groupes centrées sur les facteurs entravant en lien avec les apports liquidiens, le régime alimentaire et la médication, ainsi que la résolution de problèmes inhérents à ces problématiques. La finalité de cette intervention a été d'élaborer de nouvelles stratégies d'adaptation basées sur les forces et les ressources des patients. Ainsi, les auteurs ont fait ressortir que l'intervention menée a contribué à améliorer significativement les divers indicateurs cliniques, tels que le gain de poids interdialytique ou le taux de potassium sérique. Une telle amélioration tend à démontrer une amélioration des comportements d'auto-soin de la part des patients. Liu, Liu, Wang, An, & Jiao (2016) ont abordé d'une manière différente l'intervention d'ETP. En effet,

ceux-ci se sont basés sur un programme d'intervention comportant trois processus : l'acquisition de connaissances, les croyances générationnelles et le développement de comportements. L'intervention menée sur une base bimensuelle durant six mois a consisté à la transmission de connaissances de la part de l'infirmier au patient et à sa famille concernant la pathologie, l'hémodialyse, le régime alimentaire et les apports liquidiens. Selon les auteurs, l'augmentation des connaissances permet de modifier les croyances de santé. Cela impacte positivement le niveau de motivation et les bénéfices perçus inhérents à un changement d'un comportement de santé. Les résultats ont montré une augmentation significative des connaissances dans le groupe d'intervention, ce qui s'est également traduit par une amélioration significative des comportements de *self-management*. Dans une autre perspective, Wong, Chow, & Chan (2010), se sont intéressés à la non-compliance des patients atteints d'IRCT concernant les contraintes associées à la pathologie et au traitement de substitution de la fonction rénale. La non-compliance peut-être due à une multitude de facteurs se rapprochant de la notion de barrière perçue décrite par Pender et al (2015) relative à la difficulté pour les patients présentant une maladie chronique d'adopter un mode de vie sain. L'intervention mise en place par les auteurs a consisté en un suivi téléphonique hebdomadaire axé sur les préoccupations de santé du patient, sur l'évaluation de ses besoins ainsi que sur les comportements de *self-management* présents chez celui-ci. Les résultats de l'étude ont mis en exergue une amélioration significative de la compliance chez les patients du groupe d'intervention

comparativement au groupe contrôle concernant les comportements de santé relatifs aux apports liquidiens, à la prise de médication et à la participation au traitement de suppléance de la fonction rénale.

Sentiment d'efficacité personnelle. En lien avec le sentiment d'efficacité personnelle, Pender et al. (2015) écrivent que chez un patient, le fait de se sentir efficace et compétent face à un comportement de santé, va encourager celui-ci à accomplir et réitérer le comportement de santé souhaité.

Aliasgharpour, Shomali, Moghaddam, & Faghihzadeh (2012) ont cherché à mettre en évidence les effets d'un programme de promotion de l'efficacité personnelle chez les patients hémodialysés. L'intervention menée s'est basée sur les quatre composantes de l'efficacité personnelle définies dans la théorie de Bandura. La première étape de l'intervention a consisté à transmettre des informations en lien avec la physiopathologie de l'IRC, l'alimentation, les apports hydriques et la médication. La deuxième a consisté en un partage d'expériences entre les participants. La troisième s'est focalisée sur des stratégies de renforcements et la dernière s'est axée sur la relaxation musculaire. Immédiatement et deux mois après la fin de l'intervention, les résultats de cette étude ont montré des différences significatives au sein du groupe d'intervention en terme d'efficacité personnelle. Cela s'est manifesté cliniquement par une réduction du gain de poids interdialytique. Dans la même optique, Moattari, Ebrahimi, Sharifi, & Rouzbeh (2012), eux, ont souhaité évaluer l'effet d'un programme d'*empowerment* sur l'efficacité personnelle des

patients hémodialysés et, a fortiori, sur leurs comportements de santé. L'intervention a été divisée en deux parties. La première partie s'est centrée sur l'évaluation individuelle des besoins des patients ainsi que sur leurs compétences dans la perspective de formuler des objectifs de santé. La deuxième partie s'est focalisée sur la gestion du stress, les stratégies d'adaptation et sur le support social des participants. Les résultats de l'étude témoignent d'une amélioration significative de l'efficacité personnelle chez le groupe d'intervention à travers la diminution du niveau de stress et l'amélioration de certains indicateurs cliniques tels que la diminution de la pression sanguine et du gain de poids interdialytique. Griva et al., (2018) ont également évalué l'effet de leur intervention sur le sentiment d'efficacité personnelle des participants comme variable secondaire de leur étude. Leurs résultats indiquent que le groupe d'intervention a vu son sentiment d'efficacité personnelle augmenter significativement une semaine ainsi que trois mois après la fin de l'intervention. Dans une analyse secondaire d'un essai randomisé contrôlé publié en 2016, Howren, Cozad, & Christensen (2017) ont quant à eux examiné le rôle interactif du contrôle perçu et de la préférence pour le contrôle sur l'observance d'une restriction en apport liquidien chez les patients atteints d'IRC. Ils arrivent à la conclusion que les patients ayant un contrôle perçu élevé et une grande préférence pour le contrôle ont démontré l'adhérence la plus favorable à la restriction en apport hydrique. Selon les auteurs, cela suggère que les patients qui croient que les résultats liés à la santé sont reliés à leurs propres comportements, peuvent adhérer plus

facilement et plus efficacement aux régimes complexes dans lesquels l'autogestion est essentielle. Dans leur méta-analyse, Lin et al. (2017) mentionnent le fait que l'amélioration de l'efficacité personnelle augmente l'adoption de comportements de santé chez les patients hémodialysés et que les interventions de *self-management* ont un effet modéré sur l'augmentation de l'efficacité personnelle.

D'autres études investiguant l'efficacité personnelle aboutissent sur des constats différents. Kauric-Klein (2012) a souhaité évaluer l'effet d'une intervention d'ETP de soutien sur la pression sanguine et ses différents facteurs d'influence, dont le sentiment d'efficacité personnelle relatif à la gestion de celle-ci. L'intervention a consisté en deux sessions d'informations centrées sur l'hypertension, ses causes dans le contexte d'IRCT, ses risques ainsi que les comportements pouvant l'améliorer. Après ces deux sessions, un suivi de douze semaines a été mis en place afin d'évaluer l'évolution des patients quant à leurs objectifs, de les soutenir et de renforcer les comportements de santé mis en place. Les résultats de l'étude présentée par Kauric-Klein (2012) ne corroborent pas réellement le postulat de Pender et al. (2015), relatif à l'efficacité personnelle. En effet, bien que l'auteur ait mis en évidence une diminution significative de la pression artérielle chez le groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle, il n'y a pas eu de différence significative concernant les scores d'efficacité personnelle. De ce fait, selon l'auteur, le mécanisme d'effet de l'intervention sur les résultats n'est pas clair. Dans une étude menée a posteriori Kauric-Klein, Peters, & Yarandi

(2017) ont axé leur recherche sur l'efficacité personnelle et sur sa corrélation avec des comportements de santé relatifs à la gestion de la pression sanguine chez les patients hémodialysés. L'intervention mise en place, bien que similaire à celle effectuée par Kauric-Klein en 2012, a comporté quelques nuances. En effet, lors des douze semaines de suivi, une intervention relative à la résolution de problème a été intégrée. Dans les résultats obtenus par Kauric-Klein et al. (2017), il n'y a pas d'amélioration significative des scores d'efficacité personnelle après l'intervention, ce autant au sein du groupe d'intervention, qu'entre celui-ci et le groupe de contrôle. Afin d'interpréter les résultats obtenus, les auteurs émettent l'hypothèse que les scores d'efficacité personnelle des participants avant le début de l'intervention étaient déjà relativement élevés.

Influences interpersonnelles. Comme le décrit Pender et al. (2015), la modélisation constitue une stratégie importante pour permettre un changement de comportement de santé. Dans leur étude Bellomo, Cocchetta, Pasticci, Rossi, & Selvi (2015) ont voulu évaluer l'effet d'une intervention psychologique sur le gain de poids interdialytique et la sensation de soif. L'intervention a été mise en place sur cinq séances hebdomadaires par un thérapeute qui a agi en tant que facilitateur des relations interpersonnelles entre les différents participants et non en tant qu'expert de la thématique. Le but de l'approche a été de favoriser le développement de l'individu quant à la mise en place de stratégies relatives à l'*empowerment* liées à la gestion des

problèmes spécifiques inhérents au contrôle de la soif et au gain de poids interdialytique. Les résultats de cette étude ont démontré une réduction significative du gain de poids interdialytique dans le groupe d'intervention contrairement au groupe contrôle. Cette réduction n'a pas été démontrée en ce qui concerne la sensation de soif. Les auteurs pensent donc que la diminution significative du gain de poids interdialytique a été rendue possible par l'amélioration de facteurs illustratifs de *l'empowerment* tels que la confiance en soi et le sentiment d'efficacité personnelle.

L'étude de Griva et al. (2018) s'inscrit également dans cette thématique des influences interpersonnelles dans la mesure où l'intervention visant à élaborer de nouvelles stratégies d'adaptation a été orientée en fonction des patients. En effet, c'est par l'intermédiaire des expériences et des ressentis partagés par les patients que de nouvelles stratégies ont pu être découvertes. Ainsi les auteurs se sont basés sur le soutien entre pairs pour parvenir à améliorer les comportements de santé des patients.

Comportement de santé.

Engagement dans un plan d'action. Selon Pender et al. (2015), l'engagement dans un plan d'action peut impliquer la mise en place d'un contrat mutuel entre le patient et le professionnel. Le patient s'engage à réaliser une action alors que le professionnel s'engage à le soutenir et à le valoriser. Dans leur étude Tao, Chow, & Wong, (2015) ont établi un protocole de gestion de cas développé sur la base du modèle de promotion de la santé

de Pender. Le but de cette étude était d'examiner les effets d'un programme de gestion de cas étendu sur douze semaines et piloté par un infirmier. Ce programme s'est focalisé sur l'entraînement physique à domicile des patients hémodialysés. L'intervention principale a été composée d'entretiens infirmiers. Le contenu de ces entretiens s'est principalement centré sur les obstacles à l'activité physique, l'identification et la résolution de problèmes, l'établissement d'objectifs à propos d'exercices physiques à pratiquer à domicile, et finalement la négociation d'un plan d'action. Des améliorations significatives de l'activité physique et de la qualité de vie ont été observées dans le groupe d'étude. Les auteurs mettent en perspective ces résultats et concluent que l'exercice physique à domicile, soutenu par une approche de gestion de cas dirigée par un infirmier constitue une intervention pratique et efficace pour améliorer la fonction physique et la santé auto-perçue des patients hémodialysés stables.

Dans leur étude, Howren et al. (2016) ont évalué l'efficacité d'une intervention d'autorégulation comportementale sur l'adhérence à la restriction en apport hydrique requise par le traitement d'hémodialyse. L'intervention a comporté une séance hebdomadaire d'entretien avec des groupes composés de trois à huit patients pendant une période de sept semaines. Les entretiens ont porté sur les raisons de l'application des restrictions hydriques, les effets immédiats et à long terme d'une non-observance et les processus d'autorégulation. La finalité était l'établissement d'objectifs et de stratégies par le patient afin de gérer l'apport liquidien et de renforcer ses comportements de santé. L'analyse des résultats n'a pas démontré une différence significative

entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. Cependant, une légère diminution du gain de poids interdialytique a été observée à la fin de l'étude dans le groupe d'intervention. Les auteurs émettent l'hypothèse que l'intervention menée auprès du groupe contrôle peut avoir joué un rôle dans l'effet non significatif du traitement. En effet, le groupe contrôle a reçu une intervention proche de celle reçue par le groupe d'intervention.

Dans son étude contrôlée randomisée, Cho (2013) a étudié l'effet d'un contrat de santé sur le comportement d'auto-soin des patients atteints d'insuffisance rénale traités par hémodialyse. L'intervention a consisté à la réalisation d'entretiens dans le but d'établir des objectifs hebdomadaires en fonction du registre d'auto-soins rédigé par le patient. Ce registre comportait plusieurs items tels que le gain de poids interdialytique, la pression artérielle ou encore le régime alimentaire. Les objectifs se devaient d'être réalisables en l'espace d'une semaine. Cette intervention a été répétée pendant quatre semaines. Les résultats de l'étude ont montré des différences significatives entre le groupe d'intervention et le groupe témoin en ce qui concerne les comportements de santé relatifs au taux de potassium sérique et au gain de poids interdialytique. Ainsi, le contrat de santé comme décrit par ces auteurs, permet de favoriser un comportement de santé positif.

Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Dans cette partie, nous allons mettre en perspective les résultats des articles sélectionnés avec notre question PICOT. Notre question s'articule de la manière suivante : « En quoi les interventions d'éducation thérapeutique impactent *l'empowerment* chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale traités par hémodialyse ? ».

En lien avec notre population, sur la base des quinze articles retenus, un seul ne correspond pas à ce que nous avons précisé dans la méthodologie de notre recherche. En effet, dans leur étude Wong et al. (2010) se sont focalisés sur les patients atteints d'IRCT traités par dialyse péritonéale ambulatoire. Cependant, en regard de l'intervention et des finalités visées par les auteurs, nous avons estimé que les résultats étaient transférables à la population cible de notre question PICOT. En effet, les auteurs émettent comme réserve la généralisation de leurs résultats à d'autres types de maladies chroniques. Ils n'indiquent pas de contre-indications à utiliser leurs résultats chez une population traitée avec d'autres moyens de suppléance de la fonction rénale.

Concernant les éléments de réponses quant à l'impact des interventions d'ETP sur *l'empowerment*, nous avons pu constater trois catégories d'articles. Deux articles n'apportent pas d'élément de réponse direct à notre question. Les résultats de deux autres études mettent en exergue le manque d'impact des interventions mises en place sur *l'empowerment*. Enfin, la majorité des articles tendent à préciser l'effet positif de différentes interventions d'ETP sur *l'empowerment*.

Un des articles n'apportant pas d'éléments de réponse à notre question s'est intéressé à l'anxiété et à la dépression chez les patients hémodialysés. Ces deux concepts ne s'intègrent pas directement dans la perspective de notre question de recherche. Dans une autre étude, Howren et al. (2016) ont ciblé leur intervention sur les connaissances et les stratégies relatives à la restriction hydrique dans le but d'augmenter l'adhérence des patients. Cependant, les auteurs ont également conduit une intervention du même type auprès du groupe contrôle. De ce fait, ils disent ne pas pouvoir émettre de conclusions fiables quant à l'efficacité de leur intervention. Ainsi, nous ne pouvons utiliser leurs résultats pour répondre à notre question de recherche.

Avant de développer plus en détails le lien entre les articles cités ci-dessous et notre question de recherche, il nous semble pertinent de rappeler que, comme précisé dans le concept de *l'empowerment*, l'efficacité personnelle, dans la perspective du sentiment de contrôle, est un indicateur prépondérant du niveau d'*empowerment* d'un individu (Aujoulat, 2007). Nous précisons cela car la plupart des articles que nous mentionnons s'intéressent à l'impact d'interventions d'ETP sur l'efficacité personnelle.

Parmi les études nuanciant l'impact de l'ETP, celles-ci n'ont pas démontré d'augmentation significative de l'efficacité personnelle malgré la mise en place d'interventions visant à augmenter celle-ci. Ainsi, dans un premier temps, Kauric-Klein (2012) n'émet pas d'hypothèses quant au manque de résultats significatifs. Par la suite, Kauric-Klein et al. (2017) émettent l'hypothèse qu'il

est possible, pour les patients hémodialysés, d'adopter des comportements de santé sans que leur efficacité personnelle ne soit augmentée au préalable.

Concernant les autres recherches, nous pouvons constater que, quelle que soit l'intervention d'ETP entreprise, celle-ci a eu un effet bénéfique sur l'*empowerment* au sens strict ou sur l'efficacité personnelle. Bien que les interventions aient été argumentées sur la base de différentes théories et philosophies (Rogers, Bandura, Pender et d'autres théories socio-cognitives), il nous semble possible de catégoriser les interventions en trois grands groupes : les interventions se focalisant sur la transmission de connaissances, les interventions centrées sur les stratégies d'adaptation permettant l'atteinte d'objectifs spécifiques, et les interventions inhérentes à la mise en place de contrats éducatifs.

Nous avons également remarqué que l'*empowerment* est un concept difficilement évaluable en tant que tel. Ainsi, une multitude de variables ont été observées dans les différentes recherches afin d'évaluer l'effet d'une intervention sur l'*empowerment*. Les variables primaires utilisées de manière récurrente sont : le gain de poids interdialytique, la pression artérielle, les indices biochimiques (principalement le potassium et les phosphates), ainsi que, dans une autre perspective, la qualité de vie. D'autres variables ont également été intégrées selon le but spécifique des études (niveau d'espoir, sensation de soif, niveau de connaissances, etc.)

Pour conclure cette partie, nous remarquons qu'il nous est possible de répondre partiellement à notre question PICOT. En effet, pratiquement toutes

les études ciblent la population que nous avons définie dans notre problématique. De plus, les interventions proposées dans les différentes études s'intègrent toutes dans la notion d'ETP. Néanmoins, lien avec *l'empowerment*, un vaste panel de variables ont étudiées dans les différentes études. De ce fait, nous avons le sentiment qu'il est difficile de mettre pleinement en concordance ces différents éléments avec notre question de recherche.

Perspectives, propositions pour la pratique

Comme nous l'avons déjà relevé ci-dessus, plusieurs types d'interventions ont été évalués au travers d'essais randomisés contrôlés. La majorité de ces essais ont souligné les effets bénéfiques de telles interventions chez les patients hémodialysés. Comme nous l'avons mis en évidence précédemment, ces interventions peuvent être divisées en trois catégories : les interventions se focalisant sur la transmission de connaissances, les interventions centrées sur les stratégies d'adaptation permettant l'atteinte d'objectifs spécifiques et les interventions inhérentes à la mise en place d'un contrat éducatif. Au fil de nos différentes périodes de formation pratique, nous avons pu observer que le recours à des interventions ciblées sur la transmission de connaissances est une stratégie utilisée régulièrement dans les différents contextes de soins. De notre expérience, nous avons le sentiment que les interventions mettant l'accent sur les stratégies d'adaptation ou sur le contrat d'éducation sont des

méthodes moins courantes. A la vue des résultats émanant de notre synthèse, de telles stratégies semblent être pertinentes afin de favoriser l'adoption de comportements de santé chez les patients souffrant d'IRCT hémodialysés. Ainsi, nous pensons qu'il peut être judicieux, pour les professionnels travaillant dans le contexte de l'hémodialyse, d'envisager des interventions de ce type. Parmi cet important panel d'interventions possibles, toutes ne nécessitent pas les mêmes quantités de ressources. Néanmoins, un programme d'éducation qui requiert peu de temps et de moyens semble déjà pouvoir permettre des effets bénéfiques auprès de la population hémodialysée. Afin d'illustrer nos dires, l'étude de Griva et al. (2018) nous semble intéressante car, dans leur conclusion, les auteurs mettent en avant le fait que leur intervention est facilement applicable dans la pratique (quatre sessions de deux heures). De plus, l'intervention s'avère être efficace chez les patients hémodialysés en ce qui concerne l'amélioration de comportements de santé.

Bien que notre travail concerne principalement les services d'hémodialyse, nous estimons que celui-ci peut dépasser ce cadre et être élargi à d'autres contextes intra-hospitaliers. En effet, en raison de leur pathologie et des comorbidités associées, la population atteinte d'IRCT est prédisposée à des risques d'hospitalisation. Aussi, comme le mettent en évidence Leggat et al. (1998 ; dans Griva et al., 2018), la population hémodialysée qui n'adhère pas aux modalités de traitement est à risque d'être hospitalisée.

Dans une optique de continuité des soins, l'étude de Wong et al. (2010) met en exergue le fait que la collaboration entre des infirmiers spécialisés en

néphrologie et des infirmiers généralistes semble être pertinente pour favoriser des effets positifs chez les patients hémodialysés afin d'assurer un soutien et un maintien de leur santé. Nous pensons donc, qu'au-delà de la pratique intrahospitalière, des services extrahospitaliers tels que les soins à domicile sont amenés à intégrer la prise en soins de la population hémodialysée. Ainsi, le fait de sensibiliser les infirmiers de soins à domicile à ce type d'interventions nous paraît cohérent et pertinent.

Conclusion

Apports du travail

Afin de réaliser un bilan de notre travail de *Bachelor*, nous allons tout d'abord mentionner les apports relatifs à notre thématique, puis nous allons aborder les éléments ayant tantôt facilité tantôt entravé notre progression quant à la rédaction dudit travail.

En lien avec notre thématique et les recherches menées, la rédaction de ce travail nous a permis d'approfondir plusieurs notions. Premièrement, nous avons pu développer nos connaissances relatives à l'IRCT. En effet, nous avons pu définir et circonscrire ce qu'implique cette pathologie tant en termes de causes, de symptômes, de traitement, de complications et surtout de contraintes pour les personnes concernées. En lien avec l'aspect chronique de cette pathologie, ce travail nous a également permis de mobiliser différentes notions abordées au cours de notre formation telles que les déterminants de la santé, la polymorbidité, la prévention et la promotion de la santé. Dans un second temps, ce travail nous a demandé d'accroître notre compréhension en lien avec les concepts nébuleux qu'ont pu être les concepts d'ETP et d'*empowerment*. En effet, bien que nous ayons bénéficié de plusieurs apports relatifs à ces notions durant notre cursus, il nous a été nécessaire de préciser nos connaissances dans ces domaines. Ainsi, les recherches menées tout au long de notre travail nous ont permis de mieux intégrer ces concepts et de les concrétiser à travers l'observation de différents exemples pratiques.

Enfin, l'utilisation du modèle de la promotion de la santé de Nola Pender est un élément central de notre travail. En effet, le fait d'avoir eu à articuler ce modèle avec notre synthèse des résultats a été un facteur qui nous a encouragé à outrepasser la conceptualisation du modèle afin de l'intégrer directement à des situations de soins.

En ce qui concerne notre rapport à la méthodologie de recherche, celui-ci a fluctué au cours de notre travail. En effet, malgré le fait d'avoir déjà acquis certaines connaissances au cours de la formation relatives à la méthodologie de recherche et à l'analyse d'articles dans les bases de données, la tâche s'est révélée être un réel défi pour nous ! Un des éléments qui nous a prétérités est lié à une organisation peu judicieuse. En effet, dans un premier temps, nous avons eu de la difficulté à structurer nos recherches. Ce n'est qu'après avoir pris conscience de la faille de notre organisation que nous avons pu apporter les corrections nécessaires et ainsi procéder à une recherche méthodologique plus fiable. Ainsi, le fait d'avoir dû remettre en question et modifié notre stratégie, nous permet de penser que nous avons acquis des compétences de recherche en lien avec le rôle d'expert en soins infirmiers. En lien avec l'analyse des articles scientifiques, comme celle-ci a dû être menée intégralement en anglais, cela nous a permis d'enrichir notre connaissance de la langue de Shakespeare.

L'élaboration de ce travail s'est avérée être l'occasion de développer notre capacité de collaboration. Le fait d'avoir eu à travailler en triade a engendré un réel enjeu quant au bon déroulement de la rédaction de notre travail. Pour

cela, il a été nécessaire pour chaque membre du groupe, de prendre en considération et de respecter l'avis de chacun. En lien avec l'organisation, ces deux années nous ont demandé d'être capable de concilier les impératifs personnels de chacun, avec les impératifs nécessaires à l'avancement de ce travail. Ainsi, il nous a fallu gérer nos différentes périodes de formation pratique, périodes d'examen, et nos vies personnelles tout en nous investissant dans ce travail. Cela s'est particulièrement illustré durant le premier semestre de troisième année, durant lequel un des membres a effectué un semestre d'échange académique au Québec. En effet, durant cette période, le groupe a vu sa progression ralentir. Cependant, le fait d'avoir anticipé en rédigeant la majeure partie de la problématique avant le début du semestre nous a permis de respecter de façon convenable les délais fixés. Ainsi, notre capacité à gérer ces différents aléas tout en maintenant une atmosphère de groupe respectueuse et conviviale nous a permis de développer des compétences relatives à la collaboration. Nous sommes convaincus que de telles compétences nous seront utiles et nécessaires lors de notre future pratique infirmière.

Limites

Dans un souci d'intégrité, il nous semble primordial d'aborder les limites inhérentes à notre travail de *Bachelor*.

Premièrement, un de nos articles ne correspond pas fidèlement à la population mentionnée dans notre question de recherche. En effet, ce n'est qu'après avoir sélectionné, lu et analysé l'article concerné que nous avons remarqué que la population cible de l'étude se référait aux patients traités par dialyse péritonéale. Comme dit plus haut, nous avons estimé, en prenant en compte l'avis des auteurs, que les résultats présentés pouvaient être transférées à notre population. Cependant, il nous faut admettre que nous aurions pu éviter d'inclure l'article en question. Toujours en lien avec notre population, nous avons constaté, à travers la recherche de littérature inhérente à notre question de recherche, qu'une multitude d'études s'intéressent aux interventions d'ETP centrées sur une population de patients ayant une IRC précédant le stade terminal de la maladie. En lien avec notre question de recherche, nous avons été contraints d'exclure un grand nombre d'études de notre sélection. Ainsi, cela a généré une remise en question quant à la pertinence du choix de notre population.

Deuxièmement, une limite conséquente de notre travail relève des concepts choisis. En effet, bien qu'il nous ait semblé judicieux d'associer l'ETP à l'*empowerment*, dans les faits, l'articulation de ces deux notions s'est révélée délicate. Effectivement, ces deux concepts englobent des notions et des dénominations diverses qui ne sont pas constamment interprétées de la même manière selon les auteurs. En lien avec l'ETP cela s'est illustré par une terminologie multiple ne se référant pas forcément au même sens. Cependant, nous avons réussi à intégrer ce constat à la définition de notre concept et à la

méthodologie de notre recherche. Concernant l'*empowerment*, la tâche s'est révélée plus complexe dans la mesure où le niveau d'*empowerment* d'un patient n'est pas une variable évaluable en tant que telle hormis en ce qui concerne la notion d'efficacité personnelle. Ainsi, cela nous a posé des problèmes quant à l'interprétation des résultats, car le niveau d'*empowerment* des participants est uniquement défini à travers d'autres variables choisies par les auteurs. Ce constat nous mène à relativiser l'importance accordée à l'*outcome* de l'*empowerment* et à la place de celui-ci dans notre question de recherche. Du fait de la récurrence de la thématique de la qualité de vie, nous réalisons, avec le recul, qu'il nous aurait été possible de choisir cette autre variable en tant qu'*outcome*. Comme le concept de la qualité de vie est plus clairement défini dans la littérature, le choix de celui-ci nous aurait possiblement permis une analyse plus fine de nos résultats.

La troisième limite à ce travail concerne le manque de temps passé à recueillir des informations sur le terrain. Bien que nous ayons passé une après-midi dans une unité de dialyse afin de nous familiariser avec ce contexte et de discuter avec les patients quant à leurs ressentis face à leur pathologie et leur traitement, nous avons le sentiment que nous aurions pu approfondir cette démarche. En effet, il aurait été justifié, une fois nos concepts éclaircis, de mener des entretiens formels auprès des patients et des professionnels afin d'identifier et de préciser les interventions thérapeutiques déjà présentes dans le contexte de soins de l'hémodialyse. Cela nous aurait permis d'avoir une

meilleure analyse quant aux résultats émanant de notre recherche et à leur mise en perspective par rapport à la pratique.

Enfin, chaque article utilisé dans ce travail présente, par l'intermédiaires de ses auteurs, des limites propres. De ce fait, en lien avec la mise en application de différentes interventions d'ETP dans les milieux de pratique, il nous semble important de faire preuve de précaution.

Perspectives pour la recherche

Pour conclure ce travail, il nous reste à aborder la question des perspectives pour la recherche. Le premier élément qui ressort des différentes études concerne la durée de mise en place des interventions. En effet, bien que plusieurs auteurs aient mis en évidence l'impact significatif d'une intervention thérapeutique sur le court terme, d'autres auteurs estiment qu'il est nécessaire d'appliquer et d'évaluer une intervention sur le long terme, ce afin d'avoir un meilleur aperçu objectif quant aux effets de ladite intervention.

Une deuxième dimension mise en avant par plusieurs études concerne le flou relatif quant à l'impact d'une intervention sur la variable évaluée. Ainsi, Griva et al. (2018) soulignent le fait que de futures recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre les processus qui mènent aux effets observés. Dans la même dynamique, l'étude menée par Kauric-Klein (2012) énonce le fait que le mécanisme inhérent à l'intervention ayant eu des effets bénéfiques sur la

gestion de la pression artérielle des patients n'est pas clair. Ainsi, dans cette perspective, des études ultérieures semblent nécessaires afin de mieux appréhender les phénomènes relatifs aux effets des interventions menées.

Comme nous l'avons indiqué dans les limites de ce travail, une partie de la littérature se consacre aux interventions d'ETP menées aux stades qui précèdent la phase finale de l'IRCT. Le fait de se focaliser sur les premiers stades de l'IRC nous semble pertinent dans la mesure où, le fait d'instaurer des interventions d'ETP menant à l'adoption de comportements de santé chez les patients nous semble pouvoir permettre de ralentir la progression de la pathologie. Notre avis s'appuie également sur méta-analyse menée par Lin et al. (2017) qui stipule que la recherche future doit se focaliser sur l'évaluation de l'efficacité des interventions de *self-management* dans les stades précoces de l'IRC.

Pour terminer, en lien avec la limite mentionnée inhérente au choix de l'*empowerment* comme *outcome* de notre question de recherche, Tao et al. (2015) nous confortent dans notre remise en question. En effet, ces auteurs proposent d'utiliser le concept de qualité de vie en tant que variable principale pour évaluer l'efficacité d'une intervention d'ETP. Cette perspective nous amène à formuler une nouvelle question PICOT conjuguant notre question de base et la réflexion menée suite à la synthèse de nos résultats. De ce fait, nous envisageons la question suivante : « En quoi les interventions d'éducation thérapeutique impactent la qualité de vie chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique ? »

Références

- Aliasgharpour, M., Shomali, M., Moghaddam, M. Z., & Faghihzadeh, S. (2012). Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis. *Journal of Renal Care*, 38(3), 155-161. doi :10.1111/j.1755-6686.2012.00305.x
- Aujoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples: auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire*. Repéré à <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:5226>
- Ball, L. K. (2010). The buttonhole technique: strategies to reduce infections. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 37(5), 473-7. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20973301>
- Bellomo, G., Cocchetta, P., Pasticci, F., Rossi, D., & Selvi, A. (2015). The Effect of Psychological Intervention on Thirst and Interdialytic Weight Gain in Patients on Chronic Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Renal Nutrition*, 25(5), 426-432. doi :10.1053/j.jrn.2015.04.005
- Bennett, P. N. (2011). Satellite dialysis nursing: Technology, caring and power. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 149-157. doi :10.1111/j.1365-2648.2010.05474.x
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2469-2475. doi :10.1001/jama.288.19.2469
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, É. (2014). *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles*. Psycho Sup. Paris : Dunod.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing: Theory and process*. St-Louis : (s.n.).
- Cho, M. K. (2013). Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), 86-93. doi :10.1111/nhs.12003
- Costa, R. H. S., Dantas, A. L. D. M., Leite, É. M. D., Lira, A. L. B. D. C., Vitor, A. F., & Da Silva, R. A. R. (2015). Complications in renal patients during

hemodialysis sessions and nursing interventions. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 2137. doi :10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2137-2146

- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient: Approche pédagogique* (4^e éd.). Paris : Maloine.
- Emeriau, J., & Lamouliatte, F. (2017). Prise en charge de l'insuffisance. *Revue Médicale Suisse*, 13, 259-260. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-547/Prise-en-charge-de-l-insuffisance-renale-chronique>
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. doi :10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière.
- Griva, K., Nandakumar, M., Ng, J. H., Lam, K. F. Y., McBain, H., & Newman, S. P. (2018). Hemodialysis Self-management Intervention Randomized Trial (HED-SMART): A Practical Low-Intensity Intervention to Improve Adherence and Clinical Markers in Patients Receiving Hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 71(3), 371-381. doi :10.1053/j.ajkd.2017.09.014
- Horigan, A., Rocchiccioli, J., & Trimm, D. (2012). Dialysis and fatigue: implications for nurses--a case study analysis. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21(3), 158-63. Repéré à <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3414425&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Howren, M. B., Cozad, A. J., & Christensen, A. J. (2017). The interactive effects of patient control beliefs on adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 22(13), 1642-1651. doi :10.1177/1359105316631813
- Howren, M. B., Kellerman, Q. D., Hillis, S. L., Cvengros, J., Lawton, W., & Christensen, A. J. (2016). Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis: a Randomized Controlled Trial. *Annals of behavioral medicine*, 167-176. doi :10.1007/s12160-015-9741-0

- Idier, L., Untas, A., Koleck, M., Chauveau, P., & Rasclé, N. (2011). Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *48*(12), 1570-1586. doi :10.1016/j.ijnurstu.2011.08.006
- Kauric-Klein, Z. (2012). Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. *Nephrology nursing journal : journal of the American Nephrology Nurses' Association*, *39*(3), 217-28. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22866361>
- Kauric-Klein, Z., Peters, R. M., & Yarandi, H. N. (2017). Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis. *Western Journal of Nursing Research*, *39*(7), 886-905. doi :10.1177/0193945916661322
- Lacour, B., & Massy, Z. (2013). Diagnostic, suivi biologique de l'insuffisance rénale chronique et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale. *Revue Francophone des Laboratoires*, *2013*(451), 59-73. doi :10.1016/S1773-035X(13)71996-8
- Lacroix, A., & Assal, J.-P. (2011). *L'éducation thérapeutique des patients: Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*. (3^e éd.). Paris : Maloine.
- Lee, M. C., Wu, S. F. V., Hsieh, N. C., & Tsai, J. M. (2016). Self-Management Programs on eGFR, Depression, and Quality of Life among Patients with Chronic Kidney Disease: A Meta-Analysis. *Asian Nursing Research*, *10*(4), 255-262. doi :10.1016/j.anr.2016.04.002
- Lerma, A., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Peralta-Pedrero, M. L., Robles-García, R., & Lerma, C. (2017). Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(1), 105-123. doi :10.1111/papt.12098
- Lin, M. Y., Liu, M. F., Hsu, L. F., & Tsai, P. S. (2017). Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *74*(June), 128-137. doi :10.1016/j.ijnurstu.2017.06.008
- Liu, L., Liu, Y.-P., Wang, J., An, L.-W., & Jiao, J.-M. (2016). Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance haemodialysis: Randomized controlled trial. *Journal of International Medical Research*, *44*(3), 557-568.

doi :10.1177/0300060515604980

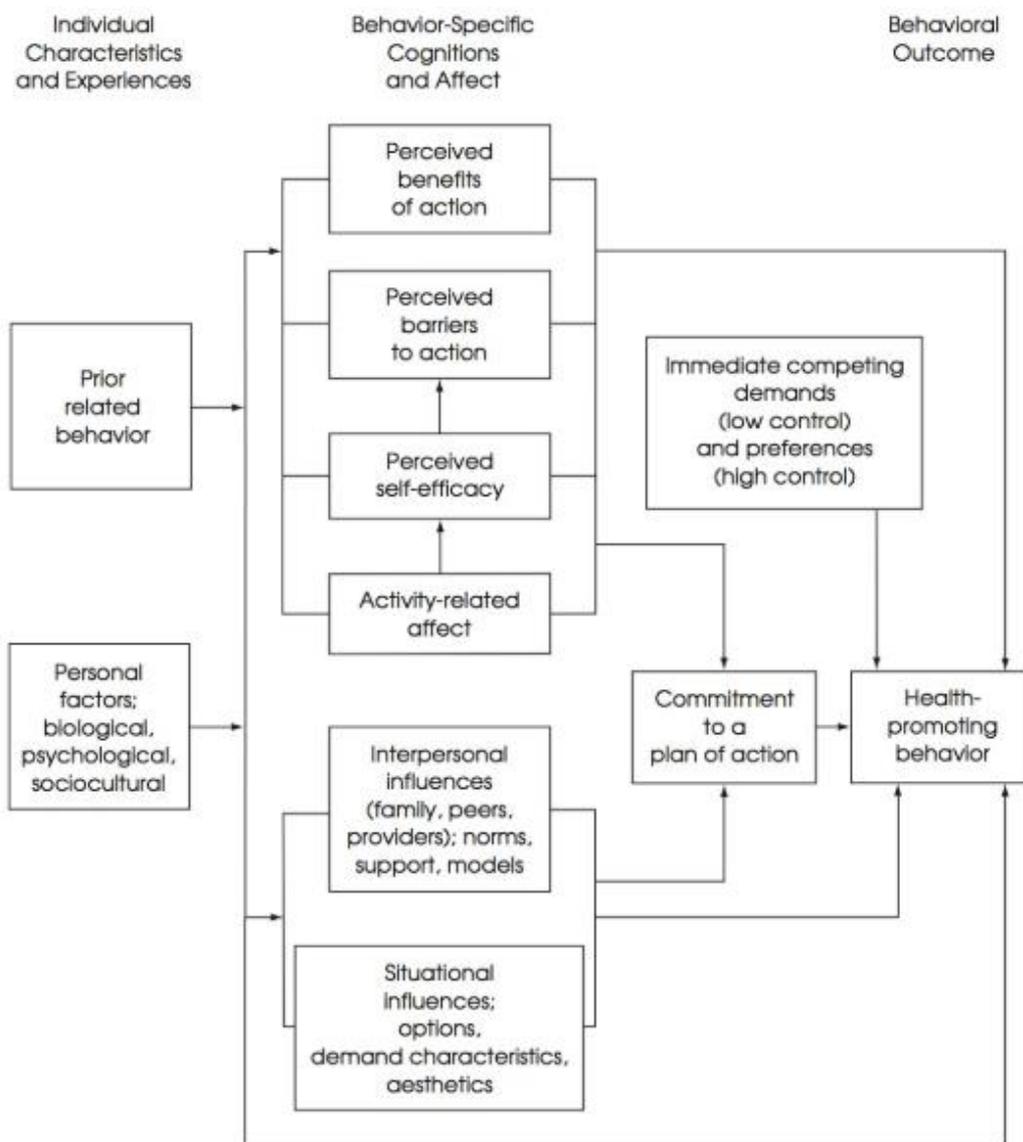
- Marieb, E. N., Hoehn, K., Moussakova, L., & Lachaine, R. (2010). *Anatomie et physiologie humaines* (4e éd.). Saint-Laurent : Pearson.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence based practice in nursing and healthcare*. London : Wolters Kluwer.
- Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., & Rouzbeh, J. (2012). The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-10. doi :10.1186/1477-7525-10-115
- Office fédéral de la statistique. (2018). *Santé: Statistiques de poche 2017*. Neuchâtel. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.1541-1700.html>
- Ogden, J. (2014). *Psychologie de la santé*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- OMS (2018). *WHO. World Health Organization*. Repéré à <http://www.who.int/about/mission/fr/>
- Pender, N. J. (2011). Health Promotion Model Manual. *University of Michigan*, 1-17. Repéré à <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice* (Seventh ed). Boston : Pearson.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. 2010. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière.
- Poorgholami, F., Mansoori, P., Montaseri, Z., & Najafi, K. (2016). Effect of Self Care Education with and without Telephone Follow-Up on the Level of Hope in Renal Dialysis Patients: A Single-Blind Randomized Controlled Clinical Trial. *International journal of community based nursing and midwifery*, 4(3), 256-64. Repéré à <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4926005>
- Reid, C., Hall, J., Boys, J., & Lewis, S. (2011). Self management of haemodialysis for End Stage Renal Disease : a systematic review Executive summary. *JBI Library of Systemic Reviews*, 9(3), 69-103. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27820067>

- Reilly, L. O., Sherbrooke, D., Cara, C., & Delmas, P. (2010). Developing an Educational Intervention to Strengthen Humanistic Practices of Hemodialysis Nurses in Switzerland PhD , University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, 24-31. doi :10.20467/1091-5710-20.1.24
- Smeltzer, S. C. O., Bare, B., Brunner, L. S., Suddarth, D. S., Longpré, S., & Pilote, B. (2011). *Soins infirmiers médecine et chirurgie 4: fonctions rénale et reproductrice* (5^e éd.). Bruxelles : De Boeck.
- Tao, X., Chow, S. K. Y., & Wong, F. K. Y. (2015). A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1029-1041. doi :10.1016/j.ijnurstu.2015.03.013
- Tessier, S. (2012). *Les éducations en santé: éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours*. Paris : Maloine.
- Walger, O. (2013). Self-management education, éducation du patient et chronic disease management : une réflexion sur les termes employés en Suisse. *Revue de la Société d'éducation thérapeutique européenne (SETE)*, 5(2), 401-408. doi :10.1051/tpc/2013028
- Waugh, A., Wilson, K. J. W., Grant, A. (Allison W.), & Ross, J. S. (2011). *Ross and Wilson, Anatomie et physiologie normales et pathologiques* (11^e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Wehmeyer, M. (1997). Self-determination as an educational outcome: A definitional framework and implications for intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 9(3), 175-209. doi :<http://dx.doi.org/10.1023/A:1024981820074>
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. *Challenging inequities in health care: from ethics to action*, 309-322. doi :2001:309-322
- Wilson, B., Harwood, L., & Oudshoorn, A. (2013). Moving beyond the « perpetual novice »: understanding the experiences of novice hemodialysis nurses and cannulation of the arteriovenous fistula. *CANNT Journal*, 23(1), 11-8. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23659029>
- Wong, F. K. Y., Chow, S. K. Y., & Chan, T. M. F. (2010). Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A

randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 268-278. doi :10.1016/j.ijnurstu.2009.07.001

Appendice A

Tableau du HPM



Pender & al., 2011, p.35

Appendice B

Tableaux de sélection des articles

Medline avec descripteurs			
Descripteurs	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Self-care AND Power	< 10ans	0	0
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Self-Care	< 10ans	0	0
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Power	< 10ans	2	0
Renal Dialysis AND Self-Care AND Power	< 10ans	0	0
Renal Insufficiency AND Self-Care AND Power	< 10ans	0	0
Renal Insufficiency AND Self-Care	< 10ans	5	0
Renal insufficiency AND Power	< 10ans	2	0
Renal dialysis AND Self-Care	< 10ans	126	<p>Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis</p> <p>The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - A randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients</p> <p>Intradialytic versus home based exercise training in hemodialysis patients: A randomised controlled trial</p>

Renal Dialysis AND Power	< 10ans	16	The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial
Renal dialysis		84173	1

Medline avec mots-clés			
Mots-clés	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Self-Care AND Power	< 10ans	0	0
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Self-Care	< 10ans CT	1	0
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Power	< 10ans RCT	4	0
Renal Dialysis AND Self-Care AND Power	< 10ans	4	0
Renal Insufficiency AND Self-Care AND Power	< 10ans RCT	1	0
Renal Insufficiency AND Self-Care	< 10ans RCT	7	0
Renal insufficiency AND Power	< 10ans	24	0
Renal dialysis AND Self-Care	< 10ans RCT	10	Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance

			<p>haemodialysis: Randomized controlled trial</p> <p>Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea</p> <p>The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - A randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients</p> <p>Intradialytic versus home based exercise training in hemodialysis patients: A randomised controlled trial</p>
Renal Dialysis AND Power	< 10ans RCT	30	The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial

Psychinfo avec descripteurs			
Descripteurs	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Kidney diseases AND Hemodialysis AND Self-management AND Interpersonal Control	2008-2018	0	0
Kidney diseases AND Hemodialysis AND Self-management	<10ans	4	Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis.

Kidney diseases	<10ans	0	0
-----------------	--------	---	---

AND Hemodialysis AND Interpersonal Control			
Kidney diseases AND Self-management AND Interpersonal Control	<10ans	0	0
Hemodialysis AND Self-management AND Interpersonal Control	<10ans	0	0
Kidney diseases AND Renal dialysis	<10ans	343	0
Kidney diseases AND Self-management	<10ans	26	Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis
Kidney diseases AND Interpersonal Control	<10ans	1	0
Hemodialysis AND Self-management	<10ans	9	
Hemodialysis AND Interpersonal Control	<10ans	0	0
Self-management AND Interpersonal Control	<10ans	3	0

Psychinfo avec mots-clés			
Mots-clés	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Kidney diseases AND Hemodialysis AND Self-management AND Interpersonal Control	<10 ans	0	0
Kidney diseases AND Hemodialysis AND Self-management	<10 ans	89	<p>The interactive effects of patient control beliefs on adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: Results from a randomized controlled trial.</p> <p>Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis.</p> <p>Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence to fluid-intake restrictions in hemodialysis: A randomized controlled trial.</p> <p>Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients.</p>
Kidney diseases AND Hemodialysis AND Interpersonal Control	<10ans	1	0
Kidney diseases AND Self-management AND Interpersonal Control	<10ans	0	0
Hemodialysis AND Self-management AND Interpersonal Control	<10ans	0	0
Kidney diseases AND Renal dialysis	<10ans	290	0
Kidney diseases AND Self-management	<10ans	483	0
Kidney diseases	<10ans	3	0

AND Interpersonal Control			
Hemodialysis AND Self-management	<10ans	335	0
Hemodialysis AND Interpersonal Control	<10ans	7	0
Self-management AND Interpersonal Control	<10ans	33	0

CINAHL avec descripteurs			
Descripteurs	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Renal Insufficiency, Chronic AND Dialysis Patients AND Self-care AND Empowerment	< 10ans	0	0
Renal Insufficiency, Chronic AND Dialysis Patients AND Self-care	< 10ans	4	0
Renal Insufficiency AND Dialysis Patients AND Empowerment	< 10ans	0	0
Dialysis Patients AND Self-care AND Power	< 10ans	2	0
Renal Insufficiency, Chronic AND Self-care AND Empowerment	< 10ans	0	0
Renal Insufficiency, Chronic AND Self-care	< 10ans	27	0
Renal insufficiency AND Empowerment	< 10ans	0	0
Dialysis Patients AND Self-care	< 10ans	80	<p>Effect of Self Care Education with and without Telephone Follow-Up on the Level of Hope in Renal Dialysis Patients: A Single-Blind Randomized Controlled Clinical Trial.</p> <p>Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis</p> <p>Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive</p>

			educative nursing intervention. Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea
Dialysis Patients AND Empowerment	< 10ans	6	0

CINAHL avec mots-clés			
Mots-clés	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Renal Insufficiency, Chronic AND Dialysis Patients AND Self-care AND Empowerment	< 10ans	0	0
Renal Insufficiency, Chronic AND Dialysis Patients AND Self-care	< 10ans	32	0
Renal Insufficiency AND Dialysis Patients AND Empowerment	< 10ans	1	0
Dialysis Patients AND Self-care AND Empowerment	< 10ans	19	Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis
Renal Insufficiency, Chronic AND Self-care AND Empowerment	< 10ans	1	0
Renal Insufficiency, Chronic AND Self-care	< 10ans	126	Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis : a Randomized Controlled Trial
Renal insufficiency AND Empowerment	< 10ans	4	0
Dialysis Patients AND Self-care	< 10ans	384	Effect of Self Care Education with and without Telephone Follow-Up on the Level of Hope in Renal

			<p>Dialysis Patients: A Single-Blind Randomized Controlled Clinical Trial</p> <p>Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis</p> <p>Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention.</p>
Dialysis Patients AND Empowerment	< 10ans	43	0

Pubmed avec descripteurs			
Descripteurs	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Care, Self AND Empowerment	< 10ans	2	0
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Care, Self	< 10ans RCT	144	Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Empowerment	< 10ans RCT	10	0
Renal Dialysis AND Care, Self AND Empowerment	< 10ans RCT	2	0
Renal Insufficiency AND Care, Self AND Empowerment	< 10ans RCT	2	0
Renal Insufficiency AND Self-Care	< 10ans RCT	33	Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease- a prospective

			<p>randomized controlled trial</p> <p>Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial</p> <p>Intradialytic versus home based exercise training in hemodialysis patients: A randomised controlled trial</p>
Renal insufficiency AND Empowerment	< 10ans RCT	2	0
Renal dialysis AND Care, Self	< 10ans RCT	26	<p>Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis</p> <p>Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea</p> <p>The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - A randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients</p> <p>Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial</p>
Renal Dialysis AND Empowerment	< 10ans RCT	1	<p>The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial</p>

Pubmed avec mots-clés			
Mots-clés	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Care, Self AND Empowerment	< 10ans RCT	0	0
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Care, Self	< 10ans RCT	40	<p>Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis</p> <p>Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis : a Randomized Controlled Trial</p> <p>A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients: A randomized controlled trial</p> <p>Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis</p> <p>Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial</p>

Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Empowerment	< 10ans RCT	2	0
Renal Dialysis AND Care, Self AND Empowerment	< 10ans RCT	0	0
Renal Insufficiency AND Care, Self AND Empowerment	< 10ans RCT	4	0
Renal Insufficiency AND Self-Care	< 10ans RCT	85	<p>Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis</p> <p>Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis : a Randomized Controlled Trial</p> <p>A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients: A randomized controlled trial</p>
Renal insufficiency AND Empowerment	< 10ans RCT	6	0
Renal dialysis AND Care, Self	< 10ans RCT	56	<p>Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis</p> <p>A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients: A randomized controlled trial</p> <p>Effect of a self-efficacy promotion training programme on the</p>

			<p>body weight changes in patients undergoing haemodialysis</p> <p>Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis : a Randomized Controlled Trial</p> <p>Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis</p>
Renal Dialysis AND Empowerment	< 10ans RCT	3	The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial

Cochrane avec descripteurs			
Descripteurs	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Self-Management AND Power		0	0
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Self-Management		0	0
Renal Insufficiency AND Renal Dialysis AND Power		1	0
Renal Dialysis AND Self-Management AND Power		0	0
Renal Insufficiency AND Self-Management AND Power		0	0
Renal Insufficiency AND Self-Management		0	0
Renal insufficiency AND Power		2	0
Renal dialysis AND Self-Management		0	0
Renal Dialysis AND Power		0	0
Renal insufficiency AND Renal dialysis		2540	<p>Design and protocol for the Dialysis Optimal Health Program (DOHP) randomised controlled trial</p> <p>A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients: A randomized controlled trial</p>

Cochrane avec mots-clés			
Mots-clés	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus
Renal insufficiency AND Hemodialysis AND Self-Management AND Power	Trials	0	0
Renal insufficiency AND Hemodialysis AND Self-Management	Trials	0	0
Renal insufficiency AND Hemodialysis AND Power	Trials	2	0
Renal insufficiency AND Self-Management AND Power	Trials	1	0
Hemodialysis AND Self-Management AND Power	Trials	0	0
Renal Insufficiency AND Self-Management	Trials	11	0
Renal insufficiency AND Power	Trials	47	0
Hemodialysis AND Self-Management	Trials	13	<p>Hemodialysis Self-management Intervention Randomized Trial (HED-SMART): A Practical Low-Intensity Intervention to Improve Adherence and Clinical Markers in Patients Receiving Hemodialysis</p> <p>The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - A randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients</p>
Hemodialysis AND Power	Trials	101	The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A

			randomized controlled trial
Renal insufficiency AND Hemodialysis	Trials	263	Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis : a Randomized Controlled Trial
Hemodialysis AND Kidney Failure AND Interventions	Trials	326	The Effect of Psychological Intervention on Thirst and Interdialytic Weight Gain in Patients on Chronic Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial (Bellomo & al., 2015)

Appendice C

Grilles adaptées de Fortin

Effect of a Behavioral Self-Regulation Intervention on Patient Adherence to Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis : a Randomized Controlled Trial

M. Bryant Howren & Quinn D. Kellerman &
Stephen L. Hillis & Jamie Cven gros & William Lawton & Alan J. Christensen

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</i> • Le titre précise clairement les concepts clés (intervention d'autorégulation comportementale, adhésion, restriction d'apports liquidiens). La population n'est pas clairement définie, nous savons néanmoins que c'est pour une population de patient hémodialysé.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> • Le résumé résume clairement la recherche à savoir : Objectif : évaluer l'efficacité d'une intervention d'autorégulation comportementale vs groupe contrôle Méthode : essai randomisé contrôlé (groupe d'intervention vs groupe contrôle N= 119 Résultats : Une amélioration significative au sein des sujets au cours du temps a été observée pour le groupe d'intervention (p = 0,014). Conclusion : La présente étude a révélé que l'unique participation à une intervention d'autorégulation comportementale n'entraînait pas d'effet sur un indicateur clé de l'observance chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique grave. Cependant, il y a eu une amélioration modeste chez les sujets du groupe d'intervention sur le gain de poids interdialytique, ce qui concorde avec d'autres preuves démontrant l'utilité des interventions comportementales dans cette population de patients.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> • <i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> • <i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> • Un des auteurs de cette étude avait déjà mené une étude précédente basée sur une intervention d'autorégulation comportementale en utilisant un cadre de recherche

	<p>spécifique (Kanfer). Les résultats montraient des différences significatives entre les participants et des patients d contrôle. Cependant cette étude a été menée sur un petit échantillon et les participants n'étaient pas randomisés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le but de cette étude est donc d'évaluer la pertinence de ces résultats en utilisant une méthode d'essai randomisé contrôlé et en ayant un plus large échantillon de participants • De plus, des preuves de plus en plus nombreuses suggèrent que les stratégies d'intervention comportementale (telles que le self-monitoring, behavioral contracting et le renforcement positif) peuvent améliorer l'adhésion dans ce contexte (Barnes M et al, 1976 / Sharp et al, 2005)). <p>⇒ Cependant, la recherche examinant les interventions ciblant les patients hémodialysés est plus rare que pour la plupart des autres groupes de maladies chroniques (diabète, hypertension), de plus ce travail est souvent limité sur le plan méthodologique et repose souvent sur des échantillons de petite taille.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> • <i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> • <i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> • <i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i> • Une recension des écrits a été entreprise. Elle est constituée principalement de sources primaires. • Les sources utilisées datent souvent de plus de 10 ans. • Les auteurs présentent dans un premier temps la prévalence de l'insuffisance rénale chronique et les conséquences liées à cette pathologie. • Chez les patients diagnostiqués avec une maladie rénale chronique sévère, une maladie chronique invalidante nécessitant souvent un traitement de remplacement rénal de maintien de la vie, la non-observance est particulièrement problématique. • Dans le cadre d'un programme de traitement complexe nécessitant généralement une hémodialyse et une pharmacothérapie à vie, les patients doivent adopter un régime comportemental à multiples facettes, y compris des restrictions hydriques et diététiques. On peut soutenir que la plus difficile de ces restrictions est la réduction de la consommation de liquide à environ 1 L par jour ou moins (Denhaerynck et al, 2007) • Les recherches suggèrent que 30 à 60% des patients ne respectent pas les recommandations relatives à l'apport liquidien (Bame et al, 1993 / Schneider M. 1991), cela est associé à des séances de dialyse inconfortables et

	<p>prolongées ainsi qu'à des complications médicales telles que l'œdème pulmonaire, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque congestive et un risque accru de mortalité (Christensen et al, 2002)).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien que les conséquences de la non-observance dans cette population de patients soient bien connues, relativement peu d'essais d'intervention ont été menés à ce jour.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> • <i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> • Les concepts clés (l'adhésion, la restriction hydrique, intervention d'autorégulation comportementale) sont mis en lien avec la recension des écrits • Les bases philosophiques et théoriques ne sont pas explicitées • Les aspects clés de l'intervention ont suivi de près le cadre de l'autorégulation de Kanfer (Kanfer F. et al 1986) sur l'auto-surveillance, l'autoévaluation et l'auto-renforcement, qui sont considérés comme des compétences comportementales qu'un patient doit développer par un enseignement actif, des exercices structurés et la répétition.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> • <i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> • Le but de l'étude est clairement énoncé : évaluer l'efficacité d'une intervention d'autorégulation comportementale vs groupe contrôle • La question de recherche reflète clairement le contenu de la recension des écrits et est en lien direct avec une thématique importante dans la population des patient hémodialysés. • Il n'y a pas d'hypothèses émises en lien avec les possibles résultats.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</i>

	<p><i>la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i> • <i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> • Les participants ont été recrutés dans huit centres de traitement d'hémodialyse de l'est de l'Iowa et de l'ouest de l'Illinois. N=119 11 groupes comprenant au total 61 patients ont été randomisés à l'intervention tandis que 11 groupes comprenant au total 58 patients ont été assignés à la condition contrôle. • <u>Critères d'inclusion :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Non adhésion à la restriction hydrique, définie par un gain de poids interdialytique > 2,5 kg sur une période de 4 semaines • Age > 18 ans, • Anglophones sans troubles cognitifs sévères • Traités par hémodialyse depuis plus de 3 mois • Ne pas vivre dans un établissement de soins où les repas étaient pris en charge • Les auteurs expliquent avec précision les précautions prises pour que la randomisation des participants soit effectuée de la manière la plus optimale. • Les auteurs n'expliquent pas comment la taille de l'échantillon (N=119) a été déterminé.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> • <i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> • Tous les patients ont été informés que le but de l'étude était de déterminer comment leur participation affectait leur capacité à gérer les restrictions d'apport hydrique et autres facteurs de stress associés à l'hémodialyse. • Les patients ont été payés 100 \$ pour participer à cet essai. • Toutes les procédures ont été approuvées par l'Université de l'Iowa IRB.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> • <i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> • <i>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</i> • <i>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • C'est un essai randomisé contrôlé • L'intervention a été effectuée sur une période de 7 semaines. • L'analyse des résultats s'est effectuée jusqu'à la semaine 25 après la fin de l'intervention • Le groupe d'intervention reçoit bien une intervention en lien avec la question de recherche formulée par les auteurs. • La méthodologie est clairement expliquée et semble appropriée à l'objet d'étude.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> • <i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> • <i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> • Le résultat principal, l'adhésion à l'apport liquidien, a été évalué en calculant le gain pondéral interdialytique moyen de chaque patient, une représentation valide de l'apport liquidien entre les séances de dialyse (Kaplan De-Nour A. et al, 1972 / Clark S. et al, 2014) • Les patients présentant des valeurs de gain de poids interdialytique supérieures à 2,5 kg sont généralement considérés comme non adhérents (Christensen A. et al, 2002). • Les valeurs individuelles de prise de poids interdialytique, extraites des dossiers médicaux, ont été moyennées sur 2 semaines (c'est-à-dire, six séances de dialyse) à chaque point d'évaluation.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> • <i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> • <i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</i> • L'évaluation de base (Temps 0 ; T0) comprenait les 2 semaines précédant l'intervention, le Temps 1 (T1) comprenait les 2 semaines immédiatement après la séance d'intervention finale, le Temps 2 (T2) comprenait les 12ème et 13ème post semaines d'intervention, et le temps 3 (T3) comprenait les 24e et 25e semaines post-intervention ⇒ Ce qui correspond à une période de mesure de 34 semaines. • L'intervention a été administrée à des groupes de 3 à 8 patients se réunissant pour des séances hebdomadaires d'une heure pendant 7 semaines à leur clinique habituelle d'hémodialyse (résumé détaillé dans le tableau 2). Chaque séance s'est déroulée juste avant ou après le rendez-vous régulier de dialyse du patient afin de

	<p>maximiser la participation et d'évaluer la faisabilité de l'intervention au sein de la clinique. Toutes les séances étaient très structurées et dirigées par des cliniciens MASTER de niveau supérieur ou des cliniciens possédant de l'expérience en techniques de changement de comportement.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction et justification de l'approche d'autorégulation et sa relation avec le régime de dialyse. Brève explication sur les raisons de l'application des restrictions liquidiennes sont établies et les effets immédiats et à long terme de la non-observance. 2. Un aperçu de l'association entre les processus d'autorégulation (c'est-à-dire, auto-surveillance, auto-évaluation, auto-renforcement) et le comportement. 3. L'auto-surveillance est expliquée et discutée. Enseignement sur les techniques d'auto-surveillance et début des devoirs consistant l'auto-surveillance de l'apport quotidien en liquides, de l'humeur et d'autres antécédents. 4. Discussion sur l'établissement d'objectifs par le patient pour la prise de liquide entre les traitements. 5. Établir des stratégies de renforcement auto-administrées. 6. Enseignement du contrôle du stimulus comportemental et les habiletés d'adaptation comportementales connexes pour favoriser la régulation de l'apport liquidien 7. Résumé et évaluation de l'expérience de groupe. Discussion des stratégies de prévention des rechutes <ul style="list-style-type: none"> • Les patients du groupe contrôle se sont également réunis en groupes de 3 à 8 participants à leur clinique d'hémodialyse habituelle pour des séances hebdomadaires pendant 7 semaines. Chaque séance s'est déroulée juste avant ou après le rendez-vous de dialyse régulier du patient. Au cours de chaque session, le chef du groupe a présenté du matériel didactique structuré couvrant un sujet lié à la vie avec une maladie rénale chronique et l'hémodialyse. Les sujets par semaine étaient les suivants: une discussion de base sur le fonctionnement du traitement d'hémodialyse, pourquoi le changement du comportement du patient (y compris la restriction hydrique) est important pour le succès du traitement et la qualité de vie, comment la maladie et le traitement affectent les relations sociales et familiales, rester actif sur la dialyse, l'interaction patient-prestataire dans le cadre de la dialyse, les problèmes logistiques liés à la dialyse (p. ex. recevoir un traitement pendant un voyage) et une séance de clôture consacrée à l'examen et à la discussion • Afin d'assurer un traitement approprié et de contrôler la fidélité du protocole, toutes les séances de groupe ont été enregistrées sur bande sonore et examinées
--	---

	<p>indépendamment pour l'observance du protocole par deux membres de l'équipe de recherche. Au cours de chaque examen de la session, une liste de contrôle détaillée a été complétée par les deux membres de l'équipe de recherche, indiquant si les éléments centraux de chaque session étaient administrés de manière appropriée par le chef de groupe.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> • <i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> • <i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</i> • <i>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i> <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont clairement décrites. <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les groupes d'intervention et de contrôle ont été comparés au départ par rapport aux covariables potentielles, en utilisant le test de la somme des rangs de Wilcoxon pour les covariables ordinales ou continues et le test du Chi carré pour les covariables catégoriques. Toutes les covariables significatives ont été incluses dans l'analyse primaire ajustée. ⇒ L'analyse primaire a été constituée des étapes suivantes. Premièrement, pour chaque patient participant, les auteurs ont régressé les quatre valeurs moyennes de gain de poids interdialytique du patient sur le temps correspondant aux évaluations de deux semaines. Les estimations de la pente résultante, une pour chaque patient, ont été considérées comme des mesures sommaires qui décrivent les tendances linéaires du gain de poids interdialytique des patients au fil du temps. Ils ne supposent pas que les données de chaque patient suivent une régression linéaire simple, mais utilisent simplement la pente comme une mesure récapitulative de l'évolution du patient au fil du temps. Par exemple, un patient présentant une amélioration continue du gain de poids interdialytique à chaque période d'évaluation successive aura une estimation de pente négative importante, alors qu'un patient qui montre peu de changement ou qui présente initialement des changements considérables (positifs ou négatifs), mais dont les valeurs de gain interdialytique retournent plus tard aux niveaux pré-intervention, aura une pente beaucoup plus proche de zéro. Une estimation de la variation sur la période de 34 semaines définie par la première et la dernière période d'évaluation de 2 semaines est donnée par $34 \times$ pente. ⇒ Deuxièmement, les auteurs ont comparé les moyennes de pente entre les groupes d'intervention et de contrôle ; une différence significative implique qu'un groupe a, en moyenne, un taux de changement linéaire plus rapide que l'autre groupe.

	<p>Ils ont également testé séparément pour chaque groupe si la moyenne de la pente différait de zéro ; un résultat de test significatif implique que le taux de variation linéaire moyen n'est pas nul.</p> <p>Ces comparaisons entre groupes et groupes individuels ont été réalisées en utilisant ensuite le même modèle ANOVA mixte.</p> <p>⇒ Les variables cliniques et démographiques suivantes ont été considérées comme des covariables potentielles : l'âge, le statut diabétique, l'éducation, le sexe, l'état matrimonial, l'état nutritionnel, la race / l'origine ethnique et le temps passé en dialyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les données ont été analysées en utilisant la version 9.4 de SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) en utilisant alpha = 0,05.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> • <i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i> • <i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> • Les résultats sont présentés sous formes de tableaux, graphiques et dans un texte narratif. • <u>Comparaison de base :</u> Les groupes d'intervention et de contrôle ne présentaient pas de différences significatives sur les caractéristiques cliniques. Il y avait une différence significative seulement pour la variable de l'éducation. Par conséquent, le niveau d'éducation (<école secondaire, école secondaire,> école secondaire) était la seule covariable incluse dans les modèles d'analyse ajustés. De plus, les comparaisons des patients par centre de dialyse respectifs, n'ont montré aucune différence significative sur les caractéristiques cliniques ou démographiques. <p><u>Statistiques descriptives :</u> Voir les tableaux numéro 3 et 4</p> <p><u>Analyses primaires</u> Voir tableau numéro 5</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> • <i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> • <i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> • <i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> • <i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> • Les résultats du groupe d'intervention ne sont pas significatifs par rapport au groupe contrôle <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Il y avait, cependant, une amélioration modeste intra-sujets dans le gain de poids interdialytique pour le groupe d'intervention qui correspondait avec d'autres preuves montrant l'utilité des interventions comportementales dans cette population de patients (Barnes M. et al, 1976 / Tsay S. et al, 2003). ⇒ Les sources citées par les auteurs datent souvent de plus de 10 ans • Les auteurs émettent des hypothèses pour tenter de comprendre pourquoi les résultats ne sont pas significatifs <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le gain de poids interdialytique désigné significatif > 2,5kg est trop arbitraire bien qu'il soit régulièrement défini ainsi pour les études dans ce domaine ⇒ La condition de contrôle actif peut avoir joué un rôle dans l'effet non significatif du traitement (par rapport au contrôle). La condition de contrôle actif a été jugée nécessaire pour s'assurer qu'un effet potentiel du traitement se produisait en fonction des composantes d'autorégulation de l'intervention et non simplement une éducation supplémentaire. Pourtant, dans les milieux de dialyse typiques, aucune formation ou contact comportemental n'est fourni en plus des soins habituels. Ainsi, en effet, les deux groupes ont reçu une intervention visant à réduire l'apport hydrique (bien qu'à des degrés différents et avec des cadres théoriques différents),
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> • <i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> • <i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i> • Les auteurs font des recommandations pour de futures recherches. Ils décrivent les variables telle que la tolérance à la détresse qui devraient être inclus dans les futures recherche afin de pouvoir mieux comprendre les phénomènes de non-adhésion. Il est pour eux, aussi important de comprendre les représentations de la maladie chez les patients. Tout cela dans le but de pouvoir aider à décrire les patients avec un haut risque de non adhésion. • Bien qu'il n'y ait pas eu d'effet thérapeutique significatif, des recherches futures sont nécessaires pour remédier à certaines des limites susmentionnées, en particulier la délimitation des composantes les plus efficaces de cette

	<p>intervention et si l'adaptation peut s'avérer utile pour cette population et d'autres maladies chroniques.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les résultats non significatifs ne permettent pas aux auteurs d'appuyer des conclusions sur la pertinence de cette intervention
--	---

**The interactive effects of patient control beliefs on adherence to fluid-intake restrictions
in hemodialysis : Results from a randomized controlled trial**

M Bryant Howren, Ashley J Cozad and Alan J Christensen

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> • Le titre précise clairement les concepts clés et la population de l'étude (croyances du contrôle perçu, restriction des apport liquidiens, patients en hémodialyse)
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> • Le résumé synthétise clairement : La problématique Cette étude a examiné le rôle interactif du contrôle perçu et la préférence pour le contrôle sur l'observance d'une restriction en apport liquidien chez un échantillon de patients atteints d'insuffisance rénale chronique (N=119), La méthode Analyse secondaire d'une étude randomisé contrôlé Les résultats les patients ayant un contrôle perçu élevé et une grande préférence pour le contrôle ont démontré l'adhérence la plus favorable. La discussion Cela suggère que les patients qui croient que les résultats liés à la santé sont reliés à leurs propres comportements - et qui ont la possibilité d'exercer un contrôle sur certains aspects du traitement - peuvent adhérer le mieux aux régimes complexes dans lesquels l'autogestion est essentielle
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> • <i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> • <i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> • Le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse nécessite l'observance d'un régime à multiples facettes, y compris des restrictions hydriques et diététiques afin de maximiser l'efficacité de la dialyse et de limiter les complications. • Supposition que l'aspect le plus difficile de ces restrictions est la réduction de la consommation de liquide à environ 1L / jour ou moins (Denhaerynck et al., 2007). • Les recherches suggèrent que 30 à 60% des patients ne respectent pas les recommandations sur l'apport hydrique (Bame et al., 1993, Christensen et al., 1997 ; Friend et al., 1997; Schneider et al., 1991).

	<ul style="list-style-type: none"> • Cela est associée par la suite à des séances de dialyse inconfortables et prolongées ainsi qu'à des complications médicales telles que la déminéralisation osseuse, l'œdème pulmonaire, l'hypertension, l'insuffisance cardiaque congestive et un risque accru de mortalité (Christensen et Ehlers, 2002).
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> • <i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> • <i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> • <i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i> • Une recension des écrits a été entreprise sur les concepts principaux de la recherche (contrôle perçu, préférence pour le contrôle et l'adhérence) ainsi que sur l'insuffisance rénale chronique) • Les auteurs utilisent des sources primaires et datant pour la majorité de moins de 10 ans, • Un concept majeur de l'étude est le centre de contrôle du patient (health locus control => HLC) les auteurs font une recension approfondie des connaissances actuelle de ce concept et de son influence sur l'adhérence au traitement dans le cadre des maladies chroniques. La HLC défini la mesure dans laquelle on croit que les résultats liés à la santé sont fonction de ses propres comportements (à savoir un contrôle interne) ou par rapport à un facteur externe, comme le hasard ou l'influence d'une force supérieure (contrôle externe). Plusieurs études ont rapporté des associations entre HLC et l'adhérence (par exemple McDonald-Miszczak et al., 2000, Morowatisharifabad et al., 2010, Omeje et Nebo, 2011, O'Hea et al., 2005), d'autres non (Bunting et Coates, 2000, Kneckt et al., 1999) • Cvengros et ses collègues (Cvengros et al, 2004) ont spécifiquement examiné l'interaction entre le contrôle perçu et la préférence pour le contrôle dans le contexte de l'hémodialyse. Ils ont constaté que les patients qui montraient une plus grande préférence pour le contrôle, mais un faible contrôle perçu, démontraient une adhérence de plus en plus faible, suffisamment sévère pour être considérée cliniquement non adhérente.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> • <i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel sur la base de la recension des écrits que les auteurs ont effectué. • Il n'y a pas de cadre de recherche clairement explicité.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> • <i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> • Cette étude visait à examiner le rôle conjoint du contrôle perçu, conceptualisé comme la mesure dans laquelle les patients étaient orientés vers un contrôle interne ou externe sur une mesure de HLC, et la préférence pour le contrôle en rapport à l'adhérence au traitement médical dans un échantillon de patients ayant une insuffisance rénale chronique recevant un traitement dans un centre de dialyse. • A la suite des résultats d'une recherche (Clark et al, 2014), les auteurs ont émis l'hypothèse que les patients présentant à la fois un contrôle perçu élevé et une forte préférence pour le contrôle présenteraient la plus grande amélioration de l'adhésion aux recommandations de restriction des apports liquidiens souvent utilisé dans cette population de patients
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i> • <i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i> • <i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> • N=119 • Recruté dans des centres d'hémodialyse de l'est de l'Iowa et de l'ouest de l'Illinois aux USA • <u>Critères d'inclusion :</u> -Non adhérents aux restrictions en apport liquidien (défini par un gain de poids interdialytique (> 2,5 kg sur une

	<p>période de 4 semaines) => basé sur une recherche précédente (Christensen et Raichle, 2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âgé de plus de 18 ans, -Traité par hémodialyse dans un centre depuis plus de 3 mois -Parler anglais • <u>Critère d'exclusion :</u> -Vivre dans un établissement de soins où les repas étaient pris en charge <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs ne décrivent pas comment ils ont déterminé la taille de l'échantillon.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> • <i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> • Les participants ont dû remplir une feuille de consentement • Toutes les procédures ont été approuvées par le comité d'examen institutionnel de l'Université de l'Iowa.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> • <i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> • <i>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</i> • <i>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> • Essai randomisé contrôlé • Devis quantitatif • Analyse secondaire d'une étude randomisé contrôlé effectué en 2015 par les mêmes auteurs
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> • <i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> • <i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> • <u>Questionnaire HLC</u> Internal subscale of the Multidimensional Health Locus of Control (I-MHLC) Questionnaires à 6 items côté avec une échelle de Likert • <u>Questionnaire sur la préférence du contrôle</u> Krantz Health Opinion Survey (KHOS) Questionnaire à 16 items (agree/disagree) En plus d'un score total, deux scores de sous-échelle - la préférence pour l'information (sept items) et la préférence pour l'implication comportementale (neuf items) - peuvent être obtenus. Dans cette étude, c'est le score total qui est utilisé • <u>Adhérence à la restriction en apport liquidien</u>

	<p>L'adhésion du patient à l'ingestion de liquide a été évaluée en calculant la prise de poids en les séances de dialyses (interdialytic weight gain, IWG). L'IWG est une représentation valide de l'apport hydrique entre les sessions de dialyse souvent utilisées dans les milieux cliniques et de la recherche (Clark et al., 2014). Les patients dont les valeurs sont supérieures à 2,5 kg sont généralement considérés comme non adhérents (Christensen et Raichle, 2002). Les valeurs individuelles des IWG, extraites des dossiers médicaux, ont été moyennées sur 2 semaines (c'est-à-dire six séances de dialyse) à chaque point d'évaluation. L'évaluation de base (T0) comprenait les 2 semaines précédant l'intervention, le Temps 1 (T1) comprenait les 2 semaines suivant immédiatement la séance d'intervention finale, le Temps 2 (T2) comprenait les 12ème et 13ème semaine post-intervention, et le Temps 3 (T3) comprenait les 24e et 25e semaines post-intervention.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> • <i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> • <i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</i> • Dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé sur la self regulation comportementale comprenant sept séances hebdomadaires d'une heure conçues pour améliorer l'adhésion à l'apport hydrique, 119 patients ont répondu à ces questionnaires. • Les dossiers médicaux ont été utilisés pour identifier les patients admissibles qui ont ensuite été approchés en ce qui concerne la participation potentielle par un assistant de recherche pendant la séance de traitement d'hémodialyse de routine du patient. Après consentement, les patients ont rempli les questionnaires sur contrôle perçu (HLC) et la préférence pour le contrôle de leurs soins médicaux.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> • <i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> • <i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</i> • <i>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i> • Le logiciel utilisé pour effectuer l'analyse des données n'est pas mentionné • Des analyses hiérarchiques de régression multiple ont été utilisées pour évaluer l'effet de l'interaction entre le contrôle perçu (mesuré par I-MHLC) et la préférence de

	<p>contrôle (mesurée par KHOS) sur le changement de IWG par rapport à la ligne de base (prétraitement, T1, T2 et T3), respectivement, après ajustement de l'IWG de référence, de l'état diabétique (oui / non) et du temps depuis lequel le patient est dialysé (en mois).</p> <ul style="list-style-type: none"> • I-MHLC et KHOS ont été traités comme des variables continues dans les analyses de régression • Pour toutes les analyses, une valeur $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> • <i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i> • <i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> • Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, un graphique et un texte narratif • Pour les besoins de cette étude, les analyses sont présentées en combinant les patients d'intervention et de contrôle. La justification de ceci est basée sur le fait qu'il n'y avait pas de différence significative entre les groupes d'intervention et de contrôle sur le résultat principal, changement dans IWG. Une description complète de l'essai d'intervention et les résultats primaires sont rapportés dans l'étude primaire (Howren et al., 2015). • Les participants sont majoritairement : <ul style="list-style-type: none"> -Des hommes (65,9%) -Caucasiens (65,7%) • 48,9% diabétiques • La valeur moyenne de l'IWG au départ était de 3,94 • Les intercorrélations, les moyennes et les écarts-types entre IWG à tous les points temporels, I-MHLC et KHOS sont présentés dans le tableau 2. <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Comme prévu, il n'y avait pas de corrélation significative entre IWG et I-MHLC et KHOS, ce qui est cohérent avec recherche dans cette population de patients (Cvengros et al., 2004). • Une analyse approfondie des résultats d'interaction a révélé que les patients ayant une forte perception du contrôle (orientation interne HLC) et une préférence élevée de contrôle et d'implication ont montré, en moyenne, une diminution de 0,5 kg de IWG avant et après le traitement. Inversement, ceux qui ont une orientation HLC interne mais qui préfèrent moins de contrôle, ou qui ont généralement une orientation HLC externe, ont montré peu d'amélioration à la suite de l'intervention.

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> • <i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> • <i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> • <i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> • <i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> • <i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> <ul style="list-style-type: none"> • Les présents résultats sont en accord avec des recherches antérieures suggérant que les croyances de contrôle du patient sont importantes pour l'adhérence et l'adaptation du patient dans la population d'hémodialyse (par exemple Cvengros et al., 2004). • Plus spécifiquement, ce n'est pas le contrôle perçu ou la préférence pour le contrôle seul qui prédisait une meilleure adhérence aux restrictions en apport hydrique, mais plutôt l'interaction entre les deux variables. Ainsi les patients avec une orientation interne HLC élevée associée à une forte préférence pour le contrôle ont montré la réduction de l'IWG la plus favorables entre les séances de dialyse. • <u>Limites de l'étude</u> <ul style="list-style-type: none"> -Patients recrutés dans une zone géographique concentrée -Uniquement des patients anglophones - Données qui proviennent d'une période de 6 mois
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> • <i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> • <i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i> <ul style="list-style-type: none"> • Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre comment ces résultats pourraient affecter la pratique dans cette population et d'autres populations de patients. Cela doit aussi être fait pour des patients similaires pour déterminer des profils de risque pour aider à identifier les patients qui présentent le plus grand risque de non-observance.

Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients

Abel Lerma, Hector Perez-Grovas, Luis Bermudez, Maria L. Peralta-Pedrero, Rebeca Robles-Garcia and Claudia Lerma

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> • Le titre précise clairement les concepts clés (intervention cognitivo-comportemental (ICC), dépression, anxiété, qualité de vie) et la population (patients hémodialysés chroniques)
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> • Le résumé synthétise clairement la recherche Objectifs : Le traitement psychologique de la dépression dans l'insuffisance rénale terminale est concentré sur les patients gravement déprimés. Les auteurs ont conçu et testé une intervention cognitivo-comportementale brève (5 semaines) pour réduire les symptômes de dépression et d'anxiété légers et modérés chez les patients atteints d'IRT. Design : Essai randomisé contrôlé en simple aveugle 2 groupes (1 groupe d'intervention et 1 groupe contrôle) N= 60 Méthode : Les techniques ICC comprenaient l'auto-renforcement positif, la respiration profonde, la relaxation musculaire et la restructuration cognitive. La dépression, l'anxiété, la qualité de vie et les scores de distorsion cognitive ont été évalués au départ, après 5 semaines (fin du traitement) et 4 semaines après la fin de l'intervention Résultats : Les scores de dépression, d'anxiété et les réactions cognitives ont diminué et la qualité de vie a augmenté dans le groupe d'intervention, et il n'y a pas eu de changement dans le groupe témoin Conclusion : Une brève ICC de 5 semaines est efficace pour diminuer les symptômes de dépression et d'anxiété légers ou modérés et améliorer la qualité de vie chez les patients hémodialysés en IRT.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> • <i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> • Différentes psychothérapies ont été testées chez des patients atteints d'IRT, y compris des interventions basées sur l'approche de thérapie cognitivo-comportementale qui ont duré de 8 semaines à 1 an, mais centrées sur des patients sévèrement dépressifs (Duarte et al., 2009 ; Sagawa, Oka et Chaboyer , 2003) • Cependant, les patients atteints d'IRT avec des symptômes légers de dépression sont rarement traités. • Cette étude, propose une intervention cognitivo-comportementale brève et structurée visant les patients présentant des symptômes d'anxiété et de dépression légère et modérée. Ce programme ICC est basé sur la restructuration cognitive, l'auto-renforcement positif, la respiration profonde et les techniques de relaxation musculaire. • Le but était d'évaluer l'utilité clinique de ce programme ICC pour diminuer à la fois les symptômes de dépression et d'anxiété, ainsi que pour améliorer la qualité de vie des patients atteints d'IRT.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> • <i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> • <i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> • <i>La recension présente t'elle des sources primaires ?</i> • Une recension des écrits a été entreprise concernant l'anxiété et la dépression chez les patients souffrant d'une insuffisance rénale en stade terminale. La recension des écrits est basée majoritairement sur des sources primaires et datant de moins de 10 ans. • L'anxiété et la dépression sont très répandues chez les patients atteints d'insuffisance rénale terminale (ESRD, Feroze et al., 2012, Wang et Watnick, 2004). • Ces psychopathologies ont des effets négatifs sur les patients atteints d'IRT de plusieurs façons (Cukor, Cohen, Peterson et Kimmel, 2007, Finkelstein, Wuertth, Troidle et Finkelstein, 2008). • Elles diminuent la qualité de vie (Birmelée, Le Gall, Sautenet, Aguerre et Camus, 2012, Vazquez et al., 2003) et augmentent également les perceptions négatives de la maladie en plus d'augmenter le risque de comorbidité et de mortalité (Cukor , Rosenthal, Jindal, Brown et Kimmel, 2009, Cukor, Coplan, Brown, Friedman et al., 2008, Dahbour, Wahbeh et Hamdan, 2009, Kimmel et al., 2000), la non-observance aux traitements (Mellon, Regan et Curtis, 2013), l'idéation suicidaire (Chen et al., 2010) et les épisodes d'hospitalisation sur une année par rapport aux patient qui ne souffrent pas de dépression

	<p>(Hedayati, Yalamanchili et Finkelstein, 2012; Watnick, Kirwin, Mahnensmith et Concato, 2003) .</p> <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des études sur la dépression chez les patients atteints d'IRT se concentrent sur ceux qui présentent des symptômes dépressifs sévères, probablement parce que les symptômes de dépression sévères augmentent le risque de mortalité du même ordre de grandeur que les autres facteurs de risque médicaux (Kellerman, Kimmel et al., 2000). <p>⇒ Cependant, chez les patients atteints d'insuffisance rénale, la prévalence des symptômes de dépression légère et modérée est trois fois supérieure à celle des symptômes de dépression sévère (Hamody, Kareem, Al-Yasri et Sh Ali, 2013, Kellerman et al., 2010).</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> • <i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> • Les concepts clés que sont la dépression, l'anxiété et la qualité de vie ne sont pas clairement définis sur le plan conceptuel. (Pas décrit dans cet article) • Les auteurs ne mentionnent pas utiliser un cadre de recherche particulier.
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> • <i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> • Les auteurs ont conçu et testé une intervention cognitivo-comportementale brève (5 semaines) pour réduire les symptômes de dépression et d'anxiété légers et modérés chez les patients atteints d'IRT. <p>⇒ Le but est d'évaluer les résultats de cette intervention pour en déterminer la pertinence.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs ne présentent pas d'hypothèses émises avant le début de l'étude.
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i> • <i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> • Les patients ont été recrutés dans deux unités d'hémodialyse situées à Mexico. • <u>Critères d'inclusion</u> <ul style="list-style-type: none"> -Être alphabétisés -Ne pas avoir de diagnostics psychiatriques actuellement (selon les dossiers médicaux), -Séances d'hémodialyse trois fois par semaine, pendant 3 à 4 heures par séance et depuis au moins 6 mois. <p>152 patients ont été évalués pour participer à l'étude 69 ne remplissaient pas les critères d'éligibilité 12 ont refusé de participer</p> <p>L'étude a porté sur 60 patients souffrant d'IRT avec des symptômes de dépression et d'anxiété légers ou modérés qui avaient été identifiés par des tests de dépistage</p> <p>La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant une formule qui a comparé les valeurs moyennes entre deux groupes. Sur la base des scores moyens de BDI (test d'évaluation) à la fin du traitement dans une étude précédente (Duarte et al., 2009), la différence minimale entre les groupes d'intervention et de contrôle était de 7,1 et la variance du groupe de référence (contrôle) était de 82,8. Considérant une erreur alpha de 0,05 et une erreur bêta de 0,20 (puissance = 80%), le nombre de patients a été déterminé à 20 par groupe.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> • <i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> • Un document de consentement éclairé a été expliqué et ensuite signé par tous les patients qui ont accepté de participer. • Le comité d'éthique et de recherche de l'Institut national de cardiologie « Ignacio Chavez » a approuvé les protocoles et les formulaires de consentement. • Au cours de l'étude, une entrevue clinique de routine a été menée en plus de la collecte de données sociodémographiques et cliniques, tout en préservant la confidentialité des participants.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients qui présentaient des symptômes de dépression sévère (BDI > 29 points) ont été orientés vers une évaluation psychiatrique et des soins appropriés. • Les patients du groupe témoin étaient sur une liste d'attente pendant 9 semaines ; après cette période, l'ICC leur a été dispensé pour des raisons éthiques.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> • <i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> • <i>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</i> • <i>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> • Essai randomisé contrôlé en simple aveugle • 2 groupes (1 groupe d'intervention et 1 groupe contrôle)
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> • <i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> • <i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> • Tous les participants ont rempli plusieurs questionnaires psychologiques lors de la phase d'enrôlement (référence), après 5 semaines (fin de l'intervention) et après 9 semaines • <u>Tests psychologiques</u> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les questionnaires psychologiques administrés aux participants ont été validés en espagnol. La fiabilité de ces inventaires pour l'échantillon actuel a été estimée en utilisant l'alpha de Cronbach avec les données de 148 patients atteints d'IRT qui ont rempli les questionnaires pendant la phase de dépistage. ⇒ Le Beck Depression Inventory (BDI) et Beck Anxiety Inventory (BAI) sont des échelles de mesure courantes dans les études sur les patients rénaux (Brekke et al., 2013, Cukor et al., 2014, Lin et al., 2013, Mckercher et al., 2013, Turkmen et al., 2012). Les 2 questionnaires comprennent 21 items qui sont centrés respectivement sur les symptômes cognitifs et physiques de la dépression et de l'anxiété. Les patients présentant des symptômes légers ou modérés de dépression et d'anxiété ont été identifiés par les valeurs limites suivantes : score BDI de 10-29 points et score BAI de 19-39 points BAI. La valeur limite volontairement basse pour le BDI était destinée à augmenter la sensibilité de l'identification des symptômes dépressifs.

	<p>⇒ QoL Profile in the Chronically Ill Questionnaire de 46 items qui mesure la qualité de vie associée à la santé chez les patients atteints de maladies chroniques (valeurs alpha de Cronbach allant de 0,76 à 0,95 (Fernanddez, Rancan , & Hernandez, 1999))</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> • <i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> • <i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</i> • <u>Intervention sur le groupe d'étude</u> L'ICC comprenait les 3 techniques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ L'activation comportementale : cette technique visait à augmenter les sources de renforcement positif pour contrer les schémas d'évitement, de distanciation et d'inactivité (générés ou exacerbés par la dépression). Les patients ont appris à identifier leurs propres comportements en utilisant des idéogrammes. Ils ont été aidés à comprendre les déclencheurs contextuels et environnementaux de leurs symptômes dépressifs et ont reçu une formation sur les stratégies d'activation ⇒ La respiration profonde et relaxation musculaire : Sur la base du principe de l'inhibition réciproque (Wolpe, 2004, Wolpe et Salter, 1964), les patients ont été formés aux techniques de respiration contrôlée et d'expiration en profondeur, en tant que stratégie de gestion de l'anxiété. De plus, il leur a été enseigné des exercices de relaxation musculaire pour augmenter leur attention aux sensations de bien-être par opposition aux perceptions d'inconfort. ⇒ La restructuration cognitive : cette technique est conçue pour identifier et réduire les pensées négatives automatiques et les schémas inadaptés. Les patients apprennent à se concentrer sur leurs cognitions négatives ou déformées, la façon dont ces pensées affectent leurs réactions émotionnelles et comportementales dans les situations stressantes et comment les remplacer par des interprétations plus adaptatives et plus saines. ⇒ Ce programme d'ICC systématique et structuré a été décrit dans des manuels spécifiques et a été adapté pour les patients atteints d'IRT. Les manuels étaient basés sur des modèles précédemment testés sur des patients mexicains atteints de diabète sucré (Robles, 2002) et chez des patients à risque de consommer des drogues (Munoz, Ghosh, Rao, Le et Dwyer, 2000).

	<p>Tous les composants du programme d'ICC ont été adaptés au contexte clinique des patients atteints d'IRT en utilisant des images, des exemples, des mots, des exercices et des scénarios quotidiens qui les concernaient.</p> <p>Le programme ICC a été conçu pour de petits groupes et comprenait 5 séances hebdomadaires de deux heures chacune. (8 sous-groupes dans le groupe d'intervention et 7 dans le groupe contrôle)</p> <p>⇒ 3 questionnaires ont été utilisés pour mesurer les pensées déformées :</p> <p>The Cognition Check List (CCL ; Beck, Brown, Steer, Eidelson, & Riskind, 1987) => une échelle de 26 items qui mesure les pensées négatives associées à l'anxiété et à la dépression (12 items pour l'anxiété et 14 pour la dépression) => alpha de Cronbach de .92 pour les populations générales et de .88 pour l'échantillon actuel</p> <p>The Dysfunctional Attitudes Scale (DAS-A ; Weismann & Beck, 1978)) => une échelle de 40 items qui mesure les attitudes dysfonctionnelles comme le perfectionnisme, l'acceptation inconditionnelle de soi, l'acceptation sociale externe et l'acceptation de soi => alpha de Cronbach de 0,80 (population générale) et de 0,86 (échantillon actuel)</p> <p>Distorted Thought Scale (DTS) une échelle spécifique de 30 items (échelle de Likert) qui comprend quatre sous-échelles (perfectionnisme, catastrophisme, auto-étiquetage négatif et pensée dichotomique) et qui évalue la pensée déformée chez les patients IRT. => L'échelle a été validée dans un échantillon de 255 patients souffrant d'IRT avec un alpha de Cronbach de 0,93, et toutes les sous-échelles DTS présentaient des corrélations positives avec les symptômes de dépression et d'anxiété (Lerma et al., 2012). Le DTS avait un alpha de Cronbach de 0,93 dans l'échantillon actuel.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> • <i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> • <i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</i> • <i>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i> • Les données sont décrites comme les moyennes et l'écart type ou les fréquences et les pourcentages. • Des tests de Kolmogorov-Smirnov ont été effectués pour vérifier la normalité des distributions. Les données sociodémographiques et cliniques ont été comparées entre les groupes en utilisant le test t de Student ou le test du chi carré.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les scores psychologiques ont été comparés avec es mesures répétées ANOVA, en ajustant les valeurs de p en utilisant un test de Bonferroni post-hoc. • Une valeur de p de $\leq 5,0$ était considérée comme significative. • Pour analyser l'efficacité clinique de l'ICC, une réduction d'au moins 25% des symptômes initiaux d'anxiété et de dépression était considérée comme un résultat positif d'après une étude antérieure (Duarte et al., 2009) qui signalait une diminution de 25% des symptômes de la dépression sévère chez les patients atteints d'IRT en utilisant un ICC.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> • <i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i> • <i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> • Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et sont décrits dans un texte narratif • Les variables sociodémographiques et biochimiques étaient similaires entre les groupes (tableau 1). <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le tableau 2 présente des données pour les scores totaux BDI et BAI et les scores pour les sous-échelles cognitives et somatiques. Il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes au départ, confirmant une assignation au groupe randomisée effectuée succès malgré la proportion (2 : 1) qui a été assignée à chaque groupe. L'analyse intragroupe a montré une réduction significative de toutes les variables dans le groupe d'intervention après 9 semaines. Le groupe d'intervention avait significativement moins de symptômes sur toutes les sous-échelles après 9 semaines et une très forte diminution (54%) sur la sous-échelle de la dépression cognitive après 5 semaines par rapport au groupe témoin. ⇒ Le tableau 3 montre les données pour le QoL inventory Dans le groupe d'intervention, des changements significatifs ont été observés à la fin du traitement (5^{ème} semaine) et à la 9^{ème} semaine concernant l'état d'humeur négatif et les sous-échelles globales de qualité de vie. Des changements significatifs ont été observés après 4 semaines de suivi sur la capacité physique et les sous-échelles d'état d'humeur positive. ⇒ Le tableau 4 montre les données pour les échelles cognitives DTS et CCL. Dans le groupe d'intervention, la pensée déformée (distorsion) a diminué après 4 semaines de suivi pour le perfectionnisme externe, le catastrophisme et les échelles de pensées globalement déformées.

	<p>⇒ Pour la dépression, les patients ayant reçu l'ICC présentaient des symptômes réduits (77% dans le groupe d'intervention et 44% dans le groupe contrôle)</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> • <i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> • <i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> • <i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> • <i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> • <i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> • Les auteurs font des liens avec les résultats des études déjà effectués dans ce domaine de recherche. • Lien avec l'objet de l'étude : Cet article présente une information de base brève et systématique qui a été développée pour les patients atteints d'IRT ; il a été démontré que l'ICC réussissait à diminuer les symptômes légers et modérés de dépression et d'anxiété. • Ces deux psychopathologies sont non seulement les plus fréquentes chez les patients atteints d'ESRD (Cukor et al., 2007, Cukor, Coplan, Brown, Friedman et al., 2008, Feroze et al., 2012), mais elles sont également corrélées (Cukor, Coplan, Brown, Friedman et al., 2008) et peuvent se produire par intermittence (Cukor, Coplan, Brown, Peterson et Kimmel, 2008). Les symptômes d'anxiété, qu'ils soient associés à des symptômes dépressifs ou non, affectent la qualité de vie chez les patients atteints d'ESRD (Birmelée et al., 2012, Cukor, Coplan, Brown, Friedman et al., 2008). • Les études sur la fonction mentale des patients atteints d'IRT ont principalement porté sur le fonctionnement cognitif, mais on en sait peu sur le fonctionnement cognitivo-comportemental (pensées et émotions manifestées par un comportement visible), Brickman, Yount, Blaney, Rothberg et De Nour, 1996. Shidler et al., 1998). • Selon les auteurs, cette intervention cognitivo-comportementale, qui visait à traiter les symptômes légers ou modérés de dépression et d'anxiété chez les patients atteints d'IRT, pourrait être plus rentable financièrement et en termes de temps que d'attendre de traiter les patients avant qu'ils ne présentent des symptômes sévères. Elle pourrait aussi avoir un effet sur la non-adhérence et prévenir les rechutes ou l'évolution vers des symptômes sévères de dépression ou d'anxiété.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs décrivent les biais possiblement rencontrés au cours de cette étude et émettent certaines limites en conséquence. • L'étude a évalué les symptômes de la dépression et de l'anxiété, mais aucun d'entre eux n'a été confirmé comme un diagnostic basé sur des entrevues cliniques. Cependant, les scores symptomatiques de la dépression et de l'anxiété ont été obtenus avec des échelles validées largement utilisées dans les études IRT et également fortement corrélées au diagnostic de dépression (Cukor, Coplan, Brown, Peterson et al., 2008).
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> • <i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> • <i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i> • Dans cette étude, les effets retenus du traitement ont été évalués seulement pendant un suivi à court terme (1 mois). Des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer les effets de l'ICC à moyen et long terme. • La contribution de la dynamique de groupe aux gains de traitement après l'ICC n'a pas été évaluée et, par conséquent, cet effet potentiel de la dynamique de groupe devrait être traité dans d'autres études. • L'ICC brève a diminué les symptômes de dépression et d'anxiété et amélioré la qualité de vie des patients atteints d'IRT recevant un traitement d'hémodialyse. Cette ICC a été plus efficace que l'identification des symptômes d'anxiété et de dépression sans traitement psychologique.

Effect of Self Care Education with and without Telephone Follow-Up on the Level of Hope in Renal Dialysis Patients : A Single-Blind Randomized Controlled Clinical Trial

Farzad Poorgholami, Parisa Mansoori, Zohreh Montaseri, Kazem Najafi

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> • Les concepts (Self-care education, level of hope) sont clairement identifiés. La population est aussi précisée (patient dialysés rénal).
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> • Background : différentes stratégies, telles que l'enseignement de self-care aux patients hémodialysés, ont été utilisées pour augmenter leur niveau d'espoir. Cette étude vise à examiner les effets d'un programme de suivi téléphonique sur le niveau d'espoir dans un programme d'éducation en matière self-care. • Méthode : essai contrôlé randomisé en simple aveugle. 75 patients hémodialysés ont été répartis au hasard en 3 groupe (n=25) comprenant un contrôle, un self-care education ou un self care education avec suivi téléphonique. Le groupe d'éducation sur le self-care a reçu 5 séances d'instruction. Le groupe 2 a eu les mêmes séances mais avec en plus un suivi téléphonique au cours des 2 mois qui ont suivis. • Résultats : il n'y avait pas de différence significative entre les scores d'espoir dans les trois groupes avant l'intervention (P = 0,40). Cependant, après l'intervention, le niveau d'espoir dans le groupe d'auto-éducation et l'éducation avec le suivi téléphonique étaient significativement plus élevés que ceux du groupe témoin (P = 0,001). De plus, le niveau d'espoir dans le groupe avec l'auto-éducation et le suivi téléphonique était significativement plus élevé (P = 0,001) que celui du groupe d'éducation au self-care sans suivi téléphonique. • Conclusion : les résultats ont indiqué que l'enseignement suivi par avec le suivi téléphonique était associé à des niveaux d'espoir plus élevés. Par conséquent, une telle stratégie peut être utilisée pour améliorer la qualité de vie des patients dialysés rénaux.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> • <i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> • Il n'existe aucune étude publiée à la connaissance des auteurs comparant l'efficacité de l'enseignement seul et l'enseignement avec un suivi téléphonique sur le niveau d'espoir chez les patients subissant une hémodialyse. Par conséquent, la présente étude a été conçue pour comparer ces deux stratégies et l'effet sur le niveau d'espoir chez les patients hémodialisés.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> • <i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> • <i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> • <i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i> • Une recension a été entreprise. Les auteurs font dans un premier temps un état des lieux sur le concept de l'espoir (théorie de Miller) et ensuite font un point sur la prévalence et les conséquences de l'insuffisance rénale chronique. • La recension présente des sources primaires. La plupart ont été publiés il y a moins de 10 ans.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> • <i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> • Il n'y a pas un cadre de recherche clairement explicité. Les auteurs mentionnent qu'ils ont utilisé les travaux de Miller concernant le concept de l'espoir mais il n'est pas cité dans les sources.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> • <i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> • But clairement explicité : comparer l'efficacité de l'enseignement seul et l'enseignement avec un suivi

	<p>téléphonique sur le niveau d'espoir chez les patients subissant une hémodialyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de questions de recherche clairement explicitée. • Les variables reflètent les concepts précisés ci-dessus.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i> • <i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i> • <i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique</i> • Essai contrôlé randomisé en simple aveugle • N=75 • Répartis au hasard en 3 groupe (un contrôle, un self-care education et un self care education avec suivi téléphonique) • La taille de l'échantillon a été déterminée à partir d'une étude précédente. Il mentionne le moyen de le déterminer en respectant un certain coefficient d'erreur type ($\alpha = 0,05$ et $\beta = 0,01$) • Patients dialysés à l'Hôpital Motahhari, Université Jahrom des Sciences médicales, Jahrom, Iran <p><u>Critères inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Tranche d'âge de 18 à 65 ans -Education primaire avec au minimum une compréhension acceptable de la langue persane -Insuffisance rénale stade terminale -Séances d'hémodialyse 2 à 3 fois par semaine pendant 3 à 4 heures depuis au moins 6 mois précédents -Pas transplantation rénale au cours de l'étude -Pas de formation formelle liée à l'hémodialyse -Pas de troubles cognitifs et psychologiques. <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Antécédents d'expériences graves ou défavorables au cours des six derniers mois -Traitement antidépresseur -Hospitalisation due à une maladie aiguë -Refus de participer ou de poursuivre l'étude.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> • <i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> Le protocole de l'étude a été examiné et approuvé par le Comité d'éthique des sciences médicales de l'Université Shiraz. Les objectifs et les protocoles de l'étude ont été expliqués aux participants. Ils étaient assurés de la confidentialité des informations collectées et de la liberté de se retirer de l'étude à tout moment pendant l'étude. Des consentements éclairés ont été obtenus de tous les participants.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> <i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> <i>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</i> <i>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> Essai randomisé contrôlé en simple aveugle Devis quantitatif Étude menée entre octobre 2013 et mars 2014
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> <i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> <i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> <i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> 4 questionnaires ont été utilisés. <p>1 questionnaire démographique (conçu sur mesure pour l'étude) => âge, sexe, état civil, niveau d'éducation et nombre de séance d'hémodialyse hebdomadaire</p> <p>2 questionnaires (1 pour les patients dialysés depuis moins d'une année et un autre pour ceux qui sont dialysés depuis plus d'une année) => Les formulaires ont été téléchargés à partir de www.lifeoptions.org</p> <p>⇒ Utilisé pour identifier les zones de problèmes des patients pour le matériel d'auto-apprentissage (self care) et mettre en évidence leurs besoins éducatifs dans dix domaines différents, y compris l'état médicale, les relations avec la famille et les amis, l'école et l'assurance, la nourriture, l'avenir, les sentiments, les responsabilités, le mode de vie, les activités quotidiennes et la relation avec le personnel.</p> <p>Questionnaire de Miller (48 items cotés avec une échelle de Likert)</p> <p>⇒ La validité et la fiabilité du questionnaire ont été examinées dans une étude visant à évaluer l'espoir dans une population iranienne. La validité apparente du questionnaire a été assurée par la traduction directe de la version anglaise du questionnaire et la discussion d'experts. Le questionnaire a ensuite été</p>

	<p>administré à 10 personnes en bonne santé et leurs opinions ont été sollicitées.</p> <p>⇒ Questionnaire qui permet d'évaluer le degré d'espoir (level of hope)</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> • <i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> • <i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</i> • Avant l'étude, un certain nombre de patients devaient remplir les formulaires d'évaluation des besoins mentionnés ci-dessus. • De plus, les néphrologues et le personnel infirmier du service d'hémodialyse ainsi que des experts en nutrition hospitalière et les proches des patients hémodialysés ont été interviewés pour évaluer besoins des patients. • Cette première analyse a permis de créer un programme d'éducation au self-care. • Avant l'intervention, les participants ont été invités à remplir le questionnaire de Miller et le questionnaire démographique dans le service d'hémodialyse. • Par la suite, les patients du groupe témoin n'ont reçu que des soins de routine réalisés à l'hôpital. Les autres patients ont reçu 5 instructions consécutives d'une heure sur le processus de la maladie et ses symptômes, ainsi que sur l'importance de l'hémodialyse, de l'alimentation, de la restriction hydrique, du contrôle quotidien du poids corporel, activité physique, arrêt du tabagisme, gestion du stress, relaxation musculaire et surveillance des signes vitaux. Chaque patient dans ces groupes a reçu une copie d'un livret d'instructions comprenant un résumé du matériel enseigné durant les 5 séances d'instruction. • Chaque patient du groupe avec suivi téléphonique a reçu trois appels téléphoniques par semaine pendant les deux mois suivant les instructions. L'horaire des appels téléphoniques a été donné par écrit à chaque patient après la cinquième séance d'instruction. La durée de chaque appel était de 20 minutes, ce qui pouvait également varier en fonction des besoins des patients. Le contenu des conversations téléphoniques comprenait des questions sur les éléments qui avaient été enseignées durant les cinq séances d'enseignement et ce qui était mentionné dans la brochure ainsi que des réponses aux questions des patients. De plus, les patients pouvaient appeler l'enquêteur à tout moment pour leurs questions ponctuelles. Tous les appels de suivi ont été faits par l'enquêteur ou son assistant.

	<ul style="list-style-type: none"> • Au jour 56 après l'étude, les participants ont été invités à remplir à nouveau le questionnaire d'espoir de Miller dans le service d'hémodialyse.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> • <i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> • <i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</i> • <i>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i> • Les données recueillies dans le questionnaire démographique et le questionnaire d'espoir de Miller ont été analysés à l'aide du logiciel SPSS, version 16. • Les données de fréquence ont été analysées en utilisant le Chi-carré. Les scores d'espoir ont d'abord été examinés pour assurer la normalité de la distribution des résultats en utilisant un test de Kolmogrov-Sminrov Ils ont été analysés par test d'analyse de variance (ANOVA). • Dans le cas où une différence significative a été trouvée par ANOVA, des comparaisons post hoc ont été réalisées en utilisant le test de Scheffee. Une valeur $P \leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> • <i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i> • <i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> • Résultats présentés sous forme de tableau et décrit dans un texte narratif • Le test de chi carré a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les participants du groupe contrôle, de l'éducation au self care et l'éducation avec un suivi téléphonique en termes de sexe, état civil, emploi, éducation, fréquence hebdomadaire d'hémodialyse ou revenu • Les analyses uni-variées entre ces 3 groupes concernant l'âge, les populations des familles et le temps depuis lequel les patients étaient dialysés montre aussi aucune différence significative. • Le test t apparié a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les scores d'espoir avant et après l'intervention dans le groupe contrôle. Cependant, les scores d'espoir après l'intervention d'éducation au self care et l'éducation au self care avec suivi téléphonique étaient significativement plus élevés que ceux observés avant l'intervention. • La comparaison intergroupe à l'aide d'analyses univariées suivie du test de Scheffee a montré qu'il n'y avait pas de différence significative ($P = 0,80$) entre le score d'espoir avant l'intervention dans le groupe contrôle, le groupe

	<p>d'éducation au self le groupe d'éducation au self care avec suivi téléphonique (P = 0,80)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les scores d'espoir après l'intervention dans l'éducation au self care et l'éducation au self care avec suivi téléphonique étaient significativement plus élevés que ceux du groupe contrôle. • Le score d'espoir après l'intervention dans le groupe avec suivi téléphonique était significativement plus élevé que celui du groupe d'éducation sans suivi téléphonique.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> • <i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> • <i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> • <i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> • <i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> • <i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> • Les résultats ont montré que 5 sessions d'éducation au self care ont amélioré les scores moyens d'espoir par rapport au groupe contrôle. Les résultats de la présente étude sont en accord avec ceux de Tsai et ses collègues indiquant qu'un programme de formation a réduit la dépression dans le groupe expérimental (Tsai et al, 2002) et une étude de Jahromi et ses collègues (Jahromi et al, 2015) • Les auteurs font ensuite des liens avec d'autres études antérieures effectués sur des populations avec des pathologies différentes (cardiaques). Ils font aussi un lien avec la théorie du sentiment d'efficacité personnelle de Bandura. • <u>Limites décrites par les auteurs</u> <ul style="list-style-type: none"> -La motivation à apprendre et à appliquer les informations reçues lors des séances d'éducation au self care a été affectée par la connaissance et les expériences préalables vécus par les patients. -Ceux ayant moins de connaissances et d'informations antérieures sur la maladie ont nécessité une plus grande attention. -De plus, la nature chronique et invalidante de la maladie a eu un impact très négatif sur la motivation des patients à apprendre. Cela a exigé une attention sérieuse et un suivi de la part des investigateurs pour maintenir la bonne humeur des patients à apprendre sérieusement et appliquer les sujets discutés lors des séances d'éducation.

Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none">• <i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i>• <i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i>• <i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i>• Les résultats de cette étude ont indiqué que le suivi téléphonique structuré augmente l'espoir chez les patients subissant une dialyse rénale. Il a également été démontré que le soutien et les suivis téléphoniques après la sortie sont les principaux facteurs de promotion de l'espoir chez les patients hémodialysés.• Ces résultats peuvent suggérer que le suivi téléphonique peut être utilisé dans les soins au quotidien pour les patients dialysés pour augmenter leur espoir et leur qualité de vie.
---------------------------------	---

**A nurse-led case management program on home exercise training for hemodialysis patients :
A randomized controlled trial**

Xingjuan Tao, Susan Ka Yee Chow, Frances Kam Yuet Wong

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> • Le titre précise clairement les concepts clés (programme de gestion de cas dirigé par une infirmière sur l'entraînement à domicile) et la population (patients hémodialysés)
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> • Le résumé synthétise clairement la recherche : Background : Les patients sous hémodialyse d'entretien souffrent d'une santé physique diminuée. Les programmes d'exercices directement supervisés se sont révélés efficaces pour améliorer la fonction physique et optimiser le bien-être. Cependant, les infirmières incluent rarement une intervention d'exercice dans le plan de soins pour les patients hémodialysés Objectifs : Le but de cette étude était d'examiner les effets d'un programme de gestion de cas sur 12 semaines piloté par une infirmière sur l'entraînement à domicile pour les patients hémodialysés Méthode : étude randomisé contrôlé (1 groupe d'intervention et 1 groupe contrôle) Durant les 6 premières semaines, les 2 groupes ont reçu des sessions d'exercices avant les séances de dialyse. Le groupe d'intervention a reçu une gestion de cas infirmière supplémentaire chaque semaine pendant les six premières semaines et deux fois par semaine pendant les six semaines suivantes. L'intervention visait à faciliter l'exercice régulier des patients à la maison. Les mesures des résultats, y compris la vitesse de marche, le rendement assis-debout de 10 répétitions et la qualité de vie ont été recueillies au départ et à 6 et 12 semaines durant le programme. Résultats : Des améliorations significatives de l'activité physique et de la qualité de vie ont été observées dans le groupe d'étude. Conclusion : l'exercice à la maison utilisant une approche de gestion de cas dirigée par l'infirmière est pratique et efficace pour améliorer la fonction physique et la santé auto-perçue des patients hémodialysés stables.

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> • <i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> • <i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> • Il a été démontré que les programmes d'entraînement physique direct supervisé sont efficaces pour améliorer la fonction physique et la qualité de vie des patients dialysés. • Les fournisseurs de soins de santé dans les centres de dialyse encouragent rarement les patients à être actifs, et la majorité des patients subissant un traitement d'hémodialyse mènent une vie sédentaire. • Les infirmières sont bien placées pour aider les patients à faire de l'exercice, en raison de leurs contacts prolongés et durables avec les patients. <p>⇒ Avec cette étude, les auteurs veulent démontrer la pertinence d'un programme de gestion de cas dirigé par une infirmière sur l'entraînement à domicile chez les patients hémodialysés</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> • <i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> • <i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> • <i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i> • Une recension exhaustive a été entreprise. Elle présente des sources primaires datant pour la majorité de moins de 10 ans. • Les patients hémodialysés, quel que soit leur âge, souffrent d'une altération de leur fonction physique (Kaysen et al., 2011, Matsuzawa et al., 2014, Painter et Roshanravan, 2013), ce qui engendre de la dépendance dans les activités de la vie quotidienne, des incapacités (Altintepe et al., 2006) et un risque accru d'hospitalisation et de mortalité (Peng et al., 2010). • Des revues systématiques et des méta-analyses ont montré que l'exercice, en tant que sous-catégorie de l'activité physique, est efficace pour améliorer la fonction physique, la dépression et la qualité de vie liée à la santé des patients sous hémodialyse (Cheema et Singh, 2005 ; et Jacobson, 2011, Ouzouni et al., 2009, Segura-Orti et al., 2009). • Diverses études d'observation ont montré de façon constante que la majorité des patients dialysés mènent une vie sédentaire (Avesani et al., 2012, Kim et al., 2014, Longenecker et al., 2002, O'Hare et al., 2003). De plus, les programmes d'exercices ne sont généralement pas mis

	<p>en œuvre dans la plupart des centres d'hémodialyse (Painter et al., 2014). => il y a une série d'obstacle autant du côté des professionnel que du côté des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'exercice ne devrait pas être considéré comme le domaine exclusif des physiothérapeutes. Toute l'équipe de néphrologie devrait conseiller, encourager et aider les patients à faire de l'activité physique et considérer ces activités comme faisant partie intégrante du plan de soins aux patients (Smith et Burton, 2012). <p>⇒ À la connaissance des auteurs, les effets d'un programme d'exercices dirigés par des infirmières adoptant une approche de gestion de cas n'ont pas été évalués auparavant pour les patients en hémodialyse.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> • <i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> • Les auteurs ne décrivent pas l'utilisation d'un cadre de référence spécifique pour cette étude.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> • <i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> • <i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> • L'objectif de cette étude est d'examiner les effets d'un programme de gestion de cas mené par des infirmières sur la formation à domicile pour améliorer la fonction physique et la qualité de vie des patients en hémodialyse. • <u>Hypothèses</u> <ul style="list-style-type: none"> -Les patients du groupe d'étude qui ont reçu une gestion de cas d'infirmière à la maison feront preuve d'un fonctionnement physique plus élevé que ceux du groupe témoin qui n'ont reçu qu'un bref exercice de groupe au centre. -Les patients du groupe d'étude qui ont bénéficié d'une gestion infirmière des exercices à domicile auront une meilleure qualité de vie liée à la santé que le groupe témoin qui n'a reçu que de brefs exercices de groupe centrés.
METHODE	

Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • <i>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i> • <i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i> • <i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> • N=113 (répartis aléatoirement en 2 groupes : groupe contrôle n=56 / groupe d'intervention n=56) • La taille de l'échantillon a été déterminer sur la base d'une autre étude (Painter et al, 2000) • <u>Critères d'inclusion :</u> <ul style="list-style-type: none"> -Avoir plus de 18 ans, -Pouvoir communiquer en chinois et donner leur consentement -Pouvoir se déplacer sans aide -Être sous traitement d'hémodialyse depuis plus de 3 mois -Être dialysés trois fois par semaine -Avoir un Kt / V supérieur à 1,2 -Avoir un taux d'hémoglobine supérieur à 80g / L. • <u>Critères d'exclusion :</u> <ul style="list-style-type: none"> -Être diagnostiqués avec une maladie mentale -Être atteint maladie musculo-squelettique sévère pouvant entraver la participation à l'exercice, -Présenter une perte auditive sévère affectant la capacité à communiquer -Avoir effectuer 30 min d'exercice régulier 3 jours par semaine durant les 3 derniers mois.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> • <i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> • L'étude a été approuvée par le sous-comité d'éthique des sujets humains de l'université affiliée et par les hôpitaux où le programme a été réalisé. • Tous les participants ont été informés du but, des procédures et de la confidentialité de l'étude. Il leur a été précisé que leur participation était volontaire et qu'ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans pénalités. • Tous les sujets ayant participé à l'étude ont donné leur consentement avant que les données de base ne soient collectées.

Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> • <i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> • <i>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</i> • <i>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> • <i>C'est un essai randomisé contrôlé avec 2 groupe parallèles (1 groupe d'étude et 1 groupe contrôle)</i> • <i>L'étude a été menée pendant sur une période de 12 semaines entre janvier et mars 2013 dans des unités d'hémodialyse dans deux hôpitaux à Nanjing, en Chine.</i>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> • <i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> • <i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> • Les données ont été recueillies à trois moments : à la base avant l'intervention, à la semaine 6 et à la semaine 12. • <u>Outcomes prioritaires</u> La vitesse de marche était considérée comme le résultat principal dans l'évaluation de l'amélioration fonctionnelle des patients. Les patients ont été invités à marcher deux fois le long d'un couloir de 10 mètres, une fois à une vitesse confortable (vitesse de marche normale) et une fois à une vitesse rapide (vitesse de marche rapide) que les patients pouvaient tolérer. La vitesse de leur démarche a été calculée en fonction des centimètres effectués en 1 seconde. Il a été démontré que cette mesure est efficace pour détecter les changements dans la fonction physique des patients hémodialysés (Headley et al., 2002 ; Painter et al., 2000) • <u>Outcomes secondaires</u> Sel lever d'une chaise est une activité essentielle pour la vie quotidienne indépendante. Csuka et McCarty (1985) ont été les premiers à décrire l'utilisation du 10-répétition sit-to-stand (10-STTS) comme mesure indirecte de la force des membres inférieurs. On a demandé aux patients de s'asseoir sur une chaise de 43 cm de hauteur sans accoudoir et de se lever aussi vite que possible avec deux bras croisés sur leur poitrine. Le temps qu'il leur a fallu pour passer de la position assise à se tenir debout à 10 répétitions a été enregistré. <p>Qualité de vie</p> <p>⇒ Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36TM) Questionnaire composé de 36 items Les scores vont de 0 à 100 => plus le score est élevé, meilleur est la qualité de vie perçue par le patient</p>

	<p>Le questionnaire consiste en une enquête de santé abrégée (SF-12) en 12 éléments en tant que composante générique de la qualité de vie (cumul d'une partie composante mentale et une composante physique) et 24 items spécifiques à la maladie répartis en trois sous-échelles : la liste des symptômes et des problèmes, le fardeau (burden) de la maladies rénale et les effets de la maladie rénale.</p> <p>La version chinoise du KDQOL-36TM a démontré des niveaux acceptables de cohérence interne (avec un alpha de Cronbach compris entre 0,69 et 0,78) et une fiabilité test-retest (ICC comprise entre 0,70 et 0,86)</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> • <i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> • <i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</i> • L'intervention comportait deux composantes : une brève formation en groupe sur l'exercice et une prise en charge infirmière des exercices à domicile. • Le groupe contrôle a reçu un exercice de groupe seulement. Le groupe d'étude a été exposé aux deux composants • <u>La formation en groupe sur l'exercices physiques</u> Dispensé chaque semaine pendant 6 semaines consécutives par un des chercheurs par groupe de quatre à six patients avant les séances de dialyse. (l'intervention est décrite en détail) <p><u>Gestion de cas par l'infirmière</u> Huit infirmières cliniciennes ont suivi 12 heures de formation structurée sur la façon de mettre en œuvre le programme d'exercices à domicile de gestion de cas. Le programme de formation comportait quatre volets : une introduction à l'étude, le programme d'exercices, les techniques d'entrevue et le management des situations. Vise à aider individuellement les patients à faire de l'exercice régulièrement à la maison après avoir participé à l'exercice de groupe. Neuf séances d'entrevues cliniques infirmières-patients ont été dispensée au groupe d'étude pendant les séances de dialyse - une fois par semaine pendant les six premières semaines et deux fois par semaine pendant les six semaines suivantes. La première séance a duré entre 20 et 30 minutes, et chaque séance de suivi a duré environ 15 minutes, selon les besoins de chaque patient.</p> <p>⇒ Le protocole de gestion de cas a été développé sur la base du modèle de promotion de la santé de Pender (Pender et al., 2011). Les entretiens cliniques entre infirmiers et</p>

	<p>patients sont une caractéristique essentielle du protocole. Les entrevues portaient sur les obstacles à l'exercice, à l'identification et à la résolution des problèmes, à l'établissement d'objectifs communs sur les exercices à domicile, à la négociation d'un plan d'action et au contrôle de la sécurité des exercices.</p> <p>⇒ Avec des exercices de flexibilité et de force, les patients ont été invités à initier les exercices à la maison, y compris s'engager dans des exercices tels que la marche rapide, le jogging ou le vélo, selon leur préférence.</p> <p>⇒ Les patients devaient suivre progressivement les niveaux d'exercices recommandés : exercices de flexibilité quotidiens, exercices de musculation deux fois par semaine et 30 minutes d'exercices aérobies au moins trois fois par semaine.</p> <p>⇒ Les patients ont été invités à tenir des journaux d'exercice pour l'auto-surveillance et le suivi des infirmières.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> • <i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> • <i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</i> • <i>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i> • L'analyse des données a été réalisée à l'aide de Statistical Package for Social Sciences (version 20.0) • Des mesures répétées de l'analyse de variance (ANOVA) ont été utilisées pour déterminer les effets du programme sur les variables de résultats continus avec distribution normale. Le test de Friedman et le test U de Mann-Whitney ont été utilisés pour des données qui n'étaient pas normalement distribuées. • $P < 0,05$ était considéré comme statistiquement significatif
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> • <i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i> • <i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> • Les résultats sont présentés sous forme de tableau et décrit dans un texte narratif. La présentation semble logique et cohérente avec la méthode décrite dans le protocole de recherche. • Cinq patients du groupe témoin et un du groupe d'étude ont interrompu l'intervention. • Moyen d'âge de 54,8 ans (allant de 27 à 74) Il y avait plus d'hommes (52,2%) que de femmes La majorité des participants étaient mariés (82,3%) et ne travaillaient pas (92%) La durée moyenne depuis le début de la dialyse était de 84,1 mois (allant de 5 à 334 mois)

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Vitesse de marche</u> En ce qui concerne la vitesse de marche normale, le groupe d'étude connaissant des améliorations plus importantes que le groupe témoin ($p = 0.038$) <p>En ce qui concerne les effets intra-groupe, une amélioration significative de la vitesse de marche normale à travers les trois points de récolte de données a été observée seulement dans le groupe d'étude ($p < 0,001$) avec une augmentation moyenne significative ($p = 0,001$, de 12,02 centimètres par seconde (cm / s) de la semaine 0 à la semaine 12.</p> <p>Pour la vitesse de marche rapide, il y avait un effet entre les groupes significatif ($p=0.5$), le groupe d'étude démontrant une amélioration plus importante dans l'analyse ANOVA des mesures répétées.</p> <p><u>10-STS performance</u> Le temps pris par les patients dans le groupe d'étude pour terminer le test 10-STS a diminué de 19,78 à 14,03 secondes, de la première mesure à la semaine 1 ($p < 0,001$). L'amélioration réelle moyenne était de 5,75. Une tendance similaire a été observée dans le groupe témoin avec une amélioration réelle moyenne de 4,93. Cependant, les patients du groupe d'étude ont pris moins de temps que les patients du groupe témoin pour compléter le 10-STS après avoir terminé le programme ($p = 0,004$)</p> <p><u>Qualité de vie</u> Pour HRQOL, le résultat des tests de Friedman a montré que des effets significatifs dans le groupe d'étude ont été démontrés pour tous les domaines spécifiques de la maladie rénale évalués par le questionnaire (détail dans l'article)</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> • <i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> • <i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> • <i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> • <i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> • <i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> • Les résultats de l'étude indiquent que le programme de 12 semaines sur la gestion des soins infirmiers à domicile est

	<p>efficace pour améliorer la fonction physique des patients et améliorer leur qualité de vie globale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Efficacité du programme sur a fonction physique</u> Les améliorations significatives de la vitesse de marche et de la performance du 10-STS soutiennent l'affirmation selon laquelle le programme de gestion de cas de l'infirmière de 12 semaines sur l'exercice à domicile est efficace pour améliorer la fonction physique <p>⇒ Les résultats sont mis systématiquement en liens avec les études précédemment effectués dans ce domaine de recherche. Les auteurs nuancent et émettent des hypothèses lorsque les résultats diffèrent de ceux déjà existant.</p> <p>En ce qui concerne la performance du 10-STS, les deux groupes ont démontré une amélioration statistiquement significative, le groupe d'étude montrant des gains plus prononcés.</p> <p>⇒ Deux hypothèses expliquent une plus grande amélioration observée dans le groupe d'étude. Premièrement, le groupe d'étude s'exerçait plus fréquemment. Cela suggère qu'avec le soutien des infirmières gestionnaires de cas, les patients ont pu continuer à faire de l'exercice à la maison après avoir participé à l'exercice de groupe. Deuxièmement, la gestion des cas d'infirmière a été efficace pour aider les patients à atteindre un degré satisfaisant d'adhérence aux exercices.</p> <p>⇒ Nuances : Les augmentations statistiquement significatives n'ont pas dépassé la variation minimale détectable dans le 10-STS. Ainsi, les améliorations du 10-STS pour l'un ou l'autre groupe n'excluent pas la possibilité d'une erreur de mesure aléatoire ou d'une variation aléatoire.</p> <p>⇒ Cependant les résultats de la présente étude sont similaires à ceux des études antérieures sur l'exercice intradialytique supervisé, où la diminution du temps nécessaire pour terminer le 10-STS allait de 2,5 à 5,4 secondes (Headley et al., 2002, Painter et al., 2000, van Vilsteren et al., 2005, Segura-Orti et al., 2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Gestion des cas de soins infirmiers dans la mise en œuvre de programmes d'exercices</u> Les résultats de l'étude ont mis en évidence l'efficacité de la gestion des cas d'un programme d'exercices à domicile pour les patients hémodialysés, et ont montré que les infirmières cliniciennes qualifiées sont capables d'être des gestionnaires de cas manager en fournissant des conseils sur les exercices à domicile au cours de leur travail. Les infirmières gestionnaires de cas se sont concentrées non seulement sur la progression des exercices, mais également sur la prise en compte du point de vue des
--	---

	<p>patients et sur la reconnaissance des obstacles contraignant pour faire de l'exercice.</p> <p>La gestion des cas d'exercices à domicile n'est pas un élément standard de l'intervention infirmière, mais un ensemble de soins qui, lorsqu'ils sont fournis de manière flexible grâce au soutien des médecins, contribuent grandement au succès des exercices à domicile actuels.</p> <p><u>Efficacité du programme sur la qualité de vie</u></p> <p>La gestion des cas d'exercices à domicile dirigée par des infirmières a permis d'améliorer les domaines spécifiques à la maladie rénale de la HRQOL</p> <p>⇒ Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces réalisations. Premièrement, le succès de la gestion des cas des infirmières pour aider les patients à intégrer l'exercice à domicile dans leur vie quotidienne a peut-être aidé à soulager les patients de certaines de leurs angoisses sur la façon dont les maladies rénales affectent leur vie. Hypothèse que l'amélioration de la santé physique a pu permettre aux patients de participer à des activités de plein air et d'interagir avec les gens, ce qui a été utile pour réduire le stress ou les soucis causés par une maladie rénale.</p> <p>Deuxièmement, il a été démontré que l'exercice est efficace pour soulager les symptômes tels que la fatigue et les troubles du sommeil (Afshar et al., 2011, Chang et al., 2010, Cho et Sohng, 2014, Malagoni et al., 2008, Maniam et al., 2014).</p> <p>⇒ Par ailleurs, les contacts fréquents entre les gestionnaires de cas peuvent avoir eu des effets psychologiquement favorables, ce qui a permis d'améliorer la perception de bien-être par les patients.</p> <p>⇒ Les résultats des différentes études sur les effets des programmes d'exercices sur la qualité de vie des patients hémodialysés sont inconstants (Chen et al., 2010, Koh et al., 2009, Molsted et al., 2004, Ouzouni et al., 2009, Parsons et al., 2006, Wu et al., 2014). Cela s'explique potentiellement par le fait qu'il n'existe pas de programmes d'exercice standardisés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Limites de l'étude</u> <ul style="list-style-type: none"> -Les personnes ayant un faible niveau d'éducation et des comorbidités multiples étaient sous-représentées, ce qui peut limiter la généralisation des résultats. -L'exercice à domicile a été effectué sans supervision directe -Les données de suivi à long terme ne pas disponibles. Si les résultats positifs peuvent être maintenus après le retrait du programme, une enquête plus approfondie est nécessaire.
--	--

Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none">• <i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i>• <i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i>• <i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i>• Les patients hémodialysés stables devraient être encouragés à faire de l'exercice régulièrement à la maison avec un suivi continu. Des infirmières cliniciennes formées à la structure ont été en mesure d'offrir des conseils et du soutien aux patients. Une approche de gestion de cas dirigée par une infirmière peut être incorporée dans la pratique de dialyse avec des résultats positifs.• Bien que cette étude ait entraîné une amélioration de la qualité de vie chez les patient hémodialysés, d'autres études explorant la qualité en tant que résultat principal sont encore nécessaires pour explorer cette conclusion.
---------------------------------	--

Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis

Aliasgharpour, M., Shomali, M., Moghaddam, M. Z., & Faghihzadeh, S.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> <p>Le titre « Effect of a self-efficacy promotion training programme on the body weight changes in patients undergoing haemodialysis » met en évidence les concepts clés qui sont : la promotion de l'efficacité personnelle, les patients hémodialysés. La population est clairement définie dans le titre.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> <p>Le résumé est composé des éléments suivants :</p> <p>Introduction : Un programme de formation en promotion de l'auto-efficacité peut être une stratégie efficace pour amener un changement de comportement. Le but de cette étude était d'étudier l'effet d'un programme de formation sur la promotion de l'auto-efficacité sur les changements de poids corporel chez les patients sous hémodialyse.</p> <p>Au vue de la méthode, cette étude quasi-expérimentale en simple aveugle, les auteurs ont recruté un échantillon de commodité de 63 patients sous hémodialyse dans deux hôpitaux universitaires et les ont répartis au hasard dans le groupe expérimental ou témoin.</p> <p>Au niveau des résultats, les auteurs ont démontrés qu'immédiatement et deux mois après l'étude, le gain de poids corporel moyen et l'auto-efficacité dans le groupe expérimental étaient significativement plus faibles et plus élevés, respectivement, que le groupe témoin ($p < 0,05$).</p> <p>Conclusion : La mise en œuvre d'un programme de formation en promotion de l'auto-efficacité est efficace pour réduire le gain de poids et augmenter l'auto-efficacité chez les patients sous hémodialyse.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème est clairement formulé et circonscrit</i>, cela concerne les patients souffrants d'insuffisance rénale terminale. Il s'agit d'étudier l'effet d'un programme de formation de promotion de l'auto-efficacité sur les changements de poids corporel chez les patients ayant recours à l'hémodialyse.</p> <p><i>Le problème paraît pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles</i>. L'une des principales difficultés pour les patients est de respecter les tolérances réduites des apports en</p>

	<p>liquides et le contrôle du poids. L'observance des liquides chez les patients subissant une hémodialyse est très importante, car si les réserves de liquide ne sont pas prises en compte, une accumulation de liquide dans le corps se manifeste par un œdème généralisé, une dyspnée, des troubles cardiopulmonaires et une prise de poids. Pour déterminer la quantité de liquide éliminé durant la séance de d'hémodialyse, le poids post-hémodialyse est comparée au poids pré-hémodialyse. Chaque perte de poids d'un kilogramme équivaut à l'élimination de 1000ml de liquide.</p> <p><i>Le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière</i> dans la mesure où l'éducation au patient fait partie du rôle important de l'infirmier. Une éducation efficace aide le patient à vivre en meilleure santé et plus indépendant.</p>
Recension des écrits	<p><i>La recension présente la situation actuelle</i> par une description générale de l'insuffisance rénale terminale à travers des statistiques en Iran et aux USA, certaines complications ainsi que la définition d'une variable : prise de poids interdialytique (PPID). S'ensuit avec une définition et un développement de l'auto-efficacité. Plusieurs auteurs sont cités dans cette recension des écrits.</p> <p>L'insuffisance rénale terminale (IRT) est une maladie chronique avec taux d'incidence annuel de 260 par million de population (PMP). Ce taux d'incidence augmente d'environ 6% chaque année (Harrison & Kasper 2005). Il y a plus de 300 000 personnes avec une IRT aux États-Unis (Neighbors et al., 2007). L'incidence le taux de la maladie en Iran a augmenté de 234,49 PMP en 2000 à 357,63 PMP en 2006. En 2008, il y avait 16 372 patients sous hémodialyse (HD) en Iran.</p> <p>PPID : Pour déterminer la quantité de liquide éliminée pendant l'hémodialyse, le poids post-dialyse est comparé au poids pré-dialyse. Chaque perte de poids d'un kilogramme équivaut à l'élimination de 1 000 ml de liquide (Casey et al. 2002).</p> <p>La rétention d'eau, comme un problème commun chez les patients subissant HD, augmente le taux de morbidité et de mortalité. La maladie cardiovasculaire, secondaire à l'apport hydrique élevé et la rétention d'eau, est l'une des plus cause importante de mortalité chez les patients sous HD (Lopez- Gomez et al. 2005; Stegmayr et al. 2006; Banerjee et al. 2007; Holmberg et Stegmayr 2009; Kalantar-Zadeh et al. 2009).</p>
Cadre de recherche	<p><i>Deux grandes rubriques définissent les concepts</i> : à savoir l'insuffisance rénale terminale et la principale difficulté des patients de respecter la tolérance réduite des apports et le contrôle du poids.</p> <p><i>Cela est justifié par des statistiques.</i></p>

	<p>Environ 33-50% des patients subissant une HD ont des difficultés à respecter la quantité de liquide recommandée. Cela rend les traitements inefficaces et produit des complications imprévisibles et des troubles décrit plus ci-dessus (Tsay 2003).</p> <p><i>Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente explicitées brièvement et appropriées à l'étude.</i> (Bandura, 1997)</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p><i>Non, le but n'est pas énoncé de manière clair et concis.</i> Celui-ci est clairement défini dans le sommaire. Cependant, il est décrit dans le dernier paragraphe.</p> <p>Sous l'introduction, deux grandes descriptions des principaux concepts, à savoir l'insuffisance rénale terminale et l'auto-efficacité, sont explicités.</p> <p><i>Les hypothèses sont posées dans manière implicite dans le texte narratif.</i></p> <p>Hypothèse : Théoriquement et cliniquement, l'éducation du patient présente de nombreux avantages. De plus, un programme de formation à la promotion de l'auto-efficacité est une méthode d'éducation appliquée, en particulier chez les patients atteints de maladies chroniques. Comme les infirmières en hémodialyse sont en contact permanent avec les patients hémodialysés, ils sont dans la meilleure position pour mettre en œuvre des programmes de promotion de l'efficacité personnelle.</p> <p>But : Au meilleur des connaissances des auteurs, il y a peu de preuves concernant l'auto-efficacité des patients sous HD en Iran. Par conséquent, les auteurs ont mené cette étude pour étudier l'effet d'un programme de formation de promotion de l'auto-efficacité sur les changements de poids corporel chez les patients sous HD.</p> <p><i>Les questions de recherche et les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. Elles traitent de l'expérience des participants. Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.</i> Prise de poids interdialytique</p> <p><i>Les questions s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente.</i></p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Ils ont mené cette étude quasi-expérimentale en simple-aveugle en mai et juin 2010 dans deux hôpitaux universitaires de Zanjan, en Iran, affiliés à l'Université des Sciences Médicales de Zanjan.</p> <p>La population visée est définie de façon générale sans être précis dans le nombre.</p>

	<p><i>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants paraît appropriée.</i></p> <p>Il s'agit de tous les patients de la province de Zanjan (en Iran) ayant recours à l'hémodialyse. Tous patients rencontrant les critères d'inclusion étaient admissibles à l'étude.</p> <p><u>Les critères d'inclusion étaient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - âge entre 18 et 65 ans (tous les patients étaient plus jeunes que 65 ans) - capacité à parler le persan ou le turc; - ayant recours à l'hémodialyse pendant au moins un an; - avoir la capacité physique d'effectuer des activités d'autogestion de la santé; - avoir trois sessions d'hémodialyse de quatre heures par semaine; - n'ayant aucun antécédent de trouble mental connu, d'insuffisance cardiaque congestive et cirrhose hépatique. <p><u>Les critères d'exclusion étaient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - toute incidence d'urgence aiguë pendant l'HD, qui nécessite l'arrêt de la HD et le transfert aux soins intensif ou vers d'autres unités; - toute perturbation dans le processus d'éducation; - ne pas vouloir participer à l'étude. <p>Pour éviter la contamination des patients du groupe témoin avec les informations du groupe expérimental, les auteurs ont assigné tous les patients d'un hôpital au groupe expérimental et tous les patients de l'autre hôpital au groupe témoin. Comme ces deux hôpitaux étaient affiliés à une même université, tous les équipements d'HD, les stratégies d'admission des patients, etc. étaient similaires. Ils ont utilisé la méthode d'échantillonnage de commodité pour sélectionner l'échantillon de l'étude.</p> <p><i>L'article en question ne possède pas d'hypothèse de départ relative au but de la recherche.</i></p> <p><i>Cela n'est pas justifié sur une base statistique ou par une saturation des données. La population est clairement définie au niveau des résultats et non dans la méthode.</i></p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i></p> <p>Le comité d'examen institutionnel et le comité d'éthique ont approuvé l'étude. Les auteurs ont expliqué le but et la méthode de l'étude pour les patients. Ils étaient libres de choisir de participer, refuser, ou cesser la participation à l'étude.</p> <p>De plus, ils les ont assurés de la confidentialité de leurs données personnelles. Enfin, les auteurs ont demandé de lire et de signer un formulaire de consentement éclairé.</p> <p><i>L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</i></p>

Devis de recherche	<p>Comme les patients n'étaient pas en mesure d'assister ensemble, avant la dialyse, pour recevoir le matériel éducatif, les auteurs ont éduqué en petits groupes (deux ou trois patients dans chaque groupe) en utilisant la méthode de lecture en face-à-face. Ils ont livré le contenu du programme éducatif une demi-heure avant et pendant la séance d'hémodialyse et ce, pendant six sessions de suites. En tout, ils ont éduqué quatre groupes de trois personnes et dix groupes de deux personnes. En plus de donner des conférences,</p> <p>ils ont fourni aux patients un livret contenant un résumé de la conférence et des photos connexes.</p> <p><i>Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques. (véracité, applicabilité, consistance, neutralité)</i></p> <p>Comme les patients étaient connectés à la machine d'hémodialyse et donc incapables de bouger leurs mains librement, les auteurs ont rempli les questionnaires en utilisant la méthode d'interview.</p> <p><i>Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques.</i></p> <p>L'intervention a duré deux semaines. Le groupe témoin a reçu les soins de routine de l'unité d'hémodialyse dans l'hôpital de contrôle. Immédiatement et deux mois après la fin des études, les auteurs ont à nouveau pesé les patients, avant et après trois séances d'hémodialyse subséquentes et calculé le PPID pour chaque patient. De plus, le questionnaire d'auto-efficacité était également rempli immédiatement et deux mois après la dernière session de l'éducation.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> • <i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> • <i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> <p><u>L'instrument d'étude était composé de deux parties :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le questionnaire démographique (âge, sexe, état civil, diplôme d'études et de logement) plus le débit urinaire et 2. les stratégies utilisées par les personnes pour promouvoir le questionnaire de santé (SUPPH) pour mesurer le niveau d'auto-efficacité. SUPPH incluait 29 items évalués sur une échelle de Likert de 1 à 5. Il se compose de quatre sous-échelles, y compris l'adaptation (10 items), la gestion du stress (7 items), la prise de décision (6 items) et « profiter de la vie » (6 items). Le score total du questionnaire SUPPH peut varier entre 29 et 145. <p>Pour déterminer la fiabilité du questionnaire, ils ont utilisé la méthode test-retest sur les patients. La corrélation de Pearson le coefficient était de 0,95.</p>

	<p>Les auteurs indiquent que les tests ont été importés pour le besoin de l'étude. De plus, ils ont effectué une revue complète de la littérature. Par la suite, les auteurs ont demandé à 10 facultés de sciences infirmières de vérifier la validité des questionnaires développés. Comme les patients étaient connectés à la machine d'hémodialyse et donc incapables de bouger leurs mains librement, les auteurs ont rempli les questionnaires en utilisant la méthode d'interview.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> • <i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> • <i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</i> <p>Les patients du groupe témoin n'ont reçu aucune éducation. L'intervention éducative pour le groupe expérimental a consisté en du matériel éducatif relatif aux quatre composantes susmentionnées de l'auto-efficacité.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le matériel éducatif lié au premier élément, c'est-à-dire la performance, comprenait l'anatomie et la physiologie du rein, les complications de l'insuffisance rénale, de l'alimentation, de l'apport hydrique et de la pharmacothérapie. 2. Le contenu du programme éducatif lié à la deuxième composante, c'est-à-dire l'expérience d'autrui, consistait en discussion de groupe pour la modélisation des rôles et l'apprentissage des expériences d'autres patients. 3. Pour mettre en œuvre la troisième composante, les auteurs ont utilisé des stratégies de renforcement telles que des encouragements verbaux et des retours positifs. Ils ont souligné aux patients qu'ils ont le potentiel d'obtenir ce qu'ils veulent. 4. Ils ont utilisé la relaxation musculaire progressive comme une stratégie de gestion du stress pour répondre aux besoins éducatifs des patients dans le zone du quatrième composant, par exemple un retour d'information physiologique. <p>La récolte des données a été effectuée par les auteurs eux-mêmes. Tout au long de la narration, le « nous » est utilisé.</p>
Analyse des données	<p><i>Toutes les analyses de données</i> ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 11.5.</p> <p>Le test du chi-carré a été utilisé pour déterminer la différence entre les groupes, le test exact de Fisher pour la variable catégorielle et le test t des échantillons indépendants pour les variables continues. Le test exact de Fisher au lieu du chi carré a été appliqué lorsque les valeurs attendues dans l'une des cellules d'un tableau de contingence étaient inférieures à 5.</p>

	<p>Le test d'analyse de variance à mesures répétées (ANOVA) pour déterminer les différences entre les variables, le gain de poids corporel moyen (GPCM) et l'auto-efficacité, pour les trois périodes d'évaluation de chaque groupe. Le niveau de signification pour toutes les analyses était inférieur à 0,05 (p-valeur < 0,05) (Munro 2005).</p> <p><i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> Non</p> <p><i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</i> Les résumés des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés.</p> <p><i>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i> Non</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> • <i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i> • <i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> <p>Deux tableaux et un graphique représentent adéquatement les résultats de l'étude. La rubrique résultats comprend deux sous-thèmes bien distincts : Les caractéristiques démographiques, le GPCM et auto-efficacité. Un lien entre le GPCM et auto-efficacité a été effectué au travers des tests présentés dans l'analyse des données.</p> <p>Caractéristiques démographiques</p> <p>Le nombre total de patients sous hémodialyse dans les deux hôpitaux au moment de l'étude était de 82 patients (42 patients dans le groupe d'intervention et 40 patients dans le groupe contrôle). Dans l'hôpital d'intervention, quatre patients ont quitté l'étude car ils ne souhaitaient pas participer, un patient a été transféré à l'unité de soins intensifs, un patient a émigré dans une autre ville, deux patients ont été transplantés et deux patients sont décédés. Dans le groupe témoin, ces valeurs étaient respectivement de trois, un, zéro, quatre et un. Soixante-trois patients sont restés dans l'étude, 32 patients dans l'intervention et 31 patients dans groupe de contrôle.</p> <p>Les résultats du test du chi carré, du test exact de Fisher et du test t des échantillons indépendants ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les variables démographiques.</p> <p>Le GPCM et l'auto-efficacité</p> <p>Les résultats du test ANOVA à mesures répétées ont montré que le GPCM et l'auto-efficacité dans le groupe d'intervention</p>

	<p>différents significativement entre les trois temps de mesure (p-valeur < 0,001). Cependant, ces différences n'étaient pas significatives dans le groupe témoin (p-valeur = 0,57 et 0,64, respectivement).</p> <p>En utilisant le test t des échantillons indépendants, les auteurs n'ont trouvé aucune différence significative entre les deux groupes concernant l'auto-efficacité et le GPCM avant la mise en œuvre de l'intervention (valeurs p 0,10 et 0,83). Les résultats du test ont également montré que le GPCM dans le groupe expérimental était significativement plus faible que le groupe témoin (p = 0,027 et 0,020) et deux mois après la fin des études. De plus, les résultats de ce test ont montré des résultats similaires pour la variable d'auto-efficacité (p-valeur < 0,001)</p> <p><i>Aucune information n'est donnée sur l'évaluation des données auprès des participants ou auprès d'un expert.</i></p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> • <i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> • <i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> • <i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> • <i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> • <i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> <p>Ces résultats suggèrent que le programme de formation de promotion de l'auto-efficacité dans cette étude a été efficace pour réduire significativement le GPCM dans le groupe d'intervention. Tsay (2003) a aussi trouvé une diminution significative du GPCM dans un groupe de programme expérimental d'auto-efficacité. Ils ont conclu que l'intervention éducative de 12 semaines ne produit aucun changement de comportement (Molaison et Yadrick 2003). Bien que l'intervention éducative de Molaison et Yadrick (2001) n'ait produit aucun changement de comportement, l'étude a montré des différences dans l'auto-efficacité. Cet écart est peut être dû au fait que l'étude de Molaison et Yadrick (2001) n'a fourni que des formations nutritionnelles, alors que notre intervention était un programme complet de formation à l'autonomie.</p> <p>Les auteurs ont également trouvé une différence significative en termes d'auto-efficacité immédiatement et deux mois après la fin de l'éducation par rapport à la mesure de base dans le groupe d'intervention. Cependant, cette différence n'était pas significative au groupe de contrôle. Sagawa et al. (2002) ont également suggéré que l'utilisation d'interventions cognitivo-</p>

	<p>comportementales est efficace pour augmenter la concordance des patients avec les recommandations sur les liquides (Sagawa et al. 2003).</p> <p>Richard (2006) a également signalé que l'éducation en matière de soins personnels pour répondre aux besoins éducatifs des patients pourrait augmenter le niveau d'auto-efficacité. Il a conclu que l'éducation au chevet des infirmières basée sur les théories du comportement et les normes éducatives améliore effectivement les résultats des patients (Richard 2006). Les programmes de formation sur l'auto-efficacité respectent strictement ces normes.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses.</i></p> <p><i>Les limites de l'étude sont définies.</i></p> <p>Au fur et à mesure que les auteurs remplissaient les questionnaires en utilisant la méthode d'interview, la présence du chercheur pouvait affecter les réponses des patients. Suivre des patients pour une période plus prolongée, c'est-à-dire 6 ou 12 mois, conduirait à une meilleure compréhension de l'effet de l'intervention sur les résultats attendus; cependant, le comité d'examen institutionnel a approuvé l'étude de terminer dans une période de trois mois. On peut penser que plus d'infirmières sont nécessaires pour mettre en œuvre de telles interventions de soins; cependant, les auteurs recommandent aux infirmières de dispenser des formations d'auto-efficacité tout en pratiquant les soins de routine.</p> <p><i>Les conclusions découlent logiquement des résultats.</i></p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> • <i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> • <i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i> <p>Dans les programmes d'éducation des patients, les infirmières doivent accorder une attention particulière à l'auto-efficacité. Les infirmières peuvent éduquer les patients sur le régime et l'apport en liquides et les médicaments recommandés, mais en même temps, ils doivent prêter attention à l'explication de Bandura (1997) de la théorie de l'auto-efficacité et mettre ces théories en pratique.</p> <p>D'autres recherches visant à étudier l'effet de la promotion de l'auto-efficacité sur les résultats des patients dans d'autres conditions chroniques telles que le diabète sucré, la sclérose en plaques et les accidents cérébrovasculaires, pendant des périodes plus longues sont recommandées.</p> <p>Pas de conflit d'intérêt ont été déclarés par les auteurs.</p>

Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea

Cho, M. K.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i></p> <p>Le titre « Effect of health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. » met en évidence le concept clé à savoir l'intervention du contrat de santé (ICS). La population cible est les patients dialysés en Corée.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i></p> <p>Le résumé est composé d'un texte narratif sans distinction de titres.</p> <p>Oui, cela comprend le problème, la méthode, les résultats et la discussion.</p> <p>C'est une étude contrôlée randomisée qui vise à examiner l'effet de l'intervention du contrat de santé, basé sur la théorie de l'atteinte des buts, le comportement d'auto-soins et les indices des patients dialysés rénaux en Corée. Deux groupes, le premier expérimental (n=21) a subi une intervention contractuelle pendant 4 semaines et le deuxième témoin (n=22), a reçu des soins de routine.</p> <p>Le programme SPSS WIN 12.0 a servi pour analyser les données qui ont été recueilli à l'aide de questionnaire et de mesures des indices physiologiques rénaux.</p> <p>Les résultats ont montré une valeur de $P < 0.005$ statistiquement significative. Le score totale du comportement individuel ($P=0.011$) et les scores individuels pour les comportements, comme l'alimentation ($P = 0,017$), l'exercice et le repos ($P = 0,001$), et la pression artérielle et le poids corporel ($P = 0,006$) étaient plus élevés dans le groupe expérimental. Dans le groupe expérimental, la concentration sérique de potassium et le gain de poids moyen entre les séances de dialyse étaient significativement faibles ($P = 0,002$, $P = 0,017$).</p> <p>En conclusion, chez les patients dialysés rénaux en Corée, l'intervention à l'aide du contrat de santé basé sur la théorie de l'atteinte des objectifs s'est avéré efficace afin d'améliorer le comportement d'auto-soins.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème faisant l'objet de l'étude est clairement formulé et circonscrit.</i> Il met en en relief la gestion des problèmes de santé globaux qui semblent inappropriés. En lien avec les symptômes que présentent les patients dialysés le service des urgences, dyspnée, douleur abdominale ou inconfort, vertiges, faiblesses générales, hypotension et dysfonctionnement de la fistule, et la majorité des patients présente divers symptômes liés à l'auto-soin inappropriés.</p>

	<p>Les patients sous dialyse rénale ont besoin d'un traitement à vie et de soins personnels constants, y compris un régime spécifique, des médicaments et des visites régulières chez un médecin (Kutner, 2001). La stratégie de base pour améliorer le comportement en auto-soins des patients dialysés est de s'assurer que les patients prennent soin d'eux-mêmes sur une base continue. Un contrat de santé est un accord entre une infirmière et un patient concernant les objectifs communs à atteindre. C'est une promesse entre les deux de faire des efforts pour accomplir des actes spécifiques pendant une certaine période (Logan, 1984).</p> <p><i>Le problème est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles.</i></p> <p><i>Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée. Les postulats sous-jacents à l'étude sont précisés à l'aide du modèle conceptuel d'Imogène King et de sa théorie de l'atteinte des buts (King, 1981). Cela se concentre sur le système interpersonnel et les interactions entre les individus, en particulier dans la relation infirmière-patient. L'établissement d'objectifs mutuels repose sur :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation par l'infirmière des préoccupations, des problèmes et des troubles de santé d'un patient; • les perceptions des infirmières et des patients de l'interférence; et • leur partage d'informations, chacune d'elles aidant le patient à atteindre les objectifs identifiés (Marriner-Tomey & Alligood, 2002).
Recension des écrits	<p><i>Une recension a été entreprise par une revue de littérature. La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude. Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles sur le problème de l'étude. La recension présente des sources primaires.</i></p> <p>La plupart des interventions développées jusqu'ici en sciences infirmières pour améliorer les auto-soins des patients dialysés rénaux ont été conçues principalement avec un but éducatif (Schlatter & Ferrans, 1998, Choi et al., 1999, Baraz et al., 2010). Les programmes d'amélioration de l'autonomie (Song, 2000, Tsay, 2003) et la thérapie cognitivo-comportementale (Nozaki et al., 2005) améliorent ce type de comportement, mais ces interventions sont planifiées et exécutées de la même façon que les infirmières.</p>
Cadre de recherche	<p><i>L'auteur définit les concepts clés en se basant sur des études scientifiques.</i></p> <p>Dans l'insuffisance rénale chronique, la fonction du tissu rénale cesse et les patients ne peuvent prolonger leur vie que par dialyse ou transplantation rénale. (Greenberg et al., 2001).</p> <p>Le comportement approprié d'auto-soin est important pour les individus sous dialyse rénale, dans le but de prévenir les complications aiguës et chroniques et d'améliorer leur qualité de</p>

	<p>vie (Sabatē, 2001). Cependant, leur gestion des problèmes de santé globaux semblent inappropriés (Kutner, 2001 ; Cho & Choe, 2007). Ces patients ont besoin d'un traitement à vie et des soins personnels constants, y compris un régime spécifique, des médicaments et des visites régulières chez le médecin (Kutner, 2001).</p> <p><i>Les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence et lié à l'étude. Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont explicitées et appropriées à l'étude au travers d'une brève description de la théorie de King (1981).</i></p> <p><i>Les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence et est lié au but de l'étude.</i></p>
Buts et question de recherche	<p>But : Le but de cette étude était d'examiner l'effet de l'ICS sur le comportement d'auto-soin des patients dialysés rénaux et les indices physiologiques (Phosphore (P), potassium (K), gain de poids moyen).</p> <p>Hypothèses :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le score du comportement d'auto-soin sera plus élevé dans le groupe expérimental avec lequel l'intervention du contrat de santé (ICS) a été utilisée que dans le groupe témoin (pas d'ICS). 2. Les indices physiologiques seront meilleurs dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin. <ol style="list-style-type: none"> 2-1. P sera plus faible dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin. 2-2. K sera plus faible dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin. 2-3. Il y aura moins de gain de poids moyen dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin. <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. Elles traitent notamment de l'expérience des participants. EX : Monsieur A.</i></p> <p><i>Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche :</i></p> <p>Afin de mesurer les effets de l'ICS sur les comportement d'auto-soins des patients dialysés rénaux d'une manière plus objective, l'auteur a jugé approprié d'analyser non seulement un questionnaire auto-administré, mais aussi des changements dans les indices physiologiques, tels que les concentrations sériques de phosphore (P) et de potassium (K), et le gain de poids moyen entre les séances de dialyse.</p> <p><i>Les questions s'appuient sur la méthode de recherche sous-jacente, sur le cadre conceptuel et théorique.</i></p>

METHODE	
Population et échantillon	<p>Les participants étaient des patients en dialyse ambulatoire à l'Université nationale de Séoul Hôpital (SNUH) en Corée entre novembre 2007 et janvier 2008.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Etre âgé de 20 ans ou plus • Recevoir une dialyse deux ou trois fois par semaine pendant au moins trois mois • Avoir la capacité de lire et de communiquer en coréen • Comprendre le but de l'étude • Volonté de participer avec son consentement <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Passer de l'hémodialyse à la dialyse péritonéale ou recevoir une transplantation au cours de la période de recherche - Nécessitant un traitement clinique pour des complications physiques ou mentales - Participer à une autre intervention. Etabli dans le but d'éviter d'interférer avec l'exactitude de l'évaluation de l'effet de cette intervention. <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon au travers d'une analyse statistique et à l'aide d'étude antérieure. La méthode d'échantillonnage utilisée a permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés.</i></p> <p><i>Elle est justifiée sur la base statistique et présente une saturation des données. Cette étude a atteint 99% de puissance quand ANCOVA a été utilisé pour tester le facteur de groupe à un niveau de signification de 5%.</i></p> <p>La détermination de la taille des échantillons a été effectuée sur une base statistique et calculée par G.Power version 3.1.2, basé sur la taille de l'effet 1.03, telle qu'utilisée dans des études antérieures (Laidlaw et al., 1999).</p>
Considérations éthiques	<p>Le plan de recherche de cette étude a été approuvé par le Conseil d'examen institutionnel de l'École des sciences infirmières de l'Université nationale de Séoul (IRB n ° 2007-17).</p> <p>Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé contenant une description de l'étude et ont été informés de leurs droits conformément à la Déclaration d'Helsinki.</p>
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée. Le devis quantitatif utilisé permet à l'étude d'atteindre son but.</p> <p><i>La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte de donnée proposés. Le choix de devis fournit un moyen d'examiner les hypothèses. Le choix du devis permet de respecter</i></p>

	<p><i>les critères scientifiques. (véracité-applicabilité-consistance-neutralité)</i></p> <p><i>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé.</i></p> <p><u>Introduction :</u> Les participants ont été autorisés à parler librement de leur comportement d'auto-soins en fonction de leur journaux d'auto-soins. Les participants ont ensuite posé des objectifs mutuels à l'aide des registres d'auto-soins et des résultats de laboratoire. Les antécédents et les connaissances du comportement d'auto-soins ont été évalués. Les objectifs ont été posés et réalisables en une semaine. La deuxième semaine l'atteinte des objectifs a été évaluée.</p> <p><u>Contrat de santé :</u> Les participants ont discutés de leur récompense attendue, des objectifs à fixer, des méthodes pour les réaliser puis de les lire. Ils ont ensuite signé le contrat et le chercheur l'a complété ensuite.</p> <p><u>Renforcement :</u> Une vérification du contrat auprès des participants a été faite pendant chaque séance de dialyse.</p> <p>Les données ont été recueillies de novembre 2007 à janvier 2008, assez long pour recueillir les données.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les variables. L'auteur indique que les instruments ont été importés pour les besoins de l'étude. La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés. Les questions de recherches ont été posées et bien ciblées.</i></p> <p>Le comportement d'auto-soins a été mesuré en utilisant un inventaire développé par Song (2000) et a été adapté pour cette étude après avoir obtenu l'approbation de l'auteur.</p> <p>Les mesures de P et K ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.</p> <p>Le gain de poids moyen entre les séances de dialyse a été obtenu en soustrayant le poids mesuré juste après la dialyse précédente de celui mesuré juste avant la dialyse.</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données est clairement décrit. L'ICS est utilisé une fois par semaine pendant quatre semaines, sur la base d'une étude précédente. Chaque séance dure entre 30 et 60 minutes.</i></p> <p>Les récoltes de données ont été effectuées par le chercheur et un assistant, aucune autre information n'est décrite à ce sujet.</p>

Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse sont décrites clairement.</i></p> <p>L'auteur utilise donc :</p> <p><u>Moyennes et écarts-types :</u> Pour obtenir le score du comportement d'auto-soins et les indices physiologiques.</p> <p><u>Tests-t et Chi-carré (pour le groupe expérimental et groupe témoin) :</u> L'homogénéité des caractéristiques démographiques et cliniques, le score du comportement d'auto-soin et les indices physiologiques</p> <p>Dans le test d'homogénéité, les différences entre les deux groupes, au sujet du score de comportement d'auto-soins et les indices physiologiques, ont été analysées par l'analyse de la covariance (ANCOVA), parce qu'il y avait des différences d'âge et de sexe entre les deux groupes. Un $P < 0,05$ est considéré comme statistiquement significatif.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont présentés à l'aide de deux tableaux d'analyse statistiques. Les résultats sont explicités au travers d'un texte narratif.</i></p> <p><u>Caractéristiques des participants :</u> Il y a présence d'une différence significative d'âge ($P = 0.047$) et de sexe ($P = 0.044$). L'âge moyen des participants était de 60.5 ans avec des participants âgés de 28 à 85 ans avec un fort pourcentage d'hommes (55.8%, $n = 24$) et 72,1% ($n = 31$) étaient mariés. La durée de la dialyse tait de 1 à 5 ans chez 44,2% ($n = 19$) des participants, et dans 79,1% d'entre eux ($n = 34$), la fréquence de la dialyse était de trois par semaine. Et 48,8% ($n = 21$) des participants utilisaient un dialyseur à faible rendement.</p> <p><u>Test d'homogénéité sur les variables de résultats de l'ICS :</u> Les deux groupes étaient homogènes sans différence significative dans leur score de comportement d'auto-soins et les indices physiologiques avant le HCI</p> <p><u>Hypothèses testées :</u></p> <p>1. L'hypothèse 1 a été soutenue. Des différences significatives ont été observés entre les deux groupes dans les résultats de l'analyse en utilisant le sexe et l'âge comme covariables après l'application de l'ICS ($F = 7.19$, $P = 0.011$). Parmi les catégories de comportements d'auto-soins, l'alimentation ($F = 6,19$, $P = 0,017$), l'exercice et le repos. ($F = 12,90$, $P = 0,001$), et la mesure de la pression artérielle et du poids corporel ($F = 8,40$, $P = 0,006$) ont démontré des différences significatives entre les deux groupes.</p>

	<p>2. L'hypothèse 2-1 n'a pas été retenue car, après l'ICS, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes. (F = 1,66, P = 0,205). Hypothèse 2-2 a été retenue, car après l'ICS, il y avait une différence statistiquement significative de K entre les deux groupes (F = 11,28, P = 0,002) L'hypothèse 2-3 a été retenu, car après l'ICS, il y avait une différence statistiquement significative dans le gain de poids moyen entre les deux groupes (F = 6,26, P = 0,017)</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des hypothèses.</i></p> <p>Les résultats étaient en accord avec des études antérieures qui ont examiné l'effet d'un programme d'auto-suffisance (Self-efficacy) et d'empowerment sur le comportement d'auto-soins des patients dialysés (Song, 2000, 2004).</p> <p>L'étude confirme les effets bénéfiques de l'ICS car il favorise un changement positif significatif dans les scores de comportements d'auto-soins comme le régime alimentaire, la pression artérielle, le contrôle du poids, l'exercice et le repos, dans l'analyse du K et dans le gain de poids moyen.</p> <p><u>Exercice physique :</u> La fatigue est une variable affectée par le type de traitement de dialyse (Hémodialyse (HD), hémofiltration en ligne (HDF), hémofiltration avec régénération de l'ultrafiltrat endogène (HFR)) et la durée du temps de dialyse (une séance), ce qui engendrait une difficulté au patient de faire de l'exercice immédiatement après la dialyse. (Manduell et al., 2013). Parmi d'autres variables, il y a la durée de la dialyse et l'âge. La plupart des patients ont été traités avec l'HD pendant 4h. Les patients recevant un traitement sur une durée de 2-5 ans et les patients plus âgés de 60 ans ont tendances à être plus fatigué (Letchmi et al., 2011). L'âge moyen des participants étaient de 56,5 ans dans le groupe expérimental et la durée de la dialyse était de 1 à 5 pour 44% des patients. La dialyse dure en moyenne 3,8 heure (Kim & Song, 2005).</p> <p><u>Fistule :</u> Le score de la gestion de la fistule était élevé dans les deux groupes. Le score étaient plus élevés chez ceux ayant subi une angioplastie en raison d'une occlusion ou d'une construction de la fistule.</p> <p><u>Médicaments :</u> Le score était supérieur à 4,0 dans les deux groupes. Selon la recherche utilisant le système de surveillances médicamenteux, 93% des patients dialysés prennent un antihypertenseur et 97% prennent un médicament se liant au phosphate.</p>

	<p><u>Gestion des problèmes physiques :</u> Le score a augmenté dans le groupe expérimental après l'ICS, cependant aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes. Des recherches antérieures à l'étude ont signalé que le respect du calendrier de dialyse est un indicateur lié à l'auto-soins (Curtin et Mapes, 2001; Saran et al., 2003; Hecking et al., 2004).</p> <p>Les médicaments et la pris en charge de la fistule, qui étaient très préoccupants pour les deux groupes, ont bien été entrepris. Il n'y avait pas de grande différence dans ces comportements après l'ICS.</p> <p><u>Indices physiologiques :</u> Après l'ICS, il n'y avait pas de différence significative du P entre les deux groupes. Les deux groupes ont montré une valeur de P inférieur à 5,0 mg dL-1 dans le prétest, qui est en conflit avec les études précédentes (Choi et al., 1999, Baraz et al., 2010). Toujours dans cette étude, le taux de K a diminué après l'ICS, ce qui était cohérent avec une étude précédente (Song, 2004). Il n'y avait pas de différence significative du taux de K entre les deux groupes après l'application d'un programme d'amélioration de self-efficacy et d'éducation. (Song, 2000). L'auto-surveillance, l'enregistrement des données dans le journal de l'apport alimentaire a fourni des commentaires positifs sur l'évaluation de l'état nutritionnel et de l'apport en K.</p> <p><u>Gain de poids :</u> Le gain de poids moyen a diminué après l'ICS dans le groupe expérimental, mais a augmenté dans le groupe témoin. Les participants attachent de l'importance au contrôle du poids en dialyses et bien que le gain de poids moyen ne soit pas facile à contrôler, les participants voulaient obtenir de l'aide par des interventions infirmières pour le contrôler. Dans cette étude, le gain de poids moyen a diminué en dessous de la plage minimale après l'ICS dans le groupe expérimental.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses.</i> <i>Les limites de l'étude ont été définies.</i> Le court temps passé, 4 semaines, n'était pas assez long pour évaluer l'effet à long terme de l'ICS. L'auteur signale sur la généralisation des résultats de cette étude du fait qu'elle a été réalisée dans une seule unité de dialyse. Les conclusions découlent logiquement des résultats. La question du caractère transférable des conclusions est mise évidence. Les membres de l'équipe infirmières en l'unité de dialyse devraient être en mesure de former de nouvelles infirmières sur les comportements d'auto-soins que les patients ont des difficultés à réaliser seuls ; elles sont les mieux placés pour employer l'ICS pour maintenir et promouvoir le comportement d'auto-soins chez les patients dialysés.</p>
--	---

Conséquences et recommandations	<p>Les résultats de cette étude ont démontré que l'ICS favorisait l'amélioration du comportement d'auto-soin, le K et le gain de poids moyen. L'ICS est alors efficace dans l'amélioration du comportement d'auto-soins et des indices physiologiques.</p> <p><i>L'auteur précise des recommandations afin d'avoir une analyse plus précise à propos du journal de régime, en mettant en place un programme d'analyse du régime et des études multidisciplinaires avec des chercheurs diététiques.</i></p> <p><i>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</i></p>
---------------------------------	---

The Effect of Psychological Intervention on Thirst and Interdialytic Weight Gain in Patients on Chronic Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial

Bellomo, G., Coccetta, P., Pastucci, F., Rossi, D., & Selvi, A. (2015)

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i></p> <p>Le titre « The Effect of Psychological Intervention on Thirst and Interdialytic Weight Gain in Patients on Chronic Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial » met en évidence les concepts principaux : l'intervention psychologique sur la soif et le gain de poids interdialytique. La population cible est les patients en hémodialyse chronique.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i></p> <p>Fournit un résumé présentant tous les points où l'on retrouve :</p> <p>Un objectif : Les patients sous hémodialyse (HD) sont incapables d'éliminer l'excès de liquide et doivent suivre un régime de restriction des liquides alimentaires afin d'éviter une surcharge volémique. La soif représente un obstacle majeur à la réalisation d'un tel objectif.</p> <p>Plan d'étude : Evaluation transversale de l'association de la soif et du gain de poids interdialytique (GPID) et de RCT en simple aveugle de l'intervention psychologique sur la prise en charge du GPID</p> <p>Lieu : Unité de dialyse ambulatoire</p> <p>Sujets : Comprenait 117 patients en HD (âge, 71 ± 13 ans) ; parmi ceux-ci, 54 ont été sélectionnés pour le RCT.</p> <p>Intervention : Les questionnaires ont été donnés à tous les participants. Les données ont été consignées sur la pression intra-péritonéale (moyenne sur 4 semaines), la Kt / V, la pression artérielle prédialytique, le dialysat de sodium, l'hématocrite, les électrolytes sériques, l'hormone parathyroïdienne et les médicaments des patients. 54 patients ont été randomisés sur une base de 1 :1 à un traitement habituel ou une intervention psychologique, consistant en des séances de groupe, tenues une fois par semaine pendant 5 semaines; L'IDWG et tous les autres paramètres ont été revus après 6 semaines et 6 mois. Les paramètres ont été revus après 6 semaines et 6 mois.</p> <p>Principale mesure des résultats : Changement du GPID par rapport la ligne de base.</p> <p>Résultats : Le « Dialysis Thirst Inventory » (DTI) était corrélé avec le GPID, l'indice de masse corporel (IMC) et inversement à l'âge. Une diminution faible mais significative du GPID par rapport au départ a été observée dans le groupe d'intervention. Aucun changement du GPID en ce qui concerne la baseline n'est survenu chez le groupe témoin.</p> <p>Une diminution faible mais significative du GPID par rapport au départ a été observée dans le groupe d'intervention.</p>

	<p>Conclusions : Les résultats de l'étude montrent qu'un soutien psychologique peut aider à gérer le GPID chez les patients sous HD.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i></p> <p>Les patients atteints d'insuffisance rénale terminale (IRT) sont incapables d'éliminer les charges hydriques alimentaires et sont donc dépendants du traitement de la dialyse. La quantité de liquide éliminé par dialyse est limitée par plusieurs facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, la durée et la fréquence des séances, l'état hémodynamique et la fonction rénale résiduelle. Une sorte de restriction alimentaire de sel et de liquide est nécessaire pour contenir l'accumulation de liquide (GPID) en hémodialyse. Les auteurs mettent en avant la difficulté pour une proportion de patients d'adhérer à un tel traitement.</p> <p><i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? (cité dans l'article, par de quoi sur quoi je m'appuie ?</i></p> <p>L'adhésion à de tels changements alimentaires est difficile pour une proportion de patients, entraînant de larges fluctuations de volume et de surcharge volémique chronique, associées à une augmentation de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaire, ainsi qu'un risque d'œdème pulmonaire aigu.</p> <p>De plus, une large variété de manifestations buccales a été décrites chez les patients atteints d'insuffisance rénale en phase terminale, notamment la gingivite, la xérostomie, l'odeur ammoniacale, les lésions muqueuses, la mobilité dentaire, la malocclusion et un risque accru d'érosion dentaire dûe à des régurgitations fréquentes.</p> <p><i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? (qu'elle est le but des auteurs)</i></p> <p>Oui, comme mentionné ci-dessus, une surcharge hydrique liée à l'insuffisance rénale chronique peut engendrer des complications, non seulement au niveau cardiovasculaire mais aussi sur la santé bucco-dentaire. Ainsi, plusieurs études démontrent l'intérêt des sciences infirmières sur la gestion de telles complications.</p> <p>Les récits des postulats sous-jacents démontrent des résultats décevants par rapport aux interventions tentées par le passé.</p>
Recension des écrits	<p><i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i></p> <p>Oui, une recension a été entreprise. Les auteurs s'appuient sur plusieurs recherches.</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i></p> <p>Associé à la difficulté des plusieurs patients à adhérer un tel changement dans leur apport alimentaire, les auteurs mettent en</p>

	<p>évidence les manifestations buccales (gingivite, xérostomie, odeur ammoniacale, lésions des muqueuses, mobilité dentaire, malocclusion) que peuvent avoir des patients atteints d'IRT et les conséquences. Les changements systémiques et salivaires dus à l'insuffisance rénale chronique, l'utilisation de plusieurs médicaments, les vomissements et la réduction des soins bucco-dentaires oraux pourraient tous avoir une incidence sur la santé bucco-dentaire chez ces patients et pourraient également augmenter la soif.</p> <p><i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i></p> <p>Plusieurs interventions ont été tentées par le passé, visant à contrôler la sensation de soif, ainsi que d'améliorer l'adhérence à la restriction des fluides, y compris les changements dans la fréquence horaire de HD, de la concentration de sodium dialysée, des médicaments, telles que l'inhibition de l'enzyme de conversion et des modifications diététiques, avec des résultats plutôt décevants; Des approches psychoéducatives ont également été tentées, avec des résultats mitigés ou incohérents.</p> <p><i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i></p> <p>Oui, la recension présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel. Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i></p> <p>La soif est une perception subjective qui incite les humaines et les animaux à boire des liquides. C'est une composante des mécanismes régulateurs qui maintiennent l'homéostasie des fluides corporels et sont essentiels à la survie. Cette envie de boire peut survenir pour plusieurs raisons qui incluent : pulsions habituelles, culturelles et psychogènes ainsi que la réponse réglementaire à la réduction de la teneur en liquide de divers compartiments corporels, l'hypertonie du liquide extracellulaire, ou l'augmentation de la concentration circulante de certaines hormones dipsogènes.</p>
Buts et question de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i></p> <p>Les auteurs mettent en place pour cette étude un double objectif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluer la prévalence et l'intensité du symptôme « soif » dans la population de patients hospitalisés au moyen d'un questionnaire spécifique (Dialysis Thirst Inventory (DTI) et la force de son association avec le GPID 2. Pour établir dans un essai contrôlé randomisé (RCT), l'efficacité d'une intervention psychologique spécifique sur la gestion du GPID et la soif. <p>Les auteurs ont également étudié les déterminants de la soif et sa relation avec la xérostomie et la santé bucco-dentaire évaluée par le questionnaire de l'inventaire de la xérostomie (XI).</p>

	<p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i></p> <p>Les questions de recherches et hypothèses ne sont pas explicitées en tant que telles. Mais elles sont glissées au travers d'un texte narratif.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i></p> <p>Les questions ou plus précisément les buts de l'étude découlent logiquement de la recension des écrits. Ils traitent de l'expérience des participants.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i></p> <p>Oui, les variables reflètent les concepts.</p> <p><i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i></p> <p>Les buts de l'étude se basent sur la méthode de recherche sous-jacente puisqu'elle découle logiquement de la recension des écrits.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><i>La population visée est-elle définie de façon précise ?</i></p> <p><i>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i></p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</i></p> <p><i>Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i></p> <p>Groupe témoin</p> <p>La population de l'étude comprenait 144 patients. Tous les patients potentiellement admissibles à l'étude étaient tous âgés de 18 ans et plus sous HD pendant plus de 3 mois.</p> <p><u>Les critères d'exclusion étaient :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacité de communiquer et/ou de donner son consentement • Maladie terminale • Refus de participer <p>Un totale de 117 patients ont été jugés éligibles pour la première partie de l'étude sur l'évaluation de la soif et de la xérostomie, et sur l'évaluation du GPID.</p> <p>Groupe d'intervention (RCT)</p> <p>Pour cette partie de l'étude, les auteurs ont choisi de sélectionner uniquement les patients sur un calendrier de dialyse trois fois par semaine. Il restait alors 83 patients éligibles : 24 ont été exclus car ils n'ont pas donnés leur consentement, 1 patient a été transplanté avant la randomisation et 4 ont récemment passé un</p>

	<p>calendrier de dialyse différent. 54 patients ont été alors randomisés sur une base de 1:1, par une liste de nombres aléatoires générée par ordinateur, à l'intervention psychologique ou au traitement habituel, qui inclut dans notre centre des conseils d'une diététiste spécialisée, qui voit les patients régulièrement (environ tous les 3 mois), fournissant également des conseils sur la nutrition et le contrôle des fluides.</p> <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i></p> <p>Aucun moyen d'accroître la représentativité de l'échantillon n'a été décrite. La méthode d'échantillonnage utilisée est connue et décrite ci-dessus. Elle a permis d'atteindre les objectifs visés. Par contre, elle n'est pas justifiée sur une base statistique ou par une saturation des données, hormis le niveau de scolarité et la distribution des modalités dialytiques.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i></p> <p>Les données de chaque session dialytique ont été stockées dans le serveur et toutes les informations médicales, telles que les données personnelles et anthropométriques des patients, l'histoire, les médicaments et les résultats des tests de laboratoire, sont également stockés.</p> <p>Tous les patients ont fourni un consentement éclairé écrit et l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital et menée conformément à la déclaration d'Helsinki.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i></p> <p>Le devis de recherche choisi par les auteurs est de type quantitatif. En effet, les questionnaires utilisés reflètent le devis de recherche. (échelle de Likert par exemple).</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i></p> <p>Oui, le devis de recherche permet d'examiner et de mettre en relation les deux buts de l'étude qui sont : Evaluer la prévalence et l'intensité du symptôme « soif » dans la population de patients hospitalisés au moyen d'un questionnaire spécifique (Dialysis Thirst Inventory (DTI) et la force de son association avec le GPID pour établir dans un essai contrôlé randomisé (RCT), l'efficacité d'une intervention psychologique spécifique sur la gestion du GPID et la soif.</p>

	<p><i>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité – applicabilité – consistance - Neutralité)</i> Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p><i>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</i> Oui, il s'agit d'une étude quantitative et les outils d'évaluation sont en lien avec ce type de recherche.</p> <p><i>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i></p> <p>Evaluation soif et xérostomie Le temps moyen requis pour la compilation était de 11 minutes (intervalle de 7 à 18 minutes. Ceci était le cas pour les questionnaires, à savoir le DTI en premier puis l'EVA et enfin le XI.</p> <p>Evaluation du GPID L'évaluation a été faite au travers d'une moyenne de 4 semaines d'enregistrement (2 semaines avant et 2 semaines après l'administration des questionnaires.</p> <p>Intervention psychologique Il s'agissait de séance de groupe (durée de 45 minutes chacune) tenue une fois par semaine pendant 5 semaines.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i></p> <p>La soif : évaluée par un questionnaire spécifique, le DTI, qui quantifie la soif perçue avant, pendant et après une séance HD et pendant le jour et la nuit. Le questionnaire se compose de 7 items, chacun ayant une échelle de Likert à 5 points (1-5) de sorte que le score DTI global, résultant de la somme des items individuels, pouvant varier de 5 (jamais soif) à 35 (très souvent assoiffé). Une échelle visuelle analogique (EVA) de 100mm a été utilisée afin de mesurer l'intensité de la soif allant de 1 (pas assoiffé) à 10 (extrêmement assoiffé)</p> <p>Xérostomie : évaluée par le XI, composé de 11 items, à nouveau, chacun ayant une échelle de Likert à 5 points (1-5); le score XI est calculé en additionnant les scores pour chaque item et peut aller de 11 (pas de bouche sèche) à 55 (bouche extrêmement sèche).</p> <p>Intervention psychologique : D'un point de vue méthodologique, cette approche a été développée, après un accompagnement centré sur la personne (ACP), à travers la création de « groupes de rencontre». L'ACP consiste en une relation d'aide à court terme, visant à résoudre un problème spécifique, le contrôle de la soif et du GPID des patients dialysés pour l'étude en question.</p> <p><i>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</i></p>

	<p>Les questions de recherches ne sont pas posées clairement mais décrite dans les buts de celle-ci. La question est bien décrite dans la partie « introduction ».</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> Au travers des questionnaires présentés, nous remarquons qu'ils ont été importés pour les besoins de l'étude.</p> <p><i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> La procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> Oui, le processus de collecte de données est clairement décrit au travers des outils utilisés par les auteurs.</p> <p><i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> 1^{ère} partie Les questionnaires ont été administrés par des infirmières dévouées du personnel de dialyse au cours d'une session par semaine.</p> <p>2^{ème} partie Les groupes de rencontre sont réalisés par le thérapeute participant en tant que facilitateur des relations interpersonnelles, et non en tant qu'expert. Le but du thérapeute est de créer un environnement psychologique facilitant, dans lequel la liberté d'expression et une réduction des comportements défensifs apparaissent progressivement.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> Oui, les méthodes d'analyse sont décrites. Chaque station de dialyse était connectée à un serveur central à l'aide d'un logiciel dédié (MedWare 8.3.0.0, SINED s.r.l., Medical Computer Systems, Bologne, Italie), et les paramètres tels que l'élimination des fluides, le poids corporel, la pression artérielle (BP) sont enregistrés au début et surveillés tout au long de la dialyse. Kt/V a été calculé selon Daugirdas.</p> <p>L'association du score DTI avec la probabilité que les patients atteignent ou dépassent le 75^{ème} percentile IDWG a été évaluée par régression logistique binaire. Tous les calculs ont été effectués à l'aide du logiciel SPSS 19.0 (IBM-SPSS Statistics for Windows, IBM Corp., Armonk, NY).</p> <p>Le test de Mann-Whitney, le Chi-Carré, le test post hoc de Bonferroni, le Mauchly W, le coefficient de corrélation de rang Spearman rho ont encore été utilisés pour l'analyse.</p>

	<p><i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> Oui, les biais ont été pris en compte.</p> <p><i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ?</i> Le résumé des résultats est exprimé au travers de tableaux dans la rubrique « résultats ». Aucune autre information sur les résultats n'est décrite.</p> <p><i>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i> Les thèmes principaux font ressortir la signification des données. Cela comprend la soif, la xérostomie, le GPID, le niveau scolaire et l'intervention psychologique.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> Les résultats sont présentés adéquatement à l'aide de tableaux et de figures.</p> <p><i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i> Oui, le score DTI était positivement corrélé avec le GPID au travers de la représentation graphique. Deux autres tableaux mettent en évidence les résultats des différents scores (GPID, DTI, VAS, XI) répartis en deux groupes (groupe contrôle et groupe d'intervention et évalué après 6 semaines et 6 mois.</p> <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Oui, les résultats sont présentés sous forme de texte narratif et résumé.</p> <p><i>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i> Rien n'est expliqué à ce propos.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> <i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> Les auteurs interprètent les résultats en fonction du but de l'étude. Des études antérieures ont rapporté que l'hémodialyse était associée à une soif inquiétante et à une sensation de sécheresse buccale. La présente étude montre une forte corrélation entre le score DTI et le GPID chez les patients sous HD. Une corrélation significative, bien moins forte, était également évidente entre le DTI et l'IMC et la concentration de sodium dialysée. La question de la soif a été abordée dans le passé par des interventions visant à corriger l'hyposalivation et sécher la bouche.</p>

	<p>Dans la présente étude, l'approche est axée sur l'empowerment des patients et visant à améliorer leur capacité de faire face à la soif et de son anxiété associée. Les résultats montrent un bénéfice faible mais significatif et cohérent dans le groupe d'intervention, avec une réduction du GPID, qui a persisté après 6 mois. Cela montre donc que la réduction du GPID, n'a pas été obtenue en diminuant la sensation de soif et/ ou les symptômes buccaux mais plutôt en augmentant la confiance en soi du patient et de sa capacité à prendre le contrôle de sa propre maladie et améliorer l'adhérence à un régime de restriction hydrique. Il est également probable que l'intervention psychologique a agi dans le contexte de la « santé biopsychosociale », selon laquelle les domaines biologiques, psychologique et social sont étroitement liés et s'influencent mutuellement.</p> <p>L'intervention psychologique dans cette étude (PCC) peut avoir influencé les variables sociales (incluant toutes personnes non directement impliquées dans le projet comme les autres patients, infirmières, membre de la famille, soignants) et la variable biologique, le GPID.</p> <p>Les auteurs expliquent une dernière considération sur l'effet du niveau d'éducation sur la réponse à la psychothérapie. Il a été démontré que les patients médicaux moins instruits bénéficient moins de la psychothérapie de groupe, ceci n'est pas susceptible d'affecter les résultats de l'étude, car le degré de scolarité était similaire entre les groupes témoins et expérimentaux.</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i></p> <p>En ce qui concerne des études antérieures évoluant la soif et les symptômes buccaux par les questionnaires DTI et XI ont rapportés des scores moyens allant de 11 à 18 pour le DTI et de 24 à 34 pour le XI. Dans la présente étude, les scores DTI se situent dans la fourchette rapportée de la littérature, alors que les scores XI semblent quelque peu inférieur, ce qui peut refléter peut-être une meilleure santé bucco-dentaire et/ou une moindre utilisation de médicaments xérogènes de la population sous hémodialyse. Par cet exemple, les résultats concordent avec d'autres études.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i></p> <p>Oui, les auteurs sont cohérents dans leurs conclusions qui découlent directement des résultats.</p> <p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i></p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas définies par les auteurs.</p> <p><i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i></p> <p>Aucune donnée n'est expliquée à ce propos</p>
--	--

<p>Conséquences et recommandations</p>	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i></p> <p>Les résultats de l'étude démontrent que la soif, telle que mesurée par des questionnaires validés, est strictement liée au GPID et qu'un soutien psychologique est utile à améliorer l'adhérence à un régime de restriction hydrique.</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i></p> <p>Les auteurs ne font pas de recommandations pour les recherches futures mais des applications pour la pratique.</p> <p>Afin de prévenir la surcharge volémique et ses complications associées, l'adhésion à un régime de restriction hydrique alimentaire est importante chez les patients sous HD. La non-observance d'une telle prescription est très fréquente chez les patients pour diverses raisons et peut avoir des conséquences graves.</p> <p>Les auteurs ont mis en évidence une association significative de la soif avec le GPID et, un bénéfice faible mais significatif avec un soutien psychologique, ce qui pourrait contribuer à aider les patients à gérer l'envie de boire.</p> <p><i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i></p> <p>Aucune donnée n'est précisée à ce titre.</p>
--	--

Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance haemodialysis: Randomized controlled trial

Liu, L., Liu, Y.-P., Wang, J., An, L.-W., & Jiao, J.-M.

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i></p> <p>Le titre « Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance haemodialysis: Randomized controlled trial. » met en évidence les concepts à savoir le programme d'éducation basé sur la connaissance, l'attitude et le comportement ainsi que l'hémodialyse de maintenance. La population cible est les adultes chinois sous hémodialyse.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i></p> <p>Fournit un résumé présentant tous les points où l'on retrouve :</p> <p>Objectif : Il s'agit d'étudier les effets d'un modèle d'éducation sur la santé fondée sur les connaissances, l'attitude et le comportement sur l'acquisition de connaissances liés à la maladie et le comportement du self-management chez les patients sous hémodialyse d'entretien (MHD).</p> <p>Méthode : Deux groupes ont été analysés. Les patients du groupe témoin ont été traités avec des modèles de soins habituels et d'éducation générale. Le groupe d'intervention a bénéficié d'un modèle spécialisé d'éducation à la connaissance, à l'attitude et au comportement.</p> <p>Résultats : 86 patients ont été inclus. Avant l'intervention, il n'y avait pas de différences significatives entre les groupes de connaissance de la maladie et le comportement du self-management. Après 6 mois d'intervention sur le terrain, une différence significative entre les groupes dans l'acquisition des connaissances sur la maladie a été observée. Le score du comportement du self-management (contrôle de la masse corporelle, régime raisonnable, prise des médicaments correctes, l'activité physique, soins correct de la fistule, surveillance de l'état pathologique et les comportements psychologiques et sociaux) pour le groupe d'intervention était également plus élevé que ceux du groupe témoin.</p> <p>Conclusion : Les résultats préliminaires de l'étude suggèrent que le modèle de connaissance-attitude-comportement semble être un outil précieux pour l'éducation sanitaire des patients sous MHD.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème n'est pas formulé et circonscrit clairement.</i> Il est posé sous forme d'objectif. Il est formulé plus précisément en introduction sous la rubrique « objectif ». De plus, aucune étude</p>

	<p>n'a examiné la relation entre les connaissances, les attitudes et les changements de comportements chez les patients sous hémodialyse.</p> <p><i>Le problème est approprié dans le contexte des connaissances actuelles.</i> Peu de patients chinois sous MHD atteignent leur cible thérapeutique, en particulier en ce qui concerne le contrôle de la tension artérielle, la correction de l'anémie et l'équilibre hydrique. Ils peuvent présenter un stress psychologique, physique ou émotionnel à la suite du changement de style de vie lié à la maladie. Ils doivent, sur une période prolongée, apprendre à faire face à un changement dans leur quotidien.</p> <p><i>Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée. Les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas précisés.</i></p>
Recension des écrits	<p><i>Une brève recension des écrits a été entreprise.</i> Le modèle « connaissance-attitude-comportement » a été appliqué au dépistage du VIH chez les femmes en Inde lorsque le modèle de connaissance-attitude-comportement a été appliqué au dépistage du VIH chez les femmes en Inde (un pays où plus de 1000 bébés sont infectés par le VIH chaque année) et à la connaissance des traitements dentaires des patients séropositifs, l'attitude et le comportement signalé ont été démontrées.</p> <p><i>La recension fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche.</i> L'hémodialyse augmente le taux de survie des patients atteints d'insuffisance rénale terminale (IRT) en Chine. L'MHD est maintenant largement prescrite pour ces patients. Le nombre de patients sous MHD en Chine est passé de 94 par million d'habitants en 2007 à 147,3 par million d'habitants en 2010.</p> <p><i>La recension des écrits semble présenter une base solide pour l'étude en connaissances de l'état actuelles sur le problème. Sans grand approfondissement de celle-ci.</i></p> <p><i>La recension présente des sources primaires.</i></p>
Cadre de recherche	<p>Le concept de l'hémodialyse est décrit sur le plan statistique en Chine et l'impact de celle sur le plan physique, psychologique et émotionnel. Il est comparé à la maladie chronique en général dans une très brève description.</p> <p>Le modèle « connaissance-attitude-comportement » est défini sur une seule phrase sans entrer dans les détails. Il modifie le comportement lié à la santé humaine en divisant les changements en trois processus continus : l'acquisition de connaissances, la génération de croyances et la formation du comportement. La recherche a indiqué que les corrélations entre le niveau d'information et le comportement manifeste (et entre l'attitude et le comportement manifeste) sont généralement positives, quoique légères.</p>

	<p><i>Les concepts clés ne s'inscrivent pas dans un cadre de référence. Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente ne sont pas explicitées en tant que telles.</i></p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Hypothèses : l'application du modèle « connaissances-attitude-comportement » aurait une incidence positive sur les croyances en matière de santé, faciliterait les changements dans les mauvaises habitudes. Améliorerait le comportement sain et améliorerait le comportement du self-management et les résultats chez les patients sous MHD.</p> <p>But : il s'agit d'explorer les effets d'un modèle d'éducation en matière de santé, d'attitudes et de comportements sur l'acquisition de connaissances liées aux maladies, puis d'évaluer ultérieurement le comportement du self-management chez les patients sous MHD.</p> <p><i>Les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. Elles traitent de l'expérience des participants et des perceptions. Les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche. Les questions s'appuient sur le cadre conceptuel et la recensions des écrits.</i></p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Les patients prescrits pour une hémodialyse d'entretien entre Octobre 2011 et Mai 2012 au « The Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University » ont été choisis au hasard pour l'étude. Ces patients devaient remplir les critères du stade 5 de la classification de la maladie rénale chronique (insuffisance rénale) établis par le groupe d'experts sur les maladies rénales chroniques et des Guidelines des pratiques cliniques de la dialyse aux États-Unis.</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indication de MHD • Etre âgé de 18 ans ou plus • MHD > 3 mois • MHD régulièrement programmé (deux ou trois fois hebdomadaire) • Etat clinique stable : avec une clairance suffisante du soluté par hémodialyse, une faible charge en eau (une faible charge en eau (<3%), un bon contrôle de la glycémie et de la pression artérielle (<140/90 mm Hg), une concentration en hémoglobine de 100-120 g/l, aucun événement cardiaque indésirable et pas d'infections récentes. • Patient pouvait lire et comprendre le questionnaire fourni <p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un dysfonctionnement cognitif sévère • Patients qui ne pouvaient pas prendre soin d'eux-mêmes après une transplantation rénale • Patients atteints d'une maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire <p><i>La taille de l'échantillon a été justifiée sur une base statistique :</i></p>

	<p>Aucune étude similaire n'a examiné la relation entre le changement de connaissances, d'attitude et de comportement chez les patients atteints de MHD, ainsi la taille de l'échantillon a été estimée approximativement sur les paramètres suivant avant l'expérimentation : $a = 0,05$, $b = 0,10$, $\delta = 1$ et $\sigma = 1,18$.</p> <p>La valeur de n pour la présente étude était de 30. Un taux de 20% de données incomplètes ou non valides a également été pris en compte, en fonction de l'expérience antérieure. Par conséquent, un échantillon de $n > 36$ par groupe a été jugé approprié pour atteindre les objectifs de l'étude.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'approbation de cette étude a été obtenue auprès du comité d'examen institutionnel de l'Université médicale de Harbin, en Chine. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de tous les patients selon la déclaration d'Helsinki, avant leur assignation à un groupe.</p> <p><i>L'étude a été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants.</i> Une communication efficace a été établie avec les patients du groupe d'intervention et les membres de leur familles afin d'établir un lien de confiance.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée.</p> <p><i>Le devis quantitatif utilisé permet à l'étude d'atteindre son but. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte de données proposées. Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques (véracité-applicabilité-consistance-neutralité)</i></p> <p><i>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé.</i></p> <p>Les données ont été recueillies d'octobre 2011 à mai 2012, suffisamment long sur le terrain.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>L'Évaluation des connaissances du patient s'est fait à l'aide d'un questionnaire comprenant 7 aspects et 20 items. Ce questionnaire comprenait une gamme entre 0 et 3 points (0, absence de compréhension, 1 compréhension partielle, 2 ayant une majorité de bonnes réponses, 3 compréhension complète).</p> <p>Le Comportements du self-management a été évalué avec des paramètres du self-management de la maladie chronique incluant la gestion du régime alimentaire, les comportements psychologiques et sociaux, l'observance des médicaments oraux, la surveillance de l'état pathologique, l'activité physique, les soins de la fistule artério-veineuse et le contrôle corporel. Vingt éléments traitant de ces aspects ont été évalués et analysés.</p> <p>Communication téléphonique : des permanences téléphoniques ont été également faite pour encourager l'éducation interactive entre patients.</p>

	<p><u>Groupe contrôle (Communication orale, une fois toutes les deux semaines)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations de routine sur l'éducation sanitaire <ul style="list-style-type: none"> ○ L'alimentation ○ Les médicaments ○ L'exercice ○ La surveillance ○ La prévention et le traitement des complications • La pression artérielle, le poids corporel, le débit urinaire, l'ultrafiltration, la quantité d'apport hydrique et toutes les complications ont été enregistrées pour chaque patient. <p><u>Groupe d'intervention (discussions menées toutes les deux semaines, selon la théorie du changement d'attitude de Kelman) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un questionnaire a été rempli par les participants • Reçu des informations et une éducation définitive <ul style="list-style-type: none"> ○ Par documents écrits ○ Conférences ○ Temps pour discuter avec le personnel infirmier <p>Cette information liée à la maladie comprenait l'objectif de l'hémodialyse, les principes de l'hémodialyse, les aspects importants de l'hémodialyse, la protection des fistules internes, la prévention des complications et le traitement d'urgence.</p> <p>Gestion active des comportements de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'un système par étape • Du matériel éducatif a été distribué aux patients • Des conférences sur l'hémodialyse ont été organisées • Un groupe consultatif composé de médecins spécialistes en hémodialyse a été créé pour organiser une formation sur le self-management et faciliter les discussions entre participants <p><i>Les questions de recherche n'ont pas été posées.</i> Cela est décrit dans l'introduction.</p> <p><i>L'auteur n'indique pas clairement si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés.</i> Lors de la lecture de l'article, nous voyons qu'ils ont été importés.</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données/enregistrement est décrit clairement.</i> La description de la collecte de donnée se fait au travers de deux sous chapitre, groupe contrôle et groupe d'intervention, dans lesquels une description détaillée est réalisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe contrôle • Groupe d'intervention • Communication avec les patients et leurs familles • Gestion active des comportements de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Education aux connaissances liées aux maladies ○ Connaissances alimentaires ○ Comportements psychologiques et sociaux

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Activité physique et intervention comportementale ○ Soins de la fistule artério-veineuse ○ Utilisation de médicaments. <p>Les résultats de l'enquête ont été analysés par un spécialiste (L.L.) pour comprendre les aspects physiques et mentaux de chaque patient et le statut social de la famille du patient, de sorte que les domaines d'amélioration et la structure de soutien impliqués puissent être identifiés.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse sont décrites.</i></p> <p>La signification statistique entre les moyennes a été déterminée et analysée en utilisant l'analyse de variance unidirectionnelle (ANOVA), le test X^2, le t de Student ou le test t apparié selon les besoins, en utilisant SPSS® version 17.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).</p> <p>Une valeur $P < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative, et une valeur $P < 0,01$ était considérée comme hautement significative.</p> <p><i>Le résumé des résultats est compréhensible et met en évidence les extraits rapportés.</i></p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures. Les résultats sont résumés par un texte narratif.</i></p> <p>91 patients ont été prescrits pour une MHD. 86 patients étaient admissibles à participer à cette étude ($n = 43$ par groupe). La figure 2 résume la conduite de l'étude.</p> <p><u>Les thèmes sont dissociés et expliqués en deux parties :</u></p> <p>Les connaissances relatives à la maladie pré et post intervention</p> <p>Il n'y a pas eu de différence statistique entre l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le poids corporel, la durée de la dialyse ou la cause de la dialyse des patients du groupe témoin par rapport à ceux du groupe d'intervention.</p> <p>Une différence significative était présente 6 mois après l'intervention en ce qui concerne les scores de connaissances liés à la maladie pour les patients du groupe d'intervention comparé au groupe contrôle ($P < 0,05$).</p> <p>Le comportement du self-management pré et post intervention</p> <p>Les scores de comportement du self-management pour les deux groupes étaient significativement plus élevés après, par rapport à avant l'intervention ($P < 0,05$). De plus, le score après l'intervention pour le groupe d'intervention était plus élevé que pour le groupe témoin ($P < 0,05$)</p> <p><i>L'auteur ne fait pas évaluer les données.</i></p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des hypothèses. Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet avec une légère similitude. Ils sont discutés à la lumière d'études antérieures. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses.</i></p> <p>L'éducation à la santé est un facteur externe important qui influe sur le comportement du self-management, bien qu'une étude plus poussée ait révélé que l'éducation à le self-management, qui fournissait simplement de l'information, ne produisait qu'une légère amélioration du comportement du self-management chez les patients. Cependant, dans cette étude, les comportements associés à une mauvaise gestion de soi, continuaient à être observés chez les patients.</p> <p>Une forte motivation pour se maintenir en santé était la clé chez les patients réalisant les avantages et la nécessité du traitement, améliorant ainsi le self-management globale. Les patients et leurs familles doivent recevoir activement des connaissances, ce qui peut conduire à un développement progressif de croyances et d'attitudes saines qui sont renforcés par l'adoption de comportement sains.</p> <p>Ren, et al. et Zhao, et al. a démontré que l'application de ce présent modèle établissait efficacement une croyance saine chez les patients et conduisait à la conversion de mauvaises habitudes de vie en comportements sains.</p> <p>Dans cette étude, après avoir fournies des connaissances, analyser les mauvaises habitudes de vie associées aux soins personnels, un encouragement à adopter un régime médicamenteux, et un établissement d'objectifs de santé et de réadaptation pour le groupe d'intervention, l'autosuffisance s'est avéré améliorer.</p> <p>Il n'y avait pas de différence significative dans l'étendue des connaissances liées à la maladie entre le groupe d'intervention et le groupe témoin avant l'intervention, indiquant que les patients dans ces groupes étaient comparables. Cependant, le groupe d'intervention a obtenu un plus grand niveau de connaissances liées à la maladie que le groupe témoin ($P < 0,05$). Cela démontre que les patients peuvent acquérir des connaissances et des compétences du self-management efficaces à la suite d'une orientation et d'une formation systématiques en fonction du niveau d'éducation.</p> <p>Les membres de la famille ont été encouragés à participer aux activités de l'étude pour le développement des connaissances. Cela a conduit à une correction des habitudes de vie, améliorée l'auto-surveillance, améliorer l'humeur et une bonne participation des patients à leur régime individuel du self-management.</p>

	<p>Les patients qui surveillent leur état physique et en utilisant des méthodes et des compétences du self-management efficaces peuvent finalement atteindre une qualité de vie satisfaisante. Au contraire, lorsque la conformité au comportement du self-management est compromise, il y a de graves conséquences, y compris une diminution de la qualité de vie et que l'hémodialyse d'entretien devienne moins efficace.</p> <p>La perception des patients quant à leur santé, leur attitude du self-management et leur manière de faire face à la maladie sont des facteurs importants qui affectent la conformité du patient et le comportement du self-management.</p> <p>Le self-management doit mettre l'accent sur la reconnaissance par le patient de ses propres problèmes. Idéalement, le professionnel de la santé et le patient devraient reconnaître les problèmes de santé qui existent et les problèmes qui préoccupent le plus le patient.</p> <p>L'objectif en tant que tel du modèle n'est pas de guérir les maladies, mais plutôt de veiller à ce que l'état de santé et la fonction du patient soient maintenus de manière satisfaisante afin qu'ils puissent atteindre un mode de vie indépendant et sain. Des effets significatifs et positifs sur la qualité de vie du patient, la gestion de la maladie et la conformité au traitement ont permis d'améliorer la survie des patients après l'application de ce modèle.</p> <p>Les scores du self-management du comportement pour le groupe d'intervention étaient significativement plus élevés que ceux enregistrés avant l'intervention et que ceux du groupe témoin.</p> <p>Pour finir, cette approche a augmenté la sensibilisation à la santé des patients et a conduit à des corrections dans les modes de vie et les comportements malsains.</p> <p>Ces patients ont également mieux suivi les conseils de leur médecin, maintenu un régime alimentaire raisonnable et contrôlé rigoureusement la consommation d'eau et de sel, comparativement à ceux du groupe témoin. Ces changements observés ont entraîné une diminution des complications rapportés, une amélioration du comportement du self-management et une réduction des obstacles à le self-management rencontrés par les patients.</p> <p><i>Les limites de l'étude ne sont pas clairement définies. Les conclusions découlent logiquement des résultats. La question du caractère transférable des conclusions est posée.</i></p>
Conséquences et recommandations	L'application du modèle « connaissances-attitude-comportement » dans l'éducation à la santé a le potentiel de faciliter les changements de mauvaises habitudes, d'améliorer les comportements sains et d'améliorer le comportement d'auto-gestion chez les patients sous MHD.

	<p>L'auteur précise en fin de discussion que les résultats préliminaires doivent être confirmés dans des études plus vastes. Mais il ne fait pas de recommandations supplémentaires pour la pratique et les recherches futures.</p> <p><i>Les données suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</i> Pas de conflits d'intérêts déclarés par les auteurs.</p>
--	--

Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis

Lin, M. Y., Liu, M. F., Hsu, L. F., & Tsai, P. S.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i></p> <p>Le titre « Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. » met en évidence les concepts clés qui sont : le self-management et l'insuffisance rénale chronique. Il n'est pour autant pas précisé le type de population.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i></p> <p>Fournit un résumé présentant tous les points où l'on retrouve :</p> <p>Un background informant que les programmes de self-management peuvent faciliter l'amélioration des résultats en matière de gestion médicale, du rôle et la gestion des émotions et de la qualité de vie chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique. Les revues systématiques sont indisponibles.</p> <p>Un objectif : Evaluer les effets des programmes de self-management sur les aspects médicaux, du rôle et de la gestion des émotions et à la santé dans l'insuffisance rénale chronique.</p> <p>Design : Méta-analyse d'étude contrôlée randomisée.</p> <p>Sources des données : Cette étude à consister en une recherche en ligne de la littérature anglaise sur les bases de données de PubMed, Cochrane, Web of Science et CINAHL et de la littérature chinoise de la bibliothèque Airiti publiée depuis le début des sites Web jusqu'au 1er janvier 2017.</p> <p>Méthode de recherche : Les mots-clés utilisés sur les bases de données électroniques étaient : maladie rénale chronique, insuffisance rénale terminale, insuffisance rénale, dialyse, self-management, auto-efficacité, empowerment, comportement cognitif et éducationnel. La qualité méthodologique des essais randomisés contrôlés ont été évalués à l'aide du manuel Cochrane. Meta-Analysis software 2.0. est le logiciel utilisé pour analyser les données de l'étude en question.</p> <p>Résultats : 18 essais contrôlés randomisés répondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Les résultats ont révélé que le programme de self-management a considérablement amélioré les effets du self-management sur les résultats de la prise en charge médicale, du rôle, et de la gestion émotionnelle et de la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.</p> <p>Discussion : L'aboutissement de cette étude a montré un faible effet du self-management sur la prise de poids interdialytique ; un effet moyen sur l'auto-efficacité, la dépression et la qualité de vie liées à la santé mais un grand effet sur l'anxiété. Les auteurs requièrent des études contrôlées randomisées de haute qualité</p>

	pour confirmer les résultats, bien que les données probantes puissent guider les cliniciens praticiens et les décideurs en santé.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i></p> <p>Le but de l'étude est d'effectuer une revue systématique à jour de la littérature et d'utiliser les preuves disponibles pour déterminer quantitativement les effets des programmes de self-management sur les résultats des différentes tâches, que sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la gestion médicale (prise de poids interdialytique), • la gestion des rôles (efficacité personnelle) et • la gestion émotionnelle (anxiété et dépression) • la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'IRC. <p><i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? (cité dans l'article, par de quoi sur quoi je m'appuie ?</i></p> <p>La maladie rénale chronique (MRC) entraîne un fardeau de santé et des dépenses de santé dans de nombreux pays (Saran et al., 2015). Les patients atteints d'IRC peuvent éprouver un large éventail de symptômes physiques et psychologiques ainsi que des changements dans leur mode de vie, et par conséquent subir des défis de self-management, qui sont nécessaires pour améliorer leurs conditions (Murtagh et al., 2007; Young et al., 2009)</p> <p><i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? (qu'elle est le but des auteurs)</i></p> <p>Il est suggéré que le self-management soit la clé de la prise en charge efficace des maladies chroniques, un processus au cours duquel les gens exécutent quotidiennement des fonctions liées à la santé pour la prise en charge des maladies chroniques (Lorig et Holman, 2003, Welch et al., 2015). Le self-management augmente la confiance et les compétences des patients ainsi que la connaissance de leurs conditions, ce qui peut les aider à gérer leurs problèmes de santé (Wagner, 1998)</p>
Recension des écrits	<p><i>Une recension a-t-elle été entreprise ? La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i></p> <p>Une recension a été entreprise qui fournit une synthèse de l'état de la question en rapport au problème de recherches à travers la réponse à la question : « Qu'est-ce qui est déjà connu sur le sujet ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients atteints d'IRC peuvent ressentir un large éventail de problèmes physiques et de symptômes psychologiques ainsi que des changements dans le mode de vie

	<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes de self-management peuvent faciliter l'amélioration des résultats de la prise en charge médicale, fonctionnelle et émotionnelle chez les patients atteints d'IRC. • Des études sur l'effet des trois tâches du self-management ont reporté des conclusions contradictoires. <p><i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i></p> <p>Une recension a été entreprise concernant les liens entre le self-management et les patients hémodialysés.</p> <p><u>EX :</u> Des recherches antérieures sur l'efficacité des programmes de self-management de l'IRC au stade 1-4 ont été effectuées. Pour une première revue, des preuves non concluantes ont été rapportées, et pour une autre, des conclusions ne pouvaient être tirées.</p> <p>Ces revues incluaient des articles publiés entre 2003 et 2013.</p> <p>La recension fournit une synthèse des études thématiques sur la gestion de la maladie rénale chronique au travers du self-management.</p> <p><i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i></p> <p>La recension présente des sources primaires</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i></p> <p>Insuffisance rénale chronique : Selon la National Kidney Foundation des Etats-Unis, la progression de l'IRC est classée en cinq stades selon le taux de filtration glomérulaire (Inker et al., 2014). Lorsque la fonction rénale passe au stade 5, insuffisance rénale terminale, certains patients doivent recourir à une thérapie de substitution rénale à long terme, par exemple par hémodialyse ou dialyse péritonéale. (Wen et al., 2008).</p> <p>Self-management : Ex : Le self-management serait la clé de la prise en charge efficace des maladies chroniques, un processus au cours duquel les gens exécutent quotidiennement des fonctions liées à la santé pour la prise en charge des maladies chroniques (Lorig et Holman, 2003, Welch et al., 2015). Le self-management augmente la confiance et les compétences des patients ainsi que la connaissance de leurs conditions, ce qui peut les aider à gérer leurs problèmes de santé (Wagner, 1998).</p>

Buts et question de recherche	<p><i>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise.</i> Il s'agit d'effectuer une revue systématique de littérature à jour et d'utiliser les preuves disponibles pour déterminer quantitativement les effets d'un programme de self-management sur différentes tâches, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la gestion médicale (prise de poids interdialytique), • la gestion des rôles (efficacité personnelle) et • la gestion émotionnelle (anxiété et dépression) • la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'IRC. <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> Les questions de recherches ou hypothèses dont les variables clés et la population à l'étude, ne sont pas clairement énoncées.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</i> Cette méta-analyse ne comporte pas de questions de recherche, mais un but précis. Les auteurs, après plusieurs recherches sur les bases de données anglaises et chinoises, constate qu'une revue systématique à jour de l'effet du self-management sur la maladie rénale chronique était nécessaire.</p> <p><i>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> Le but de l'étude ne traite pas directement de l'expérience des participants, des croyances ou des perceptions.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Oui, les variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.</p> <p><i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> Les buts de l'étude se base sur des recherches antérieures, soit la recherche sous-jacente puisqu'elle découle logiquement de la recension des écrits.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><i>La population visée est définie de façon précise.</i> Il s'agit de patients âgés de 18 ans ou plus ayant reçu un diagnostic d'IRC de stade 1 à 5.</p> <p><i>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ?</i> L'échantillonnage est décrit au travers cinq sous-rubrique : participants, interventions, comparaisons, mesure de résultats, étude du design.</p>

	<p>Les études d'intervention évaluant les résultats du self-management, comprenant le traitement médical (gain de poids interdialytique), le rôle (efficacité personnelle) et la gestion émotionnelle (dépression et anxiété) ainsi que la qualité de vie chez les patients atteints d'IRC ont été inclus.</p> <p>Les études incluant au moins un groupe témoin ont été retenues. Des études utilisant des RCT ont été également incluses.</p> <p><i>La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i></p> <p>Les auteurs ne font pas acte de la méthode pour recruter les participants. Il s'agit d'une recherche d'articles sur les bases de données sur des études déjà fondées. Cependant, la description des critères d'inclusion est clairement décrite.</p> <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i></p> <p>Aucune donnée n'est précisée à ce sujet.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?</i></p> <p>Etant une méta-analyse, les auteurs ont choisi l'échantillon en fonction des concepts retenus et la population en question, selon des critères d'inclusion bien précisée.</p> <p><i>Elle n'est pas justifiée sur une base statistique.</i></p>
Considérations éthiques	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i></p> <p>Aucun moyen n'est pris en considération pour sauvegarder les droits des participants. Les auteurs sont les seuls acteurs dans cette recherche. Cependant, deux examinateurs (M.Y.L et L.F.H) ont sélectionné indépendamment les articles. Un troisième examinateur (P.S.T) a été consulté pour une décision si le consensus n'était pas atteint.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i></p> <p>Dans cette méta-analyse, il s'agit d'une recherche d'article scientifique sur des bases de données. La présente étude prend en considération que les auteurs et leurs analyses.</p>
Devis de recherche	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?</i></p> <p>Le devis de recherche choisi par les auteurs est de type quantitatif.</p>

	<p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> Le devis de recherche est de type quantitatif et qualitatif au vu des sélections et de l'évaluation des articles. Cela permet d'examiner et mettre en lien le but de l'étude.</p> <p><i>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité – applicabilité – consistance - Neutralité)</i> Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p><i>La méthode de recherche proposée est appropriée à l'étude du problème posé.</i> Il s'agit d'une méta-analyse qui consiste à faire une revue systématique à jour en questionnant les bases de données anglaises et une base de données chinoises.</p> <p><i>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> Aucune indication de temps n'est indiquée au travers de cet article.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> Les outils de mesures sont décrits clairement. Pour cette étude, les bases de données anglaises et une base de données chinoises ont été consultées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effets de l'intervention : La valeur g de Hedges et l'intervalle de confiance (IC) • Biais de publication : le test de régression d' Egger <p><i>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</i> Les questions de recherches ne sont pas posées mais sont décrites au travers de buts de l'étude.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> L'auteur n'indique pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés. Nous déduisons tout de même que les instruments utilisés ont été importés.</p> <p><i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> Oui, la procédure expérimentale est cohérente avec les outils mesurés.</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données/enregistrement est décrit clairement.</i> Les auteurs ont recherché sur quatre bases de données anglaises (PubMed, Cochrane, Web of Science et CINAHL) en combinant les mots clés suivants :</p>

	<p>chronic kidney disease or end-stage renal disease or renal failure or dialysis avec self-management or self-efficacy or empowerment or cognitive behavioral or educational.</p> <p>Ils ont également effectué leurs recherches sur une base de données chinoises en utilisant les mêmes mots-clés.</p> <p><i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i></p> <p>Les données (extraction des données), concernant la conception de l'étude, les caractéristiques des participants, les interventions et les mesures des résultats, ont été extraites indépendamment par deux examinateurs. En cas de désaccord entre les deux examinateurs, une discussion est alors envisagée pour parvenir à un consensus. Si tel n'a pas été le cas, un troisième examinateur est consulté</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i></p> <p>Les sélections d'articles, concernant les titres et les résumés des articles potentiellement admissibles identifiés par les critères de recherche, ont été sélectionnées par deux examinateurs (M.Y.L et L.F.H). Les mêmes auteurs ont évalué indépendamment les textes intégraux des articles sur les bases des critères d'inclusion. Les désaccords ont été résolus par un consensus et si tel n'était pas le cas, un troisième examinateur (P.S.T) a été consulté pour une décision.</p> <p><i>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?</i></p> <p>Aucune information sur les résultats n'est décrite.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i></p> <p>Les résultats sont présentés adéquatement à l'aide de tableaux et de graphiques.</p> <p><i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i></p> <p>Effets de la prise en charge médicale sur le gain de poids interdialytique (GPID)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 études ont indiqué des effets statistiquement significatifs des programmes de self-management sur la réduction du GPID. • Les études ont porté sur un total de 270 adultes. • La durée de l'intervention variait de 4 semaines à 6 mois selon les études.

- L'analyse a donné une valeur de g de Hedges de de -0,36 (IC à 95%, -0,60 à -0,12, $p < 0,01$), ce qui dénotait un petit effet.
- Les études étaient peu hétérogènes, $Q = 1,78$, $p = 0,78$, $I^2 < 0,001$.

Effets de la gestion des rôles sur l'efficacité

- 5 études ont indiqué des effets statistiquement significatifs des programmes de self-management sur l'auto-efficacité.
- Les études ont porté sur un total de 366 adultes.
- La durée de l'intervention variait de 4 semaines à 6 mois selon les études
- L'analyse a donné une valeur de g de Hedges de 0,57 (IC à 95%, 0,18 à 0,96, $p < 0,01$), qui a montré un effet moyen.
- Les études étaient très hétérogènes, $Q = 13,04$, $p = 0,01$, $I^2 = 69,32$.

Effets de la gestion émotionnelle sur l'anxiété

- 6 études ont indiqué des effets statistiquement significatifs des programmes de self-management sur l'anxiété.
- Les études ont porté sur un total de 678 adultes.
- La durée de l'intervention était de 4 semaines (3 études), 10 semaines (1 études), 6 mois (1 études), et inconnue pour une étude.
- L'analyse a donné une valeur de g de Hedges de -0,95 (IC à 95%, -1,65 à -0,25, $p = 0,01$), ce qui indique un effet important.
- Les études étaient également très hétérogènes ($Q = 69,43$, $p < 0,001$, $I^2 = 92,80$).

Effets de la gestion émotionnelle sur la dépression

- 6 études ont indiqué des effets statistiquement significatifs des programmes de self-management sur la dépression.
- Les études ont porté sur un total de 489 adultes.
- La durée de l'intervention était de 4 semaines (3 études), 8 semaines (2 études), 10 semaines (1 étude), 3 mois (1 étude) et inconnue pour une étude.
- L'effet sur la dépression avait une valeur g de Hedges de -0,63 (IC à 95%, -0,85 à -0,41, $p < 0,01$), ce qui montrait un effet moyen.
- Les études étaient modérément hétérogènes ($Q = 9,95$, $p = 0,19$, $I^2 = 29,64$).

Effets de la qualité de vie liée à la santé

SF-36 :

- 5 études ont indiqué des effets statistiquement significatifs des programmes de self-management sur la qualité de vie.
- Les études ont porté sur un total de 240 adultes.

	<ul style="list-style-type: none"> • La durée de l'intervention variait de 4 semaines à 6 mois selon les études. • L'effet de la composante mentale du SF-36 présentait une valeur de g de Hedges de 0,71 (IC à 95%, 0,45-0,97, $p < 0,01$), et l'effet pour le composant physique avait une valeur de g de Hedges de 0,61 (IC à 95%, 0,35-0,86, $p < 0,01$). • Les études incluses pour l'analyse de la composante mentale ($Q = 2,79$, $p = 0,59$, $I^2 < 0,001$) et du composant physique ($Q = 3,43$, $p = 0,49$, $I^2 < 0,001$) du SF-36 étaient homogènes. <p><u>Maladie Rénale et Qualité de Vie (KDQOL) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 études ont indiqué des effets statistiquement significatifs des programmes de self-management sur KDQOL. • Les études ont portés sur un total de 268 adultes. • La durée de l'intervention était de 6 semaines (2 études) et de 3 mois (1 études). • L'effet pour le KDQOL présentait une valeur de g de Hedges de 0,41 (IC à 95%, 0,17-0,65, $p < 0,01$). Les études étaient hétérogènes ($Q = 0,30$, $p = 0,86$, $I^2 < 0,001$). <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Oui, les résultats sont présentés sous formes d'un texte narratif et résumés.</p> <p><i>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i> Les auteurs n'en font mention.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> Oui, les résultats sont présentés sous différents tableaux et interprétés selon les différents thèmes présentés. (C.f. résultats)</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> Les résultats concordent avec les études antérieures étant donné que les auteurs se sont basés sur une recherche sur les bases de données.</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> Oui, l'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats.</p> <p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> Oui, les limites sont clairement définies.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. En raison de la diversité des plans d'interventions, des outils d'évaluations et des degrés de contrôle des biais, il existait une hétérogénéité. 2. Bon nombre des études examinées présentaient un biais de sélection et un biais de détection en raison de la dissimulation inefficace de l'attribution de groupe et du manque d'aveuglement aux évaluateurs des résultats 3. Des limites également présentent au niveau de certaines études individuelles. <p><i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i></p> <p>Les résultats de la présente méta-analyse ont conclu que les programmes de self-management peuvent améliorer les résultats de la qualité de vie, du rôle, de la gestion émotionnelle et la qualité de vie liée à la santé.</p> <p>Les auteurs ont également observé des améliorations significatives dans le GPID, de l'auto-efficacité, de l'anxiété, de la dépression et de la qualité de vie. Cela soutient la mise en œuvre de programmes de self-management pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique.</p> <p>Cette méta-analyse révèle les avantages du self-management sur le GPID chez les patients hémodialysés et que l'augmentation de l'adhésion aux liquides et du régime réduit le GPID.</p> <p>Le self-management a eu un effet de taille moyenne sur l'augmentation de l'auto-efficacité.</p> <p>Les résultats ont montré un effet significatif du self-management de l'anxiété, de la dépression et de la qualité de vie. Une hétérogénéité élevée était présente parmi les études évaluant l'effet de l'anxiété et de l'auto-efficacité, possiblement en raison des différences dans les caractéristiques et les interventions de l'échantillon.</p> <p><i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i></p> <p>Le self-management implique les tâches qu'un individu doit accomplir pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques. Les résultats de cette méta-analyse appuient l'efficacité des interventions de self-management qui peuvent être appliquées aux patients qui sont aux premiers stades de l'IRC et à ceux qui reçoivent une hémodialyse ou une dialyse péritonéale.</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i></p> <p>L'autogestion peut améliorer la santé des patients parce qu'ils effectuent des tâches liées aux domaines médical, du rôle et de l'émotionnel (Lorig et Holman, 2003).</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures</i></p> <p>Les auteurs stipulent que des études supplémentaires devraient explorer la durée optimale et le mode de prestation des interventions de self-management pour les patients atteints d'IRC.</p>

	<p>Selon Wang et al. (2016), pour surmonter le lourd fardeau social et économique de l'insuffisance rénale terminale, des stratégies doivent être mises en œuvre pour prévenir la progression de l'insuffisance rénale chronique à un stade terminal de la maladie rénale.</p> <p>Les futures recherches devraient, selon les auteurs, examiner l'efficacité de l'intervention du self-management sur la maladie rénale chronique en mettant l'accent sur le self-management des patients atteints de maladie rénale chronique de stade précoce.</p> <p><i>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?</i></p> <p>Aucune donnée n'est précisée à ce titre.</p>
--	--

Hemodialysis Self-management Intervention Randomized Trial (HED-SMART): A Practical Low-Intensity Intervention to Improve Adherence and Clinical Markers in Patients Receiving Hemodialysis.

Griva, K., Nandakumar, M., Ng, J. H., Lam, K. F. Y., McBain, H., & Newman, S. P.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> Le titre précise les concepts de self-management et de compliance ainsi que la population qui concerne des patients hémodialysés (ci-après : HD)
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> Le résumé est bien structuré et comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème : Selon les auteurs, un manque d'adhérence aux traitements est commun chez les patients HD • La méthode : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le design de l'étude est une étude contrôlée randomisée (en groupes et à l'aveugle) ○ Les interventions sont brièvement exposées ○ Les outcomes et les outils de mesures sont présentés • Les résultats : Tous les outcomes évalués se sont vus significativement améliorés chez le groupe d'interventions par rapport au groupe contrôle (poids interdialytique, potassium sérique, phosphate sérique, compliance, compétences en self-management et sentiment d'efficacité personnelle) • Les conclusions : La technique HED-SMART est un outil pratique et efficace pour améliorer la santé des patients HD de par les améliorations que l'outil amène sur les marqueurs cliniques et sur la compliance des patients.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> Le problème, comme le souligne les auteurs, concerne la gestion optimale de certains marqueurs minéraux et la gestion du volume liquidien chez les patients HD. Les auteurs s'intéressent également à l'impact de différents facteurs sur cette gestion telle que la capacité des patients d'adhérer et de maintenir des comportements concernant leur régime, leur consommation liquidienne, leur prise de médicaments, etc. A contrario, comme le relèvent les auteurs, une faible compliance des patients HD face à ces différents facteurs contribue à une augmentation de la morbidité, mortalité et des hospitalisations. C'est ainsi que la thématique du self-management et des impacts potentiels positifs d'un programme de self-management sur les comportements de santé est l'outil choisi par les auteurs pour investiguer cette problématique.

	<p><i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> Etant donné les chiffres mis en avant par les auteurs concernant la faible adhérence des patients HD au régime, à la gestion du volume liquidien et à la prise de médicaments, ainsi qu'à l'impact de celle-ci sur la vie des patients HD, le problème semble approprié en vue des connaissances actuelles.</p> <p><i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> Le phénomène à l'étude a un sens particulier dans la mesure où, comme le précisent les auteurs, les interventions de self-management ont le potentiel de faciliter l'acquisition de compétences et de connaissances chez les patients en lien avec la gestion de la maladie ; ce qui a un impact positif sur la santé des patients atteints de maladies chroniques. Les postulats sous-jacents ne sont pas présentés.</p>
Recension des écrits	<p><i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> Oui, une recension des écrits a été faite par les auteurs en lien avec les différents concepts et l'état actuel de la recherche</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> Pour commencer, les auteurs argumentent le bien fondé de leur étude par rapport à l'impact positif de la gestion des marqueurs minéraux et du volume liquidien pour réduire le risque de complications et de mortalité (Block & al., 2003). Ensuite, la recension faite met en évidence le manque de compliance des patients HD en lien avec le régime, le volume liquidien et la prise de médication (Ghimire & al., 2015). La recension s'oriente enfin sur les bénéfices que peuvent apporter des interventions de self-management auprès des patients en lien avec la gestion de la malade (Newman & al., 2004).</p> <p><i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> Les auteurs argumentent la pertinence de leurs recherches en lien avec les connaissances actuelles et notamment en lien avec le fait que, comme le font remarquer les auteurs, en se basant sur des revues systématiques, très peu d'études rigoureuses ont été entreprises en lien avec les interventions de self-management spécifiques à la population HD (Mason & al., 2008 ; Matteson & al., 2010). Les auteurs se basent sur diverses études en lien avec les concepts inhérents à leur propre étude. Cependant, il est à noter le fait que plusieurs études référencées datent de plus de dix ans.</p> <p><i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i> Les auteurs présentent des sources primaires référencées en fin d'article.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> Les notions relatives aux différents éléments cliniques (potassium,</p>

	<p>phosphate, volume liquidien, etc.) ne sont pas définies par les auteurs. Les concepts de self-management et de compliance ne sont pas non plus définis par les auteurs.</p> <p><i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> Le concept de self-management s'inscrit dans un cadre référencé dans la mesure où ce concept est mis en lien par les auteurs avec des théories socio-cognitives. De plus, ce concept est pertinent en lien avec le but de l'étude étant donné que ce sont les interventions de self-management qui visent à avoir un impact favorable sur plusieurs facteurs auprès de la population HD. Hormis cette base socio-cognitive, les auteurs ne mentionnent pas d'autres bases théoriques.</p>
Buts et question de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Le but des auteurs est exprimé comme suit : Evaluer les effets à court et long terme d'interventions pratiques de « faible intensité » de self-management auprès de patients HD de différentes ethnies étant désavantagés au niveau socio-économiques.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> Il n'y a pas de question de recherche, mais l'hypothèse des auteurs est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les interventions mises en place dans le cadre HED-SMART vont améliorer la compliance auto-reportée, le sentiment d'efficacité personnelle, les compétences de self-management ainsi que les facteurs cliniques chez le groupe d'intervention en comparaison avec le groupe contrôle. <p>La population concernée est la population HD de plusieurs centres de dialyse de Singapour. Les variables-clés sont abordées dans la méthode et divisées en deux groupes à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables primaires concernent les marqueurs cliniques (Potassium, phosphate sérique et gain de poids interdialytique) • Les variables secondaires d'ordre psychologique et comportemental <ul style="list-style-type: none"> ○ Compliance ○ Compétences de self-management ○ Efficacité personnelle <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> L'hypothèse reflète les tendances recensées par les auteurs en ce qui concerne l'impact positif d'interventions de self-management sur les comportements de santé des personnes HD. De plus, l'hypothèse des auteurs comporte la notion de court/long terme afin d'avoir un</p>

	<p>suivi quant à l'impact des interventions mises en place. L'expérience des participants, leurs croyances, valeurs ou perceptions ne sont pas abordées par les auteurs.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Les variables mentionnées plus haut sont fidèles au cadre de recherche ainsi qu'à la question que se posent les auteurs.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><i>La population visée est-elle définie de façon précise ?</i> La population visée correspond à des patients hémodialysés depuis minimum 6 mois.</p> <p><i>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i> Les auteurs commencent par détailler la méthode de choix des sites. Les auteurs ont sélectionné 14 centres de dialyse appartenant à la national Kidney Foundation Singapore qui est une organisation sans but lucratif aidant les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale désavantagés au niveau socio-économique. Les sites ont été choisis en fonction de leur taille, location et de leur proximité avec les lieux utilisés pour procéder aux interventions inhérentes à l'étude. Les auteurs spécifient que la représentation socio-économique et ethnique était équivalente dans tous les centres sélectionnés. Les auteurs mentionnent que tous les participants de l'étude ont reçu 10\$ par évaluation complétée et un remboursement inhérent aux trajets (25\$ par session)</p> <p>Les auteurs mentionnent les critères d'inclusion suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etre hémodialysé depuis au moins 6 mois • Etre en traitement dans l'un des 14 centres de dialyse sélectionnés • Etre plus âgé que 21 ans. <p>Ainsi que les critères d'exclusion suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles psychiatriques significatifs • Problème d'apprentissage ou démence • Condition médicale limitant l'espérance de vie • Troubles auditifs • Impossibilité de communiquer en anglais, mandarin ou malaisien <p>Les auteurs détaillent leur échantillon qui était initialement constitué de patients répartis dans un groupe contrôle recevant les soins usuels (n=134) et dans le groupe HED-SMART (n=101). Les auteurs détaillent la variation du nombre de patients au cours de l'étude (transplantation, morts, patients se retirant de l'étude, etc.). Pour minimiser le risque d'influence lié aux différences de pratiques dans les différents centres, ce ne sont pas les centres de dialyse qui ont été randomisés, mais les différents « shifts » (lundi-mercredi-vendredi/ mardi-jeudi-samedi) de chaque centre. Un shift intégré au groupe contrôle et un shift intégré au groupe HED SMART.</p>

	<p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i> Aucune donnée n'est explicitée par les auteurs concernant un moyen d'accroître la représentativité de l'échantillon étant donné le fait que les auteurs considèrent déjà leur échantillon représentatif en terme d'ethnie et de conditions socio-économiques. Aucune indication n'est donnée en lien avec la justification de la méthode d'échantillonnage ni en lien avec une base statistique ni en lien avec une saturation des données.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> Aucune information n'est donnée par les auteurs à ce sujet</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> Les auteurs ont reçu l'approbation éthique pour cette étude de la part du National University of Singapore Institutional Review Board. De plus les participants ont reçu les informations en lien avec l'étude et ont dû donner leur accord par consentement écrit.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> Oui, étant donné le consentement requis ainsi que la liberté de chaque patient de, en tout temps, poursuivre ou non sa participation à l'étude.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ?</i> Le devis de recherche quantitatif a permis de mesurer l'effet d'interventions de self-management sur différentes variables à la fois cliniques, psychologiques et comportementales. De plus, les outils de collecte de données utilisés servent à évaluer les variables étudiées que sont les variables primaires et secondaires.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> Le devis de recherche, de par son évaluation des variables à l'aide de multiples outils, permet aux auteurs de donner une réponse quant à leur hypothèse selon laquelle les interventions de self-management améliorent les différentes variables chez le groupe d'intervention HED-SMART comparativement au groupe contrôle</p> <p><i>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-Consistance-Neutralité)</i> La véracité est assurée par les outils de récolte de données utilisés par les auteurs. L'applicabilité semble assurée par les auteurs, de par la représentativité de l'échantillon. Cependant, les auteurs mettent en exergue plusieurs facteurs limitant l'applicabilité (échantillon de commodité des participants, etc.). La consistance est respectée de par la recension des écrits faite, ainsi que de par les résultats récoltés. Enfin, la neutralité ne semble pas complètement assurée</p>

	<p>de par le fait que les auteurs ne donnent pas d'information sur la présence d'un conflit d'intérêt ou non.</p> <p><i>Y-a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> La récolte des données s'est faite de janvier 2009 à juin 2012. De plus, les interventions mises en place ainsi que le suivi se sont effectuée sur un période de neuf mois.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> Tous les outils utilisés sont décrits et mis en relation avec une variable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données biochimiques servant à évaluer les taux de potassium et de phosphates ont été récoltées en pré-dialyse sur une base régulière. Les recommandations de la NKF ont été utilisées pour déterminer les valeurs cibles. • Pour évaluer le gain de poids interdialytique deux méthodes ont été utilisées pour déterminer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le gain de poids absolu a été évalué par une moyenne du poids corporel pré- et postdialyse faite à chaque semaine durant tout le temps de l'étude. Le gain de poids relatif a été évalué sur la base du ratio de la moyenne du gain de poids absolu / de la moyenne du poids sec lors de chaque semaine durant la durée de l'étude • La compliance a été évaluée à l'aide du Renal Adherence Behaviour Questionnaire qui a permis d'investiguer la compliance auto-reportée par les participants concernant la restriction hydrique, en potassium, en phosphate <ul style="list-style-type: none"> ○ Cet outil a permis d'évaluer également la compliance en tant de crises ainsi que le self-care • La compliance à la médication a été évaluée à l'aide du Medication Adherence Report Scale • Les compétences de self-management ont été mesurées à l'aide d'échelles issues du Health Education Impact Questionnaire (version 2). • La sentiment d'efficacité personnelle a été mesuré par l'intermédiaire du Self-Efficacy for Managing Chronic Disease questionnaire. Huit items additionnels construits spécifiquement en lien avec la fonction rénale ont été utilisés pour mesurer le degré de confiance des patients par rapport à leur capacité à atteindre des recommandations spécifiques à la dialyse (volume liquidien, régime, médication, etc) <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> Les auteurs indiquent la provenance des outils utilisés. Tous les outils utilisés ont été importés pour cette étude.</p> <p><i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> La procédure expérimentale utilise des outils déjà validés. Ces outils sont en concordance avec les variables évaluées. De ce fait la procédure semble cohérente</p>

Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> Le processus de récolte de données a été effectué aux temps suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant le début de l'intervention (T1) • Une semaine après la fin de l'intervention (T2) • Trois mois après la fin de l'intervention (T3) • Neuf mois après la fin de l'intervention (T4) <p>Aucune autre donnée concernant ce sujet n'est présentée.</p> <p><i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> Le personnel a été formé et a déjà mis en place les interventions lors de tests pilotes avant l'étude, ce qui diminue le risque de biais inhérents à l'étude finale. Cependant les auteurs ne font pas état de précautions particulières en lien avec le recueil des données.</p> <p><i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</i> L'intervention HED-SMART est décrite par les auteurs qui précisent que l'intervention se base sur la théorie psycho-sociale et sur le UK Medical Research Council Framework. L'intervention a consisté en quatre sessions de groupe (3 sessions de base + une session « boost ») et en un suivi téléphonique.</p> <p>Les sessions de groupe, de nature interactive, ont été orientées sur les comportements de self-management relatif à la consommation liquidienne, au régime alimentaire et à la médication. Ces sujets ont été abordés à travers la mise en place de buts, d'identification des facteurs entravant et de la résolution des problèmes. Les participants ont été encouragés à partager leur expérience et leurs perceptions dans le but de tenter d'identifier leurs forces et leurs ressources. La recherche de nouvelles stratégies à travers le soutien des paires a été mise en place lors de ces séances. Les participants ont également reçu une brochure d'éducation intitulée Healthy eating for people on dialysis.</p> <p>Le groupe contrôle a reçu les soins standards ainsi que la brochure Healthy eating for people on dialysis.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> L'analyse des données a été menée à l'aide des outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Test Chi et des analyses de variance ont été utilisés pour évaluer la différence entre les deux groupes d'études ainsi qu'entre les participants ayant abandonné l'étude et ceux l'ayant complétée • Analyses de covariance à l'aide de ANCOVAs • Tous les résultats $p < 0,05$ ont été considérés comme significatifs • Le d de Cohen a été utilisé pour évaluer les tailles d'effet <p><i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> Lors de l'analyse des données, les participants dont des données se sont révélées manquantes ont été exclus afin de ne pas biaiser les résultats.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> Les résultats sont présentés sous la forme de trois tableaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un tableau concerne les variables indépendantes • Un tableau concerne les variables primaires • Un tableau concerne les variables secondaires <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Les résultats sont résumés sous la forme de deux parties distinctes concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables primaires : Les participants du groupe HED-SMART ont démontré une amélioration significative dans toutes les données cliniques. <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminution significative (comparativement aux valeurs de base à T1) du gain de poids interdialytique absolu à T3,4 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Différence significative avec le groupe contrôle à T2,3 ○ Diminution significative du gain de poids interdialytique relatif avec le groupe contrôle à T2,3,4. ○ Diminution significative (comparativement aux valeurs de base à T1) du taux de phosphate sanguin à T3, mais pas à T4 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Différence significative avec le groupe contrôle à T3,4 ○ Diminution significative (comparativement aux valeurs de base à T1) du taux de potassium sanguin à T3,4 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Différence significative avec le groupe contrôle à T3 • Les variables secondaires <ul style="list-style-type: none"> ○ Les améliorations dans le niveau de compliance auto-reportée, d'efficacité personnelle et de self-management ont été significatives dans le groupe HED-SMART jusqu'à T4. Seuls deux items n'ont pas vu d'amélioration significative à T4 : la compliance durant les moments difficiles et la compliance à la restriction hydrique. A contrario, dans le groupe contrôle, très peu de variations dans le temps ont été enregistrées. <p><i>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i> Les auteurs n'ont pas fait intervenir les participants ou d'autres experts pour évaluer les données recueillies.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> Les résultats sont mis en lien avec l'hypothèse dans la mesure où les résultats obtenus par les auteurs confirment leur hypothèse de base.</p>

Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? Les auteurs mettent en lien plusieurs des résultats obtenus avec les résultats d'études antérieures :

- L'amélioration des valeurs cliniques à trois mois post-intervention correspond aux résultats d'autres études (Sharp & al., 2005 ; Christensen & al., 2002)
- La diminution/ perte des effets bénéfiques de l'intervention après un certain temps est aussi en adéquation avec certaines études (Niedermann & al., 2004 ; Norris & al., 2002) et met l'accent sur l'enjeu même des interventions de ce type : maintenir les changements de comportement.
- En lien avec les résultats relatifs aux variables secondaires et à leur impact positif sur l'adoption de comportement de santé, les auteurs écrivent que leurs résultats sont corroborés par une méta-analyse s'intéressant aux programmes de self-management dans la maladie chronique (Weingarten & al., 2002)

L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? L'interprétation, ainsi que les conclusions découlent logiquement des résultats et sont discutées en lien avec ceux-ci. Les auteurs mettent notamment en avant le fait que, bien que les changements absolus de comportement chez les patients étaient légers, ils sont tout de même valables de par le faible coût et la faible intensité des interventions mises en place auprès des participants.

Les auteurs s'interrogent également sur le fait que les améliorations ont été le plus marquées à T3, lors du suivi téléphonique et de la session « boost ». A partir de ce constat, les auteurs pensent qu'il suffit d'un minimum d'interventions pour éviter l'abandon des comportements de santé par les patients. Ainsi, il semble abordable de pouvoir maintenir les effets d'un programme de self-management sur le long terme.

Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Les auteurs donnent plusieurs limites à leurs études :

- Les participants retenus ont été sélectionnés par l'intermédiaire d'un échantillon de commodité et non pas par un échantillon probabiliste
- Même si l'échantillon est bien représentatif de la population dialysée de Singapour, il y'a un manque de représentativité de patients ayant du diabète.
- Il est possible que l'étude présente un biais, que les participants étaient déjà motivés à changer de comportement avant l'étude. Ceci a pu avoir un impact positif sur l'étude.
- La manière dont ont été menées les interventions n'a pas permis à tous les participants de participer à l'étude dans la langue choisie ce qui a eu pour effet un abandon de la participation de la part de plusieurs personnes.

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfin, étant données les interventions multiples intégrées par programme HED-SMART, il est difficile de savoir quels aspects du programme ont été les moteurs des changements observés. <p><i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> Les auteurs considèrent qu'il manque plusieurs éléments afin de pouvoir faire en sorte que les conclusions émises soient transférables (Utiliser un échantillon probabiliste, etc.).</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> Les conséquences pour la pratique sont les suivantes selon les auteurs : Une intervention de self-management auprès de patients HD est capable d'initier et de maintenir une amélioration des marqueurs cliniques, des compétences de self-management et de la compliance auto-reportée jusqu'à neuf mois après l'intervention.</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> Les auteurs recommandent les choses suivantes pour de futures études :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les futures études devront mettre en place des outils de contrôle permettant d'identifier les facteurs précis initiant les changements de comportement. • Les futures études devraient s'intéresser au rapport coût-efficacité d'un programme de self-management <p>Concernant la pratique, les auteurs estiment qu'un travail doit être fait pour améliorer le programme HED-SMART ainsi que pour l'implanter dans la pratique. De plus il est nécessaire d'adapter ce programme pour potentiellement utiliser ce type d'intervention dans les contextes de soins traditionnels.</p>

Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention.

Kauric-Klein, Z.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</i> Le titre présente les concepts suivants : Pression sanguine et interventions infirmières éducative de soutien. La population concernée englobe les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> Le résumé bien que non-structuré en sous-chapitres, comporte les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La problématique : L'hypertension chez les patients hémodialysés (ci-après HD) augmente significativement le risque de morbidité et de mortalité • Le but : Savoir si des interventions infirmières d'éducation permettent une amélioration du contrôle de la pression sanguine chez les patients HD. • Méthode : Etude contrôlée randomisée (n=118). Les différentes interventions ont été menées sur 12 semaines avec un suivi 30 jours post-intervention. • Résultat : Les pressions diastolique et systolique ont significativement diminué au sein du groupe traité. • Pas de présence de discussion ni de conclusion
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> Il s'agit d'investiguer si la mise en place de différentes interventions infirmières (monitoring, mise en place d'objectifs, renforcement des comportements) peut avoir un effet bénéfique sur le contrôle de la pression sanguine chez les patients HD.</p> <p><i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> Selon l'auteur, la problématique de la gestion de la pression sanguine est pertinente dans le mesure où :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'hypertension chez les patients HD contribue significativement à leur mortalité, morbidité (Agarwal, 2005) • La prévalence de l'hypertension chez les patients HD est de 75-100% (United States Renal Data System, 2010) • Le niveau de compliance aux comportements de gestion de la pression sanguine chez les patients HD est de 30% à 60% <p><i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-</i></p>

	<p><i>ils précisés ?</i> Ce problème est significatif pour la discipline car comme l'écrit l'auteur, bien qu'une multitude d'études ont mis en évidence les facteurs influençant la compliance des patients, très peu d'études se sont focalisées sur les interventions pouvant améliorer l'adhérence des patients HD à des comportements de santé. En lien avec leur étude, l'auteur postule que les interventions infirmières menées peuvent augmenter les capacités des patients en lien avec le self-care. Augmentation qui mènerait à une meilleure compliance aux comportements de santé en lien avec l'hypertension. L'effet final serait une amélioration du contrôle de la pression sanguine.</p>
Recension des écrits	<p><i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> Une recension des écrits a été menée par l'auteur concernant l'hypertension dans la population HD ainsi que concernant les différents facteurs influençant la compliance des patients HD en lien avec le contrôle de la pression sanguine.</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> Comme écrit précédemment, l'auteur s'appuie sur diverses études pour argumenter l'impact de l'hypertension sur la population HD. Dans un second temps, l'auteur a effectué une recension en lien avec la compliance des patients HD. Selon Denhaerynck et al. (2007), une multitude de patients HD ne parviennent pas à suivre leur régime, à respecter un apport liquidien défini ainsi qu'à assurer la prise de leur médication. Enfin, l'auteur a effectué une revue de littérature dans le but de déterminer quelles pouvaient être les meilleures interventions afin d'améliorer le contrôle de la pression sanguine chez les patients HD. De modestes preuves ont été relatées dans diverses études concernant une combinaison d'interventions (auto-régulation, monitoring de différentes valeurs, etc.)</p> <p><i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> Bien que plusieurs études recensées par l'auteur datent d'avant les années 2000, les auteurs sont parvenus à circonscrire la problématique de l'hypertension, de la compliance des patients HD et des enjeux y relatifs avec des études plus récentes.</p> <p><i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i> L'auteur présente des sources primaires et reportent les références en fin d'article.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> L'hypertension n'est pas définie par l'auteur bien qu'il ne s'agisse pas d'un concept théorique. L'auteur ne définit pas non plus clairement ce que signifie pour lui la notion d'interventions infirmières éducatives de soutien. Cependant, l'auteur illustre cette notion en citant les interventions impliquées par celle-ci.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring de la pression sanguine, du volume liquidien et de la consommation de sodium • Mise en place d'objectifs avec le patient • Renforcement des comportements positifs <p><i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> Les concepts de l'étude sont liés au but même de l'étude qui est d'investiguer un potentiel effet positif d'interventions infirmières sur la gestion et le contrôle de la pression sanguine chez les patients HD. L'auteur n'explique pas clairement les bases philosophiques et théoriques de leur étude, si ce n'est que, comme stipulé par l'auteur, un contrôle de l'hypertension chez les patients HD permettra de s'approcher du but du Healthy people 2010 pour les patients insuffisants rénaux. Ce but est de diminuer les complications, les handicaps et la mortalité chez cette population.</p>
Buts et question de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Le but principal de l'étude est clairement explicité par les auteurs. Il s'agit de déterminer si des interventions infirmières éducatives de soutien peuvent améliorer le contrôle de la pression sanguine chez les patients HD.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> Les hypothèses émises par l'auteur sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les patients HD qui recevront des interventions éducatives de soutien pendant 90 jours auront une diminution de la pression systolique à 12 et 16 semaines comparativement au groupe contrôle. 2. Les patients HD qui recevront des interventions éducatives de soutien pendant 90 jours auront une diminution de la pression diastolique plus conséquente à 12 et 16 semaines comparativement au groupe contrôle. 3. Les capacités et les comportements de self-care des patients vont modérer l'effet des interventions éducatives de soutien sur le contrôle de la pression sanguine. <p>Les variables de l'étude sont mentionnées par les auteurs. Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du sentiment d'efficacité personnelle concernant contrôle de la pression sanguine • L'autorégulation du contrôle de la pression sanguine • Des comportements de self-care en lien avec le contrôle de la pression sanguine • Les connaissances en lien avec le contrôle de la pression sanguine <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> Les hypothèses</p>

	<p>reflètent les informations émanant des articles recensés explicitant l'effet positif de certaines interventions sur le contrôle et la gestion de la pression sanguine chez les patients HD. Aucune information n'est donnée concernant l'expérience, les croyances, les valeurs ou les perceptions des participants.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Les variables reflètent à la fois le concept de l'hypertension et les concepts d'interventions éducatives de soutien dans la mesure où les variables se focalisent sur divers aspects d'interventions éducatives et leurs effets sur le contrôle et la gestion de la pression sanguine</p> <p><i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> Le but de l'étude ainsi que les hypothèses s'appuient sur les bases théoriques sous-jacentes à l'étude. En l'occurrence, l'effet bénéfique qu'a une gestion de la pression sanguine chez les patients HD.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><i>La population visée est-elle définie de façon précise ?</i> La population visée n'est pas spécifiquement précisée, mais en parcourant le mode d'échantillonnage les informations suivantes émergent. Il s'agit de patients hémodialysés dans la région de Détroit depuis une durée minimale de 6 mois</p> <p><i>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i> L'auteur explicite la manière dont les différents participants ont été recrutés dans six unités de dialyse de la région de Détroit. Chacune des unités a été randomisée et incorporée soit au groupe contrôle soit au groupe traité. Le nombre de participants est N = 130.</p> <p>Les critères d'inclusion sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients âgés de plus de 18 ans • Moyenne de la pression sanguine sur quatre semaines supérieure à 150/90 • Capacité de parler et de lire en Anglais <p>Les critères d'inclusions sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients HD depuis moins de 6 mois • Historique d'utilisation de drogues illicites • Dépression majeure (déterminée par un score supérieur à 15 selon l'outil PHQ-9) • Handicap cognitif majeur (déterminé par un score supérieur à 90 selon l'outil 3MS) • Problème de santé majeur (Cancer, HIV, etc.) • Non-participation à plus de deux séances d'hémodialyse sur un intervalle de quatre semaines. <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode</i></p>

	<p><i>d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i> Aucune information n'est donnée par l'auteur concernant d'éventuels moyens d'augmenter l'échantillon si ce n'est qu'il mentionne le fait qu'au total, 836 participants étaient disponibles pour participer à l'étude. Concernant la méthode d'échantillonnage, celle-ci a permis à l'auteur d'identifier la composition de l'échantillon, à savoir le pourcentage de participants d'origine caucasienne et le pourcentage de participants d'origine afro-américaine.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> Aucune information n'est donnée concernant la justification de la taille de l'échantillon. Cependant les auteurs mentionnent le fait qu'ils ont choisi 130 participants alors que 836 participants potentiels étaient disponibles.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> Oui, car l'auteur a reçu l'approbation du Wayne State University Institutional Review Board pour son étude. De plus, le consentement écrit de chaque patient a été requis et chaque patient a été informé en détails de l'étude et a eu l'opportunité de poser des questions concernant celle-ci.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> Aucune information n'est donnée sur ce point par les auteurs.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> Le devis quantitatif de l'étude permet de mettre en lien les interventions infirmières effectuées et leur effet sur la pression sanguine des patients HD.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> Le devis quantitatif permet d'appréhender les trois différentes hypothèses dans la mesure où celles-ci peuvent être évaluées en fonction des différents résultats concernant l'évolution de la pression sanguine des participants ainsi que de leurs comportements de santé.</p> <p><i>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité)</i> Aucune donnée concernant la véracité n'est exposée. L'applicabilité de l'étude est corroborée par l'utilisation d'outils déjà vérifiés et validés. La consistance est respectée de par la recension des écrits effectuée. Enfin, la neutralité est respectée car l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts et identifie les limites de son étude.</p> <p><i>Y'a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> Le temps des interventions semble adéquat dans la mesure où les interventions sont menées sur une période de douze</p>

	<p>semaines et qu'une évaluation post-intervention est effectuée 30 jours après la dernière intervention.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> Chaque outil est décrit par l'auteur concernant son origine, sa modalité et la variable qu'il cherche à mesurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afin d'identifier les critères d'exclusion relatifs à la dépression et aux fonctions cognitives altérées, l'auteur a utilisé deux outils déjà validés : le PHQ-9 ainsi que le Mini mental test modifié. • Le support social a été mesuré, car celui-ci a un impact sur la participation du patient à des comportements de santé (Mitchell et al., 2003). Ce support a été évalué par le questionnaire ESSI. • Le degré de connaissance associé au contrôle de la pression sanguine a été mesuré par un outil développé par l'auteur : un questionnaire basé sur un guideline de la National Kidney Foundation. • Le sentiment d'efficacité personnelle liée à la gestion de la pression sanguine a été mesuré par l'adaptation d'un outil déjà validé auprès de la population diabétique mais jamais utilisé auprès de la population HD • L'auto-régulation a été évaluée en fonction des valeurs liquidienne, de sodium et des différents buts hebdomadaires atteints par les patients. • La consommation de sodium a été évaluée par une checklist élaborée par Millar et Beard (1988) • Les apports liquidiens ont été évalués à l'aide du poids interdialytique et mis en relation avec un cahier de suivi des apports liquidiens journaliers remplis par les participants • La compliance à la médication a été évaluée par l'échelle de Morisky. <p><i>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</i> Aucune information n'est donnée par l'auteur à ce sujet.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> L'auteur indique quand les outils sont importés, quand ils sont adaptés ou quand ils sont créés pour l'étude.</p> <p><i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> Hormis pour un outil, la procédure expérimentale utilise des outils déjà validés et considérés fiables. Ces outils sont en concordance avec les variables évaluées. De ce fait, la procédure semble cohérente</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> Oui, le processus de collecte a été renseigné par l'auteur concernant les différentes variables</p>

- Les données concernant les connaissances ainsi que l'efficacité personnelles liées à la gestion de la pression sanguine ont été recueillies avant l'intervention et douze semaines après l'intervention.
- Les données relatives à l'autorégulation ont été recueillies chaque semaine durant les douze semaines d'intervention
- Les données relatives à la consommation de sel ainsi qu'en lien avec la compliance à la prise de médication ont été recueillies avant l'intervention et après les douze semaines d'intervention.
- Les données en lien avec le monitoring de la pression sanguines et les apports liquidiens ont été recueillies 2x/jour pour la pression sanguine et 2x/semaine pour les apports liquidiens
- La pression sanguine a été collectée avant l'intervention, à douze semaines et seize semaines après l'intervention. Celle-ci a été opérationnalisée par une moyenne des trois valeurs hebdomadaires prises avant le traitement d'hémodialyse.

Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Aucune indication n'est donnée sur la manière dont les données ont été collectées.

Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? Les auteurs décrivent les interventions mises en place dans leur étude :

- Deux sessions d'éducation relatives à la pression sanguine dont le contenu se base sur les directives de la National Kidney Foundation (2004). La 1ère session a eu pour but d'expliquer les causes d'hypertension dans le contexte d'insuffisance rénale chronique terminale ainsi que les facteurs de risque y relatifs ; et de décrire les interventions, buts de santé qui peuvent améliorer le contrôle de la pression sanguine. La deuxième session a consisté en la présentation et l'explication des différents outils permettant aux patients d'évaluer leur pression sanguine, leur consommation de sodium et leur consommation liquidienne durant toute la durée de l'intervention.

Les objectifs sont également décrits par les auteurs par des valeurs objectives relatives à la pression sanguine, la consommation de sodium, la consommation liquidienne et la compliance à l'hémodialyse et à la médication

- Douze semaines de suivi, de mise en place d'objectifs et de renforcement en lien avec les différentes données hebdomadaires de chaque patient. L'intervention, d'une durée de 10-15 minutes a eu pour but d'évaluer la réalisation ou non des objectifs du participant et de soutenir celui-ci.

	<ul style="list-style-type: none"> • Un suivi post-intervention de trente jours. Ce suivi n'est pas particulièrement décrit par les auteurs
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> L'ensemble des données ont été introduites dans la version 17.0 du SPSS et analysées par cet outil.</p> <p><i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> Aucune indication concernant la prise en compte de facteurs pouvant influencer les résultats ne figure dans l'étude.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> Les résultats sont présentés sous forme de plusieurs tableaux et d'un graphique</p> <p><i>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ?</i> Oui, les thèmes sont associés entre eux.</p> <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Oui, un texte narratif exprime les résultats de manière précise et conclut par l'analyse de ceux-ci en rapport avec les hypothèses formulées par l'auteur.</p> <p><i>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i> L'auteur stipule que les données ont été vérifiées deux fois sans préciser cependant par qui cette vérification a été faite.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> Chacune des hypothèses est considérée en lien avec les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypothèse 1 confirmée : Il y'a une différence significative entre le groupe traité et le groupe contrôle après douze et seize semaines. En effet, la pression systolique du groupe traité s'est vue bien plus diminuée que celle du groupe contrôle <ul style="list-style-type: none"> ○ La pression systolique du groupe traité après 16 semaines était en moyenne de 153,5 mmHg. ○ La pression systolique du groupe contrôle après 16 semaines était en moyenne de 160mmHg. • Hypothèse 2 confirmée : Il y'a une différence significative entre le groupe traité et le groupe contrôle après douze et seize semaines. En effet, la pression diastolique du groupe traité s'est vue bien plus diminuée que celle du groupe contrôle. <ul style="list-style-type: none"> ○ La pression diastolique du groupe traité après 16 semaines était en moyenne de 81mmHg.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ La pression diastolique du groupe contrôle après 16 semaines était e moyenne de 86,8 mmHg. • Hypothèse 3 infirmée : Il n’y pas eu de relation significative entre les interventions mises en place et les capabilités et les comportements de santé des participants. <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d’études antérieures?</i> Aucun lien n’est mis en évidence entre les résultats de cette étude et ceux d’études antérieures par l’auteur. De ce fait, aucune discussion n’est menée à ce sujet.</p> <p><i>L’interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d’analyses ?</i> En lien avec les différentes variables, ce sont les différences de valeurs entre le groupe contrôle et le groupe traité qui justifient l’interprétation des résultats de la part de l’auteur. Comme vus plus haut, les résultats concordent avec la confirmation, l’infirmité des hypothèses de l’auteur.</p> <p><i>Les limites de l’étude ont-elles été définies ?</i> L’auteur définit les limites suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de randomisation a été effectué par les unités d’hémodialyse et a été entrepris dans deux zones géographiques différentes ; ce qui modifié les variables démographiques des différents groupes. • Les interventions mises en place pour l’étude se sont avérées très éprouvantes à réaliser pour les participants (multitude de questionnaires et de cahier de suivi à remplir, etc.) <p><i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> Les conclusions se basent sur les différents résultats mis en exergue lors de l’étude.</p> <p><i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> Aucune information n’est donnée par l’auteur concernant le caractère transférable des conclusions.</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l’étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L’auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> En lien avec les résultats, l’auteur souligne deux éléments importants. Premièrement, l’utilisation seule d’interventions servant à renforcer le savoir ne suffit pas à changer les comportements de santé. De ce fait, les infirmières se doivent d’utiliser d’autres interventions éducatives comme le monitoring, le renforcement des comportements, et la mise en place d’objectifs. Deuxièmement, l’auteur souligne l’importance de l’infirmier et de son rôle dans la mise en place d’interventions d’éducatives. En effet, c’est l’infirmier qui a le plus d’interaction avec le patient HD et c’est lui qui a le plus d’occasions d’intervenir en lien avec divers aspects de la prise en charge du patient. (Informations, soutien, etc.)</p>

	<p><i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> Premièrement, l'auteur pense qu'à l'avenir, la zone géographique devra plus être prise en considération avant la mise en place du processus de randomisation. L'auteur conseille aussi, pour les futures études, de se focaliser sur un seul facteur pouvant influencer la pression sanguine à la fois. Cette conclusion de l'auteur se base sur le fait que les interventions menées auprès des patients se sont révélées trop intensives pour la plupart des participants. L'auteur recommande aussi le fait que l'intervention évaluée soit effectuée sur une plus longue période de temps (6-12 mois). Certains mécanismes relatifs à la diminution de la pression sanguine n'ont pas été compris dans cette étude. Enfin, l'auteur considère qu'il faut plus d'études sur le sujet.</p>
--	---

Self-Efficacy and Blood Pressure Self-Care Behaviors in Patients on Chronic Hemodialysis.

Kauric-Klein, Z., Peters, R. M., & Yarandi, H. N.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</i> Le titre mentionne les concepts d'efficacité personnelle, de comportements de santé et de pression sanguine. La population est mentionnée ; il s'agit de patients hémodialysés (ci-après HD)
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> Le résumé est constitué d'un seul paragraphe qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude : Examiner les effets d'une intervention éducative d'autorégulation sur : le contrôle de la pression sanguine, l'efficacité personnelle relative à la pression sanguine et d'autres résultats relatifs au self-care chez les adultes HD. • La méthode : Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée avec un N = 118. Les interventions mises en place ont été menées pendant 12 semaines sur le groupe d'intervention • Le résultat : Il n'y a pas d'augmentation significative des scores d'efficacité personnelle entre les groupes. Cependant, l'efficacité personnelle s'est vue corrélée significativement avec plusieurs résultats liés aux self-care (diminution de consommation de sodium, diminution du poids interdialytique, diminution de la pression diastolique etc.) • Le résumé ne comporte pas d'éléments sur la discussion ou les conclusions
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> Bien que cela ne soit pas clairement défini de par la structure du texte, la problématique est inhérente à la gestion de la pression sanguine chez les patients HD.</p> <p><i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> Selon les auteurs, la problématique de la gestion de la pression sanguine par utilisation de techniques visant à augmenter l'efficacité personnelle est pertinente dans le mesure où :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'hypertension chez les patients HD contribue significativement à leur mortalité, morbidité (Denhaerynck & al., 2007 ; United States Renal Data system (USRDS), 2015)

	<ul style="list-style-type: none"> • La prévalence de l'hypertension incontrôlée chez les patients HD est de 60-70% (Davenport, Cox, & Thuraisingham, 2008) • L'hypertension est un facteur de risque modifiable chez la population HD. Une diminution de celle-ci permet de diminuer la morbidité et la mortalité de la population HD (Van Buren & Inrig, 2012) • Les stratégies visant à augmenter l'efficacité personnelle chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique sont souvent sous-développées ou non décrites (Welch & al., 2015) • Plusieurs études ont mis en évidence la corrélation positive existant entre l'efficacité personnelle et les comportements de self-care (John & al., 2013 ; Li & al., 2014) <p><i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> Bien que les auteurs n'aient pas émis de postulats sous-jacents à la problématique, ladite problématique s'inscrit dans un contexte pertinent pour la discipline infirmière dans la mesure où, comme le démontrent les auteurs en s'appuyant sur d'autres études, il est primordial que les patients HD puissent réguler leur pression sanguine. Or, plusieurs facteurs peuvent entraver un tel contrôle, et c'est sur ce point que les soignants peuvent intervenir par l'intermédiaire d'interventions éducatives.</p>
Recension des écrits	<p><i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> Oui, une recension des écrits a été entreprise et est structurée en fonction des concepts de l'hypertension, de l'efficacité personnelle et de l'autorégulation</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> En lien avec l'hypertension, les auteurs énoncent certains éléments en lien avec la prévalence, les coûts et les conséquences associés à l'hypertension chez la population HD ainsi que les raisons pour lesquelles une telle hypertension est présente dans cette population</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la morbidité et mortalité cardiovasculaire (Denhaerynck & al., 2007) • Pourcentage d'hypertension non-contrôlée chez les patients HD = 60-70% (Agarwal & al., 2003 ; Davenport & al., 2008) • Raisons de l'hypertension incontrôlée : Excès liquidien, excès de consommation de sel, faible compliance à la médication anti hypertensive, absence aux séances d'hémodialyse (Agarwal, 2011) <p>En lien avec les concepts d'efficacité personnelle et d'autorégulation, les auteurs recensent des études ayant fourni des indications sur l'impact de ces concepts sur la population HD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un haut score de sentiment d'efficacité personnelle est associé avec une amélioration du self-care et de la compliance à la médication (Curtin & al., 2008).

	<ul style="list-style-type: none"> • John & al. (2013) ont mis en avant une grande corrélation entre l'efficacité personnelle et la capacité à respecter les restrictions au niveau hydrique et au niveau alimentaire. • L'intégration d'éléments d'auto-régulation permet une diminution du gain de poids interdialytique (Howren & al., 2016). • Il existe une relation significative entre l'activité physique, l'efficacité personnelle, l'auto-régulation et les outcomes chez les patients HD (Patterson & al., 2014). <p><i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> Les auteurs présentent une revue de l'état de la littérature en lien avec leurs concepts. Ils mettent également en exergue certains constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La relation entre l'efficacité personnelle et les comportements de santé n'est pas claire et nécessite des investigations • Aucune étude n'a évalué la relation entre l'efficacité personnelle et les facteurs permettant de contrôler la pression sanguine. • Il est encore difficile de savoir si l'efficacité personnelle est un indice causal ou simplement corrélé de la performance. <p><i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i> Oui, la recension des écrits présente des sources primaires référencées.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> Les concepts mis en évidence et explicités par les auteurs sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'hypertension : Ce concept n'est pas défini, mais est circonscrit à la population HD et à l'impact que l'hypertension a sur cette population et les enjeux y relatifs. • L'efficacité personnelle : Dans un premier temps, les auteurs s'appuient sur la définition de Bandura (1982) pour définir ce qu'implique ce concept. L'efficacité personnelle est un prérequis important permettant la modification d'un comportement. Il s'agit de la confiance qu'a un individu à effectuer une certaine activité, et à réaliser celle-ci même quand des obstacles émergent. L'efficacité personnelle influence positivement les comportements de santé. Dans un second temps, les auteurs mettent en lien l'efficacité personnelle avec d'autres concepts que sont le self-care et l'autorégulation. <p><i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> Les concepts clés sont mis en lien avec le but de l'étude ainsi qu'avec les bases théoriques relatives à la théorie de Bandura (1982). De plus, en lien avec</p>

	<p>l'autorégulation, les interventions développées par les auteurs se basent sur la théorie de l'autorégulation selon laquelle, pour atteindre le comportement ciblé, un individu doit s'engager dans trois phases : self-monitoring, l'auto-évaluation de la performance et le renforcement/feed-back (Kanfer & Gaelick, 1986)</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Le but de l'étude est de déterminer si une intervention éducative d'autorégulation permet d'améliorer l'efficacité personnelle liée à la pression sanguine dans le groupe traité comparativement au groupe contrôle après douze semaines d'intervention. De plus, l'étude s'intéresse à savoir si une augmentation de l'efficacité personnelle peut être associée à une augmentation des outcomes et de la gestion de la pression sanguine</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> Trois hypothèses sont avancées par les auteurs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les patients HD recevant l'intervention auront un score d'efficacité personnelle plus élevé à la fin de l'intervention qu'au début. 2. Les patients HD recevant l'intervention auront un score d'efficacité personnelle après douze semaines plus élevé que les patients du groupe contrôle. 3. Les patients HD recevant l'intervention auront des outcomes améliorés après douze semaines comparativement aux patients du groupe contrôle. <p>Une question de recherche est posée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y'a-t-il une association entre les scores d'efficacité personnelle liés à la pression sanguine, les outcomes relatifs à celle-ci ainsi qu'avec la gestion de la pression sanguine au début et à la fin de l'étude. <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> Les hypothèses et la question de recherche sont pertinentes en regard de la recension des écrits dans le mesure où, comme l'ont mis en évidence les auteurs, la relation entre l'efficacité personnelle et les comportements de santé n'est pas claire et qu'aucune étude n'a évalué la relation existante entre l'efficacité personnelle et les différents facteurs impactant la gestion de la pression sanguine chez la population HD (compliance au régime alimentaire, compliance à la restriction hydro-sodée, compliance au traitement d'hémodialyse, etc.). L'expérience des participants, leurs croyances, valeurs ou perceptions ne sont pas mentionnées par les auteurs.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Les variables concernent les différents concepts précisés dans le cadre de recherche. Il s'agit :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Du score d'efficacité personnelle • Des outcomes relatifs au self-care associé à la pression sanguine. Ces outcomes sont mesurés par <ul style="list-style-type: none"> ○ Le poids interdialytique ○ La consommation de sodium ○ La compliance à la médication ○ Le contrôle de la pression sanguine ○ Adhérence aux séances d'hémodialyse <p><i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> Les questions s'appuient sur le cadre de recherche et également sur les bases philosophiques liées à l'efficacité personnelle comme facteur de changement positif influençant les comportements de santé ainsi que le définit Bandura (1982)</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><i>La population visée est-elle définie de façon précise ?</i> La population n'est pas précisément décrite mais en analysant les divers critères d'exclusion / inclusion, il est possible d'en déduire que la population visée concerne des patients adultes hémodialysés depuis six mois ou plus.</p> <p><i>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i> L'auteur explicite la manière dont les différents participants ont été recrutés dans six unités de dialyse dans le sud-ouest du Michigan. Chacune des unités a été randomisée et incorporée soit au groupe contrôle (n=59= soit au groupe traité (n=59)</p> <p>Les critères d'inclusion sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients âgés de plus de 18 ans • Moyenne de la pression sanguine sur quatre semaines supérieure à 150/90 • Capacité de parler et de lire en Anglais <p>Les critères d'inclusions sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients hémodialysés depuis moins de 6 mois • Historique d'utilisation de drogues illicites • Historique de maladie mentale ou manque d'orientation dans les trois dimensions (spatio-temporelle et identité) • Dépression majeure • Problème de santé majeur (Cancer, HIV, etc.) • Non-participation à plus de deux séances d'hémodialyse sur un intervalle de quatre semaines. <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ?</i> Aucune donnée n'est présentée par les auteurs à ce sujet.</p> <p><i>La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des</i></p>

	<p><i>données ?</i> La méthode d'échantillonnage utilisée n'a pas permis d'ajouter des renseignements significatifs.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> La taille de l'échantillon a été déterminée par une analyse de puissance effectuée à l'aide du « G power ». Cette analyse a déterminé qu'un échantillon de 59 participants par groupe permettait de détecter une taille de l'effet moyenne avec une probabilité d'erreur alpha de 0,05.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> Oui, car les auteurs ont reçu l'approbation de l'Institutional Review Board d'une Université du Midwest des Etats-Unis pour leur étude. De plus, le consentement écrit de chaque patient a été requis et chaque patient a été informé en détails de l'étude et a eu l'opportunité de poser des questions concernant celle-ci.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> Les auteurs énoncent le fait qu'aucun préjudice n'a été commis durant l'étude et qu'il n'y pas eu de conséquences imprévues/involontaires.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> Le choix de devis de recherche quantitatif expérimental permet aux auteurs de combler les lacunes constatées lors de la recension des écrits et d'atteindre les différents buts fixés par les auteurs.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> Le devis de recherche, de part les variables utilisées et els données recueillies, a permis aux auteurs de répondre à leur question de recherche et d'invalider/valider les hypothèses posées.</p> <p><i>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-neutralité)</i> La véracité paraît assurée étant donné la validité des outils utilisés, bien qu'un outil ait été créé spécialement pour l'étude, celui-ci s'est basé sur un outil existant. L'applicabilité n'est pas assurée dans la mesure où les échantillons ne sont pas représentatifs de la population HD à l'échelle nationale des USA. La consistance semble présente de par la recension des écrits effectuée par les auteurs ainsi que par la concordance existante entre les résultats et l'interprétation de ceux-ci par les auteurs. Enfin, le principe de neutralité est respecté de part l'inexistence de conflits d'intérêts chez les auteurs ainsi que par l'explicitation précise des limites de l'étude.</p> <p><i>Y-a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> L'étude ainsi que la collecte des données s'est faite de Juin 2009 à Juillet 2010. Les auteurs mettent en avant à plusieurs reprises le fait que leur intervention n'était pas assez longue d'un point de vue temporel.</p>

Modes de collectes de données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> Les auteurs mentionnent chacun des outils utilisés en lien avec la variable concernée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le score d'efficacité personnelle relié à la pression sanguine a été mesuré par l'intermédiaire d'une échelle créée par les auteurs contenant 11 items (chaque item étant doté de 1 à 5 sur une échelle de type Likert). Cette échelle est adaptée d'une échelle originalement développée pour évaluer le score d'efficacité personnel en lien avec la gestion d'un diabète de type II (Bijl & al., 1999). L'échelle sert à évaluer la confiance du participant quant à sa capacité de participer à des comportements de santé relatifs à la pression sanguine. Un score élevé indiquant un sentiment d'efficacité élevé. • Le gain de poids interdialytique a été évalué chaque semaine en soustrayant le poids du patient post-HD au poids pré-HD de la séance suivante. Le gain moyen a été évalué par la prise de trois mesures sur une semaine et a été évalué en début et en fin d'intervention. • La consommation de sodium a été évaluée à l'aide d'un outil de type checklist comportant 16 items développé par Millar et Beard (1988). Cette liste a été modifiée par les auteurs pour refléter les aliments salés présent en Occident. Des scores élevés indiquant une grande consommation de sodium. • La compliance à la médication a été évaluée par l'échelle de Morisky au début de l'intervention et après 12 semaines. • La pression sanguine a été opérationnalisée par une moyenne de trois mesures pré-HD dans la semaine. Cette moyenne a été faite pendant 12 semaines. <p><i>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</i> La question de recherche est clairement référencée avant le chapitre de la méthode et est ré-abordée lors du chapitre des résultats.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> Les auteurs indiquent quand les outils ont été importés ou quand ils ont été créés pour l'étude. Les auteurs indiquent également les scores de validité de chacun des outils utilisés.</p> <p><i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> Excepté pour un outil, la procédure expérimentale utilise des outils déjà validés et considérés relativement fiables. Ces outils sont en concordance avec les variables évaluées. De ce fait, la procédure semble cohérente</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> Les questionnaires ont été administrés avant l'intervention et à la fin de celle-ci (après 12 semaines). L'étude</p>

	<p>ainsi que la collecte des données s’est faite de Juin 2009 à Juillet 2010.</p> <p><i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> Les auteurs mettent en évidence le fait qu’il n’y eu qu’une personne (PI = infirmière praticienne expérimentée dans le contexte de la néphrologie) qui a récolté les données des questionnaires ainsi que les données inhérentes à la pression sanguine et au gain de poids interdialytique.</p> <p><i>Si l’étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante?</i> L’intervention est référencée par les auteurs. L’intervention a été prodiguée par une infirmière praticienne ayant une grande expérience dans les soins auprès des patients HD. L’intervention comprend deux composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux sessions relatives à l’éducation en lien avec la pression sanguine. Ces sessions individuelles ont été d’une durée de 10-15 minutes. L’objectif prioritaire de la 1ère session était d’expliquer les causes d’hypertension dans le contexte HD et les facteurs de risque associés. Le 2ème but était d’identifier les objectifs relatifs à la pression sanguine et de décrire les interventions de self-care qui peuvent améliorer le contrôle de la pression sanguine. Les objectifs sont également décrits par les auteurs par des valeurs objectives relatives à la pression sanguine, la consommation de sodium, la consommation liquidienne et la compliance à l’hémodialyse et à la médication. Lors de la 2ème session, les participants ont reçu les différents moyens pour évaluer hebdomadairement la pression sanguine, la consommation de sodium et la consommation liquidienne. Chaque participant se devant de recueillir les valeurs tensionnelles 2x/jour et les questionnaires relatifs au sodium et à la consommation liquidienne 2x/semaine durant douze semaines. • Douze semaines de conseils reliés à l’auto-gestion des participants de leurs comportements en lien avec la pression sanguine. Chaque semaine, l’infirmier a rencontré chaque participant durant 10-15 minutes afin de revoir avec les patients les valeurs de la semaine, de répondre aux questions du patient, de renforcer les comportements déjà acquis par le patient et d’offrir des conseils relatifs à la résolution de problèmes concernant les comportements pas encore acquis.
<p>Analyse des données</p>	<p><i>Les méthodes d’analyse sont-elles décrites ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables démographiques ont été comparées pour déterminer l’efficacité du processus de randomisation. • Des analyses de variance (ANOVA) et de covariance (ANCOVA) ont été conduites pour contrôler les variables significativement différentes entre le groupe d’intervention et le groupe contrôle. (variables

	<p>démographiques, score d'efficacité personnelle, outcomes relatifs à la pression sanguine, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des analyses de corrélations ont été conduites pour investiguer la relation entre l'efficacité personnelle relative à la pression sanguine, les outcomes de self-care et les valeurs de pression sanguine. • Un niveau significatif a été considéré lorsque $p < 0,05$. • Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de la version 22 du SPSS. • <p><i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> Aucune indication concernant la prise en compte de facteurs pouvant influencer les résultats n'apparaissent dans le texte de l'étude.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> Les résultats sont présentés sous la forme de trois tableaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un tableau présente les variables démographiques. • Un tableau présente les résultats relatifs à la variance des scores d'efficacité personnelle, des outcomes et de la pression sanguine. • Un tableau présente la corrélation entre le score d'efficacité personnelle et les outcomes. <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Les résultats sont présentés sous la forme de paragraphes et sont mis en lien avec les hypothèses et la question de recherche formulées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultats liés aux variables démographiques : Les auteurs mettent en avant que les deux groupes n'étaient pas du tout équilibrés en lien avec différentes variables. <ul style="list-style-type: none"> ○ Groupe contrôle plus jeune, moins riche, exclusivement composés de participants d'origine afro-américaine, avait une pression diastolique moyenne plus élevée et présentait moins de comorbidités. • Hypothèse 1 et 2 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de différence significative en terme de scores d'efficacité personnelle entre les deux groupes. • Hypothèse 3 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pas de différence significative en lien avec la prise de poids interdialytique. ○ Pas de différence significative en lien avec la compliance à la médication même si le groupe d'intervention tend à une meilleure compliance. ○ Le groupe contrôle a significativement plus manqué de séance d'HD que le groupe d'intervention. ○ La question de la consommation de sel n'a pas pu être analysée chez le groupe d'intervention qui a

	<p>eu trop de difficulté à remplir les questionnaires (trop d'éléments à compléter)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Question de recherche : <ul style="list-style-type: none"> ○ Scores d'efficacité personnelle significativement corrélés à plusieurs outcomes parmi la population totale de l'étude. <p><i>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i> Les auteurs précisent qu'ils ont fait vérifier les données démographiques par les participants.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> La question de recherche ainsi que les hypothèses sont analysées en fonction des résultats. Les trois hypothèses posées par les auteurs se sont vues infirmées par les résultats. Les auteurs avancent plusieurs éléments d'interprétation pouvant expliquer cela.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les participants des deux groupes avaient de bons scores d'efficacité personnelle avant le début de l'intervention. • La durée de l'intervention n'est pas assez conséquente pour permettre à l'intervention mise en place d'augmenter l'efficacité personnelle. <p>Question de recherche : Les scores d'efficacité personnelle sont corrélés significativement à plusieurs outcomes relatifs au self-care que ce soit avant ou après les douze semaines d'intervention dans la population totale de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De hauts scores ont été corrélés à une diminution du poids interdialytique, à une diminution de la pression diastolique et à une diminution des traitements d'hémodialyse manqués par les patients. • Les scores d'efficacité personnelle ont été corrélés significativement à la compliance en lien avec la médication. <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> La corrélation entre les scores d'efficacité personnelle et les outcomes relatifs à la pression sanguine mis en avant par les auteurs est supportée par d'autres études ayant des résultats similaires (Aliasgharpour & al., 2012 ; Welch & al., 2015). En se basant sur d'autres recherches, les auteurs mettent en exergue le fait que des comportements passés ont plus d'impact que l'efficacité personnelle perçue sur les comportements actuels (Wingo & al., 2016). Ou encore que l'efficacité personnelle n'est pas un facteur causal de changement des comportements de santé, mais un facteur corrélé à d'autres facteurs comme l'autorégulation, etc. (Perkins & al., 2012).</p> <p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> Les auteurs mettent en évidence plusieurs limites à l'étude :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de randomisation n'a pas abouti sur la constitution de deux groupes similaires. En effet, les deux groupes se sont avérés significativement différents en lien avec plusieurs caractéristiques (âge, ethnie, revenu, pression diastolique de base et comorbidités) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Groupe de base : plus jeune, plus pauvre et entièrement constitué de personnes afro-américaines • Une autre limitation à l'étude est la composition de l'échantillon total de l'étude (86% d'Afro-Américains) qui ne reflète pas la composition de la population américaine hémodialysée (35% d'Afro-Américains) • Durée trop courte de l'intervention • Complexité de l'intervention jugée trop éprouvante par un certain nombre de participants • Malgré la validité de l'outil de mesure du score d'efficacité personnelle, les auteurs émettent l'hypothèse que cet outil n'était pas fiable pour leur étude sans forcément donner d'arguments dans ce sens. <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> Oui, car les auteurs considèrent que, selon leurs résultats, ils ne peuvent pas tirer de conclusions quant à l'efficacité de l'intervention mise en place sur l'amélioration de l'efficacité personnelle. Cependant, les auteurs tirent la conclusion que l'efficacité personnelle est associée aux outcomes chez les patients HD.</p> <p><i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> En lien avec la composition de l'échantillon, les auteurs stipulent que d'autres études contenant un échantillon plus représentatif de la population américaine HD doivent être menées afin de pouvoir généraliser leur conclusion</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i></p> <p>Les auteurs considèrent, à la vue des résultats de leur étude, que les interventions infirmières ne doivent pas uniquement se concentrer sur le fait d'augmenter l'efficacité personnelle des patients. Les auteurs estiment qu'il est nécessaire de prendre en compte la possibilité que les patients peuvent augmenter leur adhérence à des comportements de santé sans avoir à d'abord augmenter leur efficacité personnelle. De ce fait, il peut s'avérer plus pertinent d'amener les patients à adopter des habitudes de self-care plutôt que de simplement augmenter leur efficacité personnelle.</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> Les auteurs font les recommandations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'autres études doivent être menées pour investiguer la relation entre l'efficacité personnelle, les habitudes de vie,

	<p>l'autorégulation et outcomes relatifs au self-care chez les patients hémodialysés.</p> <ul style="list-style-type: none">• En lien avec les multiples limitations observées par les auteurs quant à leur étude, ils donnent leur avis sur ce qui peut être amélioré lors de futures études :<ul style="list-style-type: none">○ Augmenter la durée de l'intervention○ Faire en sorte d'avoir deux groupes de composition similaire lors du processus de randomisation○ S'assurer que l'échantillon soit représentatif de la population HD du pays.
--	---

The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: A randomized controlled trial

Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., & Rouzbeh, J.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> Les concepts clés sont mis en évidence. Il s'agit de l'empowerment, l'efficacité personnelle et la qualité de vie. La population concerne les patients hémodialysés (Ci-après HD)
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> Le résumé est clairement scindé et comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La problématique : Plusieurs facteurs de stress ont un impact négatif sur la santé des patients HD • Le but de l'étude est d'évaluer l'impact d'un programme d'empowerment auprès de patients HD sur plusieurs variables (efficacité personnelle, qualité de vie, etc.) • La méthode : Etude randomisée contrôlée (n = 48). Groupe contrôle de 24 patients et groupe expérimental de 24 patients. • Les résultats : Différences significatives entre le groupe contrôle et le groupe expérimental en lien avec plusieurs variables (scores d'efficacité personnelle, réduction du stress, prise de décision, qualité de vie, etc.) • Le résumé ne comporte pas de discussion mais les auteurs concluent par le fait que leur étude démontre les effets positifs d'un programme d'empowerment sur les patients HD
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> Il s'agit d'étudier les effets de l'empowerment, concept mis en avant et défini par les auteurs par plusieurs sources.</p> <p><i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> En lien avec les connaissances actuelles, les auteurs mettent en avant que peu d'études ont été menées en lien avec l'empowerment et la population HD. De plus, la plupart des études menées sur le sujet sont d'ordre descriptives ou corrélationnelles. De ce fait, le phénomène de l'empowerment appliqué auprès de la population HD est pertinent.</p> <p><i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> Ce phénomène est significatif pour la discipline car comme le stipulent les auteurs, diverses interventions peuvent être mises en place dans le cadre d'un programme</p>

	<p>d'empowerment. Les postulats sous-jacents ne sont pas clairement explicités, mais les auteurs mettent en avant le fait qu'en fonction des patients, de leur âge, de leurs comorbidités, de leur support social, de leurs caractéristiques et du caractère unique de chaque relation infirmier-patient, un programme d'empowerment unifié n'est pas prescrit et nécessite d'être adapté.</p>
Recension des écrits	<p><i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> Les auteurs se basent sur plusieurs études pour circonscrire l'empowerment ainsi que pour argumenter en quoi il est pertinent de mettre ce concept en lien avec la population HD.</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> Pour commencer, la recension faite met en évidence la prévalence des problèmes de santé chez la population HD et la difficulté de cette population à gérer ses problèmes. La recension met en avant les effets positifs de l'empowerment sur la population HD, plus précisément sur l'efficacité personnelle, l'auto-soin, les symptômes de dépression, les symptômes physiques, le support social et la qualité de vie. Cependant, cette même recension met en exergue le manque de littérature suffisante concernant l'efficacité des programmes d'empowerment auprès cette population.</p> <p><i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> Les auteurs circonscrivent les connaissances actuelles sur la population HD et sur l'utilisation de l'empowerment auprès celle-ci.</p> <p><i>La recension présente t'elle des sources primaires ?</i> Des sources primaires sont présentées par les auteurs et sont reportées dans les annexes.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> Le concept de l'empowerment est mis en évidence et défini par les auteurs. De plus, le concept est justifié dans la mesure où celui-ci est en lien direct avec la problématique identifiée par les auteurs et par le but de leur étude. Les autres concepts que sont la qualité de vie ainsi que l'efficacité personnelle sont moins développés par les auteurs et moins bien définis.</p> <p><i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> Le concept clé de l'empowerment s'inscrit dans un cadre de référence dans la mesure où celui-ci est très développé par l'intermédiaire de la recension des écrits. Les bases théoriques et philosophiques de l'étude sont explicitées et correspondent à l'étude dans la mesure où les auteurs tiennent à étoffer la littérature actuelle et souhaitent apporter des résultats basés sur une méthodologie appropriée.</p>

Buts et question de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Le but est clairement défini par les auteurs. Il s'agit pour eux d'investiguer les effets de l'empowerment sur l'efficacité personnelle, la qualité de vie et diverses variables de laboratoires /variables cliniques sur un groupe de patients Iraniens atteints d'insuffisance rénale chronique terminale.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> Les auteurs ne présentent pas de questions de recherches ni d'hypothèses clairement définies.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> Il n'y a pas de questions de recherches ou d'hypothèses. Cependant, le but de l'étude découle de la recension des écrits. L'expérience, les valeurs, les croyances et les perceptions des participants ne sont pas abordées par les auteurs.</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Les variables reflètent les concepts dans la mesure ou :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables primaires sont : la qualité de vie et l'efficacité personnelle. • Les variables secondaires sont : le poids interdialytique, la pression sanguine et divers résultats de laboratoire.
METHODE	
Population et échantillon	<p><i>La population visée est-elle définie de façon précise ?</i> La population visée correspond à des patients en insuffisance rénale chronique terminale hémodialysés depuis au moins 3 mois.</p> <p><i>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i> La population a été recrutée sur une période de trois mois au Centre de dialyse de Boo-Ali Sina en Iran. Le recrutement de la population s'est faite par contact direct lors des séances d'hémodialyse.</p> <p>Les critères d'inclusion de l'étude sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients en insuffisance rénale chronique terminale hémodialysés depuis au moins 3 mois • Agés de 18-60 ans • Vivant à domicile • Capables de lire et écrire • Sans troubles cognitifs ou psychiatriques • Volontaires pour participer à l'étude <p>50 patients ont été sélectionnés et répartis selon une randomisation simple soit dans le groupe contrôle (n=25), soit dans le groupe expérimental (n=25). Cependant, 2 patients n'ont</p>

	<p>pu continuer de participer au groupe contrôle (changement de centre et transplantation). Ainsi, la population totale de l'étude est $n = 48$.</p> <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</i> Les auteurs n'ont pas envisagé de méthode pour accroître leur échantillonnage. Cependant, ils ont conscience de la faible représentativité de leur échantillon.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> Les auteurs justifient la taille de leur échantillon en se basant sur une autre étude. Selon les auteurs, leur base statistique est suffisante (80%) pour déterminer des différences significatives entre le groupe contrôle et le groupe expérimental.</p>
Considérations éthiques	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> Oui, car l'approbation pour mener cette étude a été obtenue auprès de Comité d'Éthique de l'Université de Sciences Médicales de Shiraz. De plus, le consentement écrit de chaque patient a été requis et chaque patient a été informé par rapport au but et à la démarche de l'étude. Le caractère confidentiel de l'étude a été communiqué. Enfin chaque patient a été assuré de la possibilité d'arrêter de participer à l'étude, et ce sans que cela se répercute sur la suite de la prise en charge thérapeutique.</p> <p><i>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</i> Oui, étant donné le consentement requis ainsi que la liberté de chaque patient de poursuivre ou non sa participation à l'étude à tout moment.</p>
Devis de recherche	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> Le devis de recherche quantitatif a permis de mesurer l'effet d'un programme d'empowerment sur différentes variables déjà mentionnées plus haut. De plus les outils de collecte de données utilisés servent à évaluer les variables étudiées que sont l'autosoin, l'efficacité personnelle, la qualité de vie, la pression sanguine et le poids interdialytique.</p> <p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> Les auteurs n'ont pas formulé de question de recherche, mais le devis de recherche quantitatif permet d'atteindre d'appréhender les concepts mis en évidence dans la problématique.</p> <p><i>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-Applicabilité-Consistance-Neutralité)</i> La véracité semble présente de par l'utilisation d'outils de collecte de données validés</p>

	<p>et adaptés par les auteurs à leur étude. L'applicabilité n'est pas mise en avant par les auteurs de par l'échantillonnage limité lié à leur étude. La véracité de l'étude est corroborée par l'utilisation d'outils déjà validés et utilisés par d'autres auteurs. La consistance est respectée de par la recension des écrits effectuée. Enfin, la neutralité est respectée car les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts et mettent en avant les limites de leur étude.</p> <p><i>Y'a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> Les interventions ont été menées sur six semaines auprès des différents groupes. La collecte des données s'est également poursuivie à six semaines après la dernière intervention.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auto-soin et l'efficacité personnelle ont été évalués à travers l'adaptation du questionnaire Strategies used by people to promote health (SUPPH). Ce questionnaire investigate les attitudes positives, le stress et le processus de décision. • La qualité de vie a été évaluée à travers un questionnaire développé par Carl Estwing Ferrans et Marjorie Powers. Ce questionnaire évalue d'une part le degré de satisfaction relatif à divers aspects de la vie et d'autre part l'importance de ces aspects. • Les valeurs de la pression sanguines ont été recueillies selon le protocole universitaire utilisé dans le centre. • La valeur du poids interdialytique a été obtenue par la moyenne des résultats obtenus lors trois sessions d'hémodialyse consécutives. <p><i>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?</i> Les questions de recherches n'ont pas été définies par les auteurs.</p> <p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> Comme écrit précédemment, les instruments de l'étude ont été importés. Cependant, les auteurs les ont fait traduire et les ont adaptés à leur étude.</p> <p><i>La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ?</i> La procédure expérimentale utilise des outils déjà validés et considérés fiables. Ces outils sont en concordance avec les variables évaluées. De ce fait, la procédure semble cohérente.</p>
Conduite de la recherche	<p><i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> Les données ont toutes été recueillies dans le même centre, un centre affilié à l'Université de Sciences Médicales de Shiraz, selon les standards et les protocoles de l'université. Pas d'autres données ne sont mentionnées par les auteurs.</p>

	<p><i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> Les participants des deux groupes d'étude ont dû remplir deux questionnaires sous la supervision d'une infirmière. La prise de la tension a été assurée par une seule et même infirmière expérimentée.</p> <p><i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</i> L'intervention est présentée par les auteurs. Le groupe expérimental a participé à un programme d'empowerment de six semaines composé de quatre sessions individuelles et de deux sessions de groupe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durant les sessions individuelles, les patients ont été accompagnés dans le développement de compétences nécessaires en lien avec la mise en place d'objectifs et la résolution de problèmes. L'évaluation des besoins éducationnels a été menée au travers de dix aspects : condition médicale, relation avec la famille et les amis, problèmes associés au travail, l'école et l'assurance, alimentation, futur, émotions, responsabilités, style de vie, activités de la vie quotidienne et relation avec l'équipe soignante. Une mise en place d'objectifs a été élaborée entre le patient et l'infirmier consacré par un contrat écrit. Les objectifs ont été mis en place par rapport aux priorités du patient. De plus, un suivi téléphonique dont la durée et la fréquence sont indéterminées a été effectué pour faciliter l'implication des patients dans le programme d'intervention. • L'intervention de groupe a été conduite par une infirmière en psychiatrie durant des sessions de 1,5-2h. Ces sessions se sont focalisées sur la gestion du stress, les stratégies de coping, le support social et la motivation. Des exercices de relaxation ont été pratiqués et une bande son comprenant une musique permettant la relaxation a été remise aux patients. <p>Le groupe de contrôle, lui, a reçu le traitement usuel.</p>
Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> Les méthodes d'analyse statistiques sont référencées par les auteurs. Le SPSS v11.5 a été utilisé pour analyser les différentes statistiques, pourcentages, moyennes, etc.</p> <p>Les données relatives à la qualité de vie ont été analysées en se basant sur le guide de Ferrans et Power qui comprend quatre étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recoder les scores de satisfaction • Pondérer les réponses avec l'importance associée aux dites réponses • Obtenir la somme préliminaire des scores totaux • Obtenir les scores totaux finaux <p>De là découlent les niveaux de scores suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorable (score entre 20 et 30) • Relativement favorable (score entre 10 et 19) • Défavorable (score entre 0 et 9)

	<p><i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> Les auteurs ne mettent pas en évidence des facteurs pouvant influencer les résultats.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un tableau présente les variables démographiques. • Un tableau est consacré aux résultats relatifs à l'efficacité personnelle et à la qualité de vie. • Un tableau présente les résultats reliés aux différents indicateurs cliniques. <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Concernant les effets d'interventions sur la qualité de vie et sur l'efficacité personnelle, une différence significative a été observée entre les deux groupes d'étude en terme de réduction du stress, de processus de décision, et de score d'efficacité personnelle et de qualité de vie. Une différence significative a été également observée entre les deux groupes d'étude concernant les valeurs de la pression sanguine et du poids interdialytique.</p> <p><i>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i> Les auteurs ont fait évaluer leurs analyses statistiques par une tierce personne. Cependant, la qualité de cette personne n'est pas précisée. Les auteurs ne mentionnent pas d'autres évaluations concernant les données.</p>
<p>DISCUSSION</p>	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> Les résultats ont été interprétés de façon à identifier l'impact que peut avoir un programme d'empowerment sur l'auto-soin, l'efficacité personnelle, la qualité de vie et divers indicateurs cliniques chez les patients HD</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> Les résultats significatifs observés chez le groupe expérimental sont associés à d'autres études ayant suggéré l'impact positif de l'empowerment sur la qualité de vie, le processus de décision, l'auto-soin et la gestion des problèmes liés à la maladie chez les patients HD (Curtin & al., 2004 ; Heidari & al., 2007). Toutes ces améliorations sont associées au concept d'efficacité personnelle. Les résultats liés aux scores d'efficacité personnelle sont également mis en concordance avec des résultats d'une autre étude suggérant que de tels scores sont suffisants pour occasionner un changement dans la qualité de vie chez les patients souffrant de maladie chronique (Norman & al., 2003). Les résultats liés au maintien de la pression sanguine chez le groupe expérimental sont également corroborés par une autre étude (Baraz et al., 2006).</p>

	<p>Enfin, concernant le fait que le groupe expérimental s'est vu avoir un plus bas poids interdialytique, ces résultats concordent également avec les résultats d'autres études (Kugler et al., 2011)</p> <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> En lien avec les différentes variables, ce sont les différences de valeurs entre le groupe contrôle et le groupe expérimental qui justifient l'interprétation des résultats de la part des auteurs. Concernant l'efficacité personnelle, le groupe expérimental a eu des scores plus élevés que le groupe test. Les auteurs pensent que ces résultats sont liés au support individuel offert aux patients en lien avec la gestion des problèmes. Comme pour l'efficacité personnelle, les scores de qualité de vie se sont vus significativement plus élevés chez le groupe expérimental. Les auteurs pensent que ces résultats sont également induits par le programme d'empowerment.</p> <p>Concernant les valeurs de la pression sanguine, le groupe expérimental a maintenu ses valeurs alors que le groupe contrôle non. Pour le poids interdialytique, le groupe expérimental a diminué son poids alors que le groupe contrôle non. Les auteurs considèrent également que cela est relatif à l'impact du programme d'empowerment.</p> <p>Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant les valeurs sanguines hormis en ce qui concerne les valeurs d'hémoglobine. Les auteurs mettent cela en lien avec des changements alimentaires ayant pu être opérés dans le groupe expérimental par rapport aux diverses interventions.</p> <p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> Les auteurs identifient les limites suivantes à leur étude : l'échantillon de population est trop faible et de ce fait les conclusions de l'étude ne peuvent être définitives.</p> <p><i>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ?</i> Les conclusions découlent effectivement des résultats de l'étude.</p> <p><i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> Les auteurs n'évoquent pas le caractère transférable de leurs conclusions.</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> En lien avec l'objectif de l'étude, les auteurs démontrent qu'une combinaison d'interventions d'empowerment individualisées et de groupe améliore l'efficacité personnelle, la qualité de vie et certains signes cliniques chez les patients HD. Les auteurs font dès lors remarquer qu'un programme d'empowerment est une intervention qui devrait être considérée dans les centres d'hémodialyse. Concernant la discipline infirmière, les auteurs indiquent que les interventions infirmières doivent être basées sur une approche compréhensive et individualisée du patient et des complications physiques, psychiques, sociales et cognitives qu'il peut vivre.</p>

	<p><i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> Les recommandations faites par les auteurs pour de futures études sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Augmenter la taille de l'échantillon.• Evaluer l'effet de programme d'empowerment sur une plus longue durée.
--	---

Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial

Wong, F. K. Y., Chow, S. K. Y., & Chan, T. M. F.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p><i>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?</i> Le titre comprend les concepts suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme de gestion de la maladie mené par des infirmiers • Maladie rénale chronique <p>La population n'est pas clairement spécifiée, figure uniquement la notion de maladie rénale chronique.</p>
Résumé	<p><i>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</i> Le résumé est structuré et comprend les parties suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problématique : les patients en état d'insuffisance rénale terminale requièrent un traitement de dialyse et une adhérence stricte aux différentes modalités du traitement. Cependant, la non-compliance est commune chez les patients atteints de maladies rénales chroniques. • Objectif : Evaluer si un programme de gestion de la maladie améliore différents outcomes chez le groupe expérimental comparativement au groupe contrôle. • Méthode : Etude randomisée contrôlée • Résultats : Différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle en lien avec plusieurs variables. • Conclusion : Cette étude, par son modèle innovant (implication combinée d'infirmier spécialisés et d'infirmiers généralistes) a démontré l'amélioration de plusieurs outcomes chez les patients. (compliance au régime, au traitement, certains aspects de la qualité de vie, etc.).
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p><i>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ?</i> Les auteurs ont pour but d'investiguer, si une approche par gestion de la maladie auprès de patients ayant une maladie rénale chronique peut améliorer les outcomes de santé chez ceux-ci.</p> <p><i>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?</i> Les auteurs s'appuient sur plusieurs études pour déterminer la pertinence de leur problématique. Selon les auteurs, la population atteinte d'insuffisance rénale chronique est une population très fragile de par plusieurs facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perturbation du style de vie • Expérimentation de symptômes en continue • Stress élevé

	<ul style="list-style-type: none"> • Haut taux d'hospitalisation <p>De plus comme le font remarquer les auteurs, la compliance des patients à leur traitement est particulièrement importante de par la dépendance de cette population à des moyens artificiels pour maintenir la vie.</p> <p><i>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</i> Les auteurs ne mentionnent pas de postulats sous-jacents particuliers. Ils mettent cependant indirectement en exergue le sens de cette problématique en lien avec les impacts positifs des programmes de gestion de la maladie qui ont été démontrés par plusieurs études s'étant focalisées sur d'autres maladies chroniques (diabète, etc.). La volonté des auteurs est de pouvoir transposer un tel programme à la population insuffisante rénale chronique.</p>
Recension des écrits	<p><i>Une recension a-t-elle été entreprise ?</i> Les auteurs ont mené une vaste recension des écrits en lien avec la population atteinte d'insuffisance rénale chronique terminale ainsi qu'en lien avec les programmes de gestion de la maladie.</p> <p><i>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?</i> La synthèse faite par les auteurs comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une partie concernant les problèmes que rencontrent la population insuffisante rénale chronique ainsi que les enjeux relatifs à cette population de patient. <ul style="list-style-type: none"> Problèmes <ul style="list-style-type: none"> ○ Perturbation du style de vie, expérimentation de symptômes en continue, stress élevé (Polaschek, 2003) ○ Taux d'hospitalisation élevé (Wong et Chung, 2006) ○ Pauvre qualité de vie (Lindqvist et Sjoden, 1998) ○ Non-compliance des patients à certaines modalités de traitement (Pang & al., 2001 ; Christensens et Ehlers, 2002) Enjeux <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorer la gestion des symptômes (Wong et Chung, 2006) ○ Changer certains comportements dans le but de parvenir à des comportements de santé (Christensens et Ehlers, 2002) • Une partie se focalise sur les programmes de gestion de la maladie <ul style="list-style-type: none"> ○ Importance de la mise en place d'interventions de self-management et de la collaboration soignant-patient pour arriver à des outcomes positifs. ○ Impact positif des programmes de gestion de la maladie en lien avec d'autres maladies chroniques (Norris & al., 2002 ; Wong & al., 2005)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Travaux exploratoires en lien avec la population insuffisante rénale (Holland, 1998 ; Nissenson, 2002) mais pas d'étude expérimentale. <p><i>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</i> La recension faite par les auteurs donne un aperçu de plusieurs particularités liées aux concepts. La revue de ceux-ci est présentée de manière construite. Dans son ensemble celle-ci semble présenter une consistance suffisante pour l'étude. A noter cependant les dates de certaines références qui datent de plus d'une dizaine d'année.</p> <p><i>La recension présente-t-elle des sources primaires ?</i> Les auteurs présentent et références des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p><i>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</i> Le concept du programme de gestion de la maladie chronique est défini et mis en relation avec des caractéristiques de base identifiées dans d'autres études. Ces caractéristiques ont été résumées en quatre item (Wong & al., 2005,2008) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compréhension : évaluation systématique du patient au niveau bio-psycho-social et anticipation des besoins de santé du patient. • Collaboration et Coordination: Concerne autant la collaboration interdisciplinaire au sein de l'équipe soignante (néphrologues, infirmiers, diététiciens, etc.) que la collaboration entre les soignants et le patient. En effet, le patient doit être impliqué en tant que partenaire actif de sa prise en charge. • Continuité : Elle implique des soins sur une base régulière, active. La continuité doit être également assurée par un suivi. <p><i>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ?</i> Comme mentionné plus haut, le concept de programme de gestion tel qu'envisagé par les auteurs se base sur un cadre plus large lié audit concept. La finalité relative à ce concept est d'habiliter le patient à prendre la responsabilité et les décisions pour sa propre santé, ce en lien avec sa maladie chronique. Cette finalité est bien liée au but de l'étude qui est de d'investiguer les effets positifs d'un programme sur certains comportements de santé. Aucun autre ancrage théorique n'est explicité par les auteurs.</p>

Buts et question de recherche	<p><i>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</i> Comme déjà mentionné, les auteurs ont pour but d'investiguer si, une approche par gestion de la maladie auprès de patients ayant une maladie rénale chronique peut améliorer les outcomes de santé chez ceux-ci.</p> <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?</i> La question de recherche est énoncée sous forme déclarative. Les auteurs se sont demandés si le groupe recevant le programme de gestion de la maladie aurait des différences d'outcomes par rapport au groupe contrôle concernant les variables suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-adhérence • Qualité de vie • Satisfaction des soins • Symptômes et gestion des complications • Utilisation des soins de santé <p><i>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</i> La question de recherche dénote des différents enjeux circonscrits par la recension des écrits (qualité de vie, gestion des symptômes, etc.) et est intimement liée au but de l'étude. En effet, il s'agit pour les auteurs d'évaluer la survenue d'impacts positifs d'un programme de gestion de la maladie auprès de patients atteints d'insuffisance rénale terminale</p> <p><i>Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ?</i> Les variables reflètent indirectement le concept du programme de gestion de la maladie dans la mesure où les variables définies par les auteurs ont pour but de d'identifier l'impact d'un tel programme sur différents aspects de la vie/prise en charge des patients.</p> <p><i>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?</i> La question de recherche s'appuie uniquement sur le cadre conceptuel relié au programme de gestion de la maladie</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><i>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</i> La population concerne les patients recevant de la dialyse péritonéale continue ambulatoire, se rendant régulièrement dans leur centre de dialyse pour un suivi. Pour pouvoir être inclus chaque participant doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etre apte à la communication • Etre alerte et orienté • Pouvoir être atteignable par téléphone à domicile • Vivre à proximité d'un hôpital en service

	<p>Les critères d'exclusion sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir un traitement de dialyse péritonéale intermittente ou un traitement d'hémodialyse • Etre résident dans une maison de retraite <p>Les auteurs ne spécifient pas la manière dont les participants ont été abordés ni les critères de sélections des sites. Les auteurs indiquent simplement que deux centres du rein ont été retenus parmi un groupe d'hôpitaux de Hong Kong.</p> <p>Le processus de randomisation est explicité par les auteurs. 120 participants ont été randomisés soit dans le groupe contrôle soit dans le groupe d'intervention. Cependant, de par divers facteurs (perte du suivi, mort, transplantation, hospitalisation) la population finale de l'étude est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe d'intervention : n=49 • Groupe contrôle : n=49 <p><i>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ?</i> Les auteurs ne spécifient pas d'autres méthodes pour accroître la représentativité de l'échantillon ni de données concernant l'ajout de renseignements significatifs.</p> <p><i>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</i> Afin de déterminer leur échantillon, les auteurs se sont basés sur les données recueillies par Wong & Chung's (2006) lors d'une étude consacrée aux complications de la maladie et aux comportements de santé chez des patients traités par dialyse péritonéale. Cette étude a eu un échantillon de 94 participants en se basant sur l'outil nQuery Advisor 4.0 (Elashoff, 2000). Ainsi le design de cette étude est parvenu à 80% de puissance de test entre le groupe contrôle et le groupe test. Les auteurs argumentent la taille de leur échantillon en se référant également à une étude (Wong & al., 2005) s'intéressant à la compliance de patients diabétiques. Etude ayant atteint 80% de puissance également.</p>
Considérations éthiques	<p><i>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ?</i> Les auteurs ont reçu l'approbation éthique par l'Université polytechnique de Hong Kong et par l'Hôpital Queen Elizabeth. Aucune information n'est donnée par les auteurs concernant les moyens de protection des patients (protection des données, consentement écrit, etc.).</p>
Devis de recherche	<p><i>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</i> Le choix de devis de recherche quantitatif expérimental permet aux auteurs de combler les lacunes constatées lors de la recension des écrits et d'atteindre le but fixé par les auteurs. La méthode de recherche permet l'intégration des outils choisis par les auteurs pour recueillir les données.</p>

	<p><i>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ?</i> Le devis permet d'investiguer la question de recherche posée par les auteurs dans la mesure où les données recueillies vont permettre, une fois analysée, de répondre à l'interrogation des auteurs quant à l'impact positif du programme de gestion de la maladie en lien avec différents outcomes chez le groupe expérimental comparativement au groupe contrôle.</p> <p><i>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-neutralité)</i> La véracité semble respectée de par l'utilisation d'outils de récolte de données validés. Le principe d'applicabilité, lui, semble compromis dans la mesure où la population visée est très restreinte et ne permet pas une généralisation des résultats selon les auteurs. La consistance semble présente de par la vaste recension des écrits effectuée par les auteurs ainsi que par la concordance existante entre les résultats et l'interprétation de ceux-ci par les auteurs. Enfin, le principe de neutralité est présent étant donné l'inexistence de conflits d'intérêts chez les auteurs ainsi que la mise en avant des limites de l'étude.</p> <p><i>Y-a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ?</i> L'intervention a eu lieu sur six semaines. Les auteurs estiment cela suffisant en se basant sur une étude de Brooten & al. (2003) qui indique qu'une telle période est suffisante pour amener des effets thérapeutiques. Les données ont été recueillies jusqu'à sept semaines après l'intervention.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ?</i> Les différents outils sont décrits par les auteurs et mis en relation avec les différentes variables évaluées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-Compliance : L'instrument pour mesurer la non-compliance a été importé et modifié depuis le Dialysis diet and fluid non-adherence questionnaire (DDFQ) développé en Belgique. A ce questionnaire ont été ajoutés des items liés à la non-adhérence à la dialyse et à la médication. Ainsi, le questionnaire aborde 4 items et les patients doivent mesurer la fréquence et l'intensité leur adhérence. • Qualité de vie : L'outil utilisé a été le Kidney Disease Quality of Life, un outil développé par Hays & al. (1994) inspiré du SF-36. Cet outil a été traduit en Chinois pour les besoins de l'étude. • Satisfaction des soins : Les auteurs ont utilisé le La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (Munro & al., 1994). Un outil comportant 28 items et traduit en Chinois pour les besoins de l'étude. • Symptômes et contrôle des complications : Les symptômes, complications ont été validés en fonction des informations données par les participants. Aucun outil particulier n'a été utilisé hormis les résultats de laboratoires pour évaluer la présence ou non de complications (urée, créatinine, sodium, potassium, etc.)

	<p><i>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ?</i> Comme dit plus haut, les auteurs spécifient que leurs outils sont importés. Ils indiquent également le degré de validité de chacun des outils utilisés.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p><i>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ?</i> La récolte des données s'est effectuée à trois moments :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant le début de l'intervention (O1) • A sept semaines après le début de l'intervention (O2) • A treize semaines après le début de l'intervention (O3) <p>Autrement, aucune information n'est donnée par les auteurs concernant le processus de collecte des données.</p> <p><i>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ?</i> Les auteurs indiquent que l'assistant de recherche ayant récolté les données auprès des participants n'avaient pas d'association avec le service de clinique et n'avait pas connaissance des groupes dans lesquels figuraient les participants lors de la récolte des données. Cette précaution a eu pour but de diminuer le risque de biais.</p> <p><i>Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ?</i> Le groupe contrôle a reçu les soins de base comportant des instructions quant à la médication et des conseils de santé « basiques ».</p> <p>Le groupe d'intervention a reçu le programme de gestion de la maladie pendant six semaines. Ce programme a été administré par des infirmiers spécialisés en néphrologie et des infirmiers généralistes. Ces deux professionnels ayant suivi un programme d'entraînement relatif à l'intervention. L'intervention en elle-même s'est effectuée au travers d'un suivi téléphonique hebdomadaire (l'appel ne devait pas respecter une limite de temps particulière). L'échange téléphonique devait intégrer les étapes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation de l'infirmier et question à l'attention du patient concernant son état de santé général • Evaluer les préoccupations de santé spécifiques du patient, renforcer les comportements de santé de self-management présents chez le patient, évaluer les besoins de conseil, soutien du patient • Evaluer les objectifs de santé avec le patient et établir des objectifs mutuels. • Terminer l'appel avec des mots d'encouragement et programmer le moment du prochain appel (si cela semble approprié à ce moment) <p>La première et la dernière intervention téléphonique ont été menées par l'infirmier en néphrologie alors que les quatre autres ont été menées par l'infirmier généraliste.</p>

Analyse des données	<p><i>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ?</i> Les données ont été analysées en utilisant le Test Chi², ainsi que le t-test afin de comparer les caractéristiques du groupe contrôle et celles du groupe d'intervention.</p> <p>Les auteurs ont également utilisé l'outil ANOVA pour mesurer les effets entre groupe (contrôle vs d'intervention), les effets au sein des groupes ainsi que les interactions (groupe x temps).</p> <p>Toutes les données ont été analysées en utilisant le SPSS 11.1</p> <p><i>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ?</i> Les auteurs ne mentionnent pas la prise en compte de facteurs potentiels d'influence des résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ?</i> Les résultats sont présentés par l'intermédiaire de deux tableaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un tableau en lien avec les mesures de la non-compliance • Un tableau en lien avec l'évaluation de la qualité de vie <p><i>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ?</i> Les résultats relatifs à chacune des variables sont résumés et présentés sous la forme de sous-chapitre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-compliance <ul style="list-style-type: none"> ○ Au régime : Les deux groupes ont manifesté une amélioration, mais une différence significative a été constatée à O2 entre le groupe contrôle et le groupe d'intervention indiquant une meilleure adhérence. ○ A la restriction hydrique : Les deux groupes ont manifesté une amélioration sans différence significative entre les groupes. ○ A la médication : Les deux groupes ont manifesté une amélioration sans différence significative entre les groupes. ○ Au traitement de suppléance de la fonction rénale : Les deux groupes ont manifesté une amélioration. Le groupe d'intervention a fait des progrès significatifs à O3 en comparaison avec le groupe contrôle. • Qualité de vie <ul style="list-style-type: none"> ○ Différence significative entre les deux groupes (amélioration chez le groupe d'intervention) concernant deux items : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité du sommeil ▪ Nombre de symptômes ○ Autrement, plusieurs différences sont apparues entre les deux groupes (amélioration chez le groupe d'intervention) en lien avec d'autres items sans être significatives.

	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des soins <ul style="list-style-type: none"> ○ A O2, le groupe d'intervention a montré un degré de satisfaction significativement plus élevé que le groupe contrôle. La significativité ne s'est pas répétée à O3. • Symptôme et contrôle des complications <ul style="list-style-type: none"> ○ Aucune différence significative n'a été repérée entre les groupes concernant les valeurs sanguines et le contrôle des symptômes. <p><i>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ?</i> Aucune indication n'est donnée par les auteurs concernant une évaluation des données par les participants ou des experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p><i>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</i> Les résultats sont mis en lien avec le cadre de recherche dans la mesure où ceux-ci font directement référence à l'impact des interventions mises en place dans le cadre du programme de gestion de la maladie sur les différentes variables analysées. Cependant, il est à noter que les auteurs ne répondent pas explicitement à leur question de recherche.</p> <p><i>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</i> Comme l'expriment les auteurs, beaucoup d'études ont investigué les effets d'un programme de gestion de la maladie chronique (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, etc.) mais il y'a une lacune concernant l'insuffisance rénale chronique terminale. Ainsi, les auteurs ne peuvent comparer certains de leurs résultats en lien avec la qualité de vie et l'amélioration de la compliance. Cependant, d'autres résultats sont interprétés à l'aide d'études antérieures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de changement dans les valeurs de laboratoires malgré un changement en lien avec la compliance. Les auteurs mettent en avant une étude avec des résultats similaires (Lee & al., 2006). Une autre étude au contraire a prouvé qu'une augmentation de la non-compliance en lien avec le traitement d'hémodialyse augmentait entre autres choses, le taux de phosphates (Saran & al., 2003) • La pertinence du modèle choisi pour l'étude, dont les interventions ont été menées par deux groupes d'infirmiers (infirmier en néphrologie / infirmier généralistes) est corroborée par les auteurs au travers d'une autre étude (Hanssen & al., 2007) <p><i>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?</i> Les conclusions ainsi que l'interprétation sont en adéquation avec les résultats répertoriés par les auteurs</p>

	<p>concernant l'amélioration par le groupe d'intervention de plusieurs variables comparativement au groupe contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la compliance • Amélioration de certains aspects de la qualité de vie • Amélioration du degré de satisfaction des soins <p>Concernant les résultats non-significatifs les auteurs tentent d'apporter une explication.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de changement dans les valeurs de laboratoires probablement relié à une période de suivi trop courte. <p>A noter que les auteurs consacrent une partie importante de la discussion à la façon dont a été menée l'intervention par deux types d'infirmier (infirmier en néphrologie / infirmier généralistes). Et bien que les auteurs mettent en exergue plusieurs études corroborant le bien-fondé d'une telle approche, il n'est pas possible de mettre en lien leurs conclusions avec leurs résultats d'analyse. Cependant, implicitement, le fait que les interventions menées par les deux types d'infirmiers aient aboutis à des résultats significatifs permet aux auteurs d'argumenter le bien-fondé de leur approche.</p> <p><i>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</i> Les auteurs définissent les limites suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs pensent qu'étant donnée la petite taille de l'échantillon ainsi que le courte durée du suivi effectué, plusieurs outcomes n'ont pas pu être évalués par rapport aux interventions mises en place (valeurs de laboratoires, etc.) • Les auteurs s'étant focalisés sur une population très spécifique, les résultats ne peuvent pas être généralisés à d'autres populations atteintes de maladies chroniques différentes que l'insuffisance rénale chronique. <p><i>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ?</i> Comme abordé plus haut, les auteurs pensent que les résultats de leur étude sont strictement liés à la maladie rénale chronique et ne peuvent pas être généralisés à d'autres types de patients ayant des maladies chroniques différentes.</p>
Conséquences et recommandations	<p><i>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</i> En lien avec les résultats obtenus, les auteurs pensent que leur étude fournit des preuves supportant l'utilisation d'un modèle de la gestion de la maladie rénale chronique.</p> <p><i>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ?</i> Les auteurs recommandent que l'application d'un programme de gestion de la maladie soit élaborée sur une base régulière si l'on veut que l'effet positif de celui-ci se perpétue dans le temps.</p> <p>Les auteurs ne donnent pas de recommandations pour la recherche future.</p>