

HAUTE ÉCOLE ARC – NEUCHÂTEL

TRAVAIL DE BACHELOR EN SOINS INFIRMIERS

DIRECTRICE DU MÉMOIRE : MYRIAM GRABER

Infirmière et Professeure HES – DR. en Science de l'Éducation

Réalisé par :

Antunes De Almeida Mariana (16857864)

Baggenstoss Félicia (16857906)

Gillioz Jeffy (16857443)

Apport de l'éducation thérapeutique pour l'autogestion
des symptômes lors d'insuffisance cardiaque chronique
chez une personne âgée de 60 à 80 ans

Rendu le 5 juillet 2019

Table des matières

Table des matières	2
Résumé	6
Problématique.....	6
Concepts abordés.....	7
Méthode	7
Résultats	7
Conclusion	8
Mots-clefs	8
Remerciements.....	9
1 Introduction.....	11
2 Problématique.....	14
2.1 Présentation de la question de départ	14
2.2 Pertinence de la question de départ dans les soins infirmiers.....	17
2.2.1 Concepts du métaparadigme infirmier	23
2.2.2 Les savoirs infirmiers.....	28
2.3 Revue exploratoire de la littérature	32
2.3.1 Insuffisance cardiaque.....	32
2.3.2 Évaluation clinique infirmière.....	47
2.3.3 Chronicité.....	52
2.3.4 L'éducation thérapeutique du patient.....	54
2.3.5 L'autosoin.....	55
2.3.6 La gestion des symptômes.....	57
2.3.7 Présentation de la question de recherche	58
2.4 Précision des concepts retenus comme pertinents	59
2.5 Perspectives et propositions pour la pratique	60
3 Concepts et champ disciplinaire infirmier	63
3.1 Concepts	63
3.1.1 Éducation thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique.....	63
3.1.2 Autogestion des symptômes.....	69
3.2 Champ disciplinaire infirmier.....	71
3.2.1 Théorie de soins « Situation Specific Theory of Heart Failure Self- Care » 72	

4. Méthode	82
4.1 Élaboration de la question de recherche PICOT	82
4.1.1 Le type de question.....	83
4.1.2 La question de recherche.....	83
4.2 Critère de sélection des articles.....	84
4.3 Mots-clefs et descripteurs des bases de données.....	84
4.4 Sélection des articles	85
4.5 Analyse des articles sélectionnés.....	88
5 Synthèse des résultats et discussion	90
5.1 Synthèse des résultats des articles	90
5.1.1 Nurse-led self-management group program for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial.....	90
5.1.2 Effect of a supportive educational nursing care program on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial	91
5.1.3 Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study	91
5.1.4 Heart failure symptom monitoring and response training	92
5.1.5 Reduction of heart failure rehospitalization using a Weight Management education intervention	93
5.1.6 The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. 93	
5.1.7 A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; A longitudinal follow-up.....	94
5.1.8 Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure 95	
5.1.9 Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms.....	96
5.1.10 Self-care behaviors and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?	96
5.1.11 Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community	97
5.1.12 Improving heart failure symptom recognition: a diary analysis	98
5.1.13 Effect of a hospital-based education program on self-care behavior, care dependency and quality of life in patients with heart failure.....	99
5.1.14 Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure	99

5.1.15	Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients.....	100
5.2	Développement des résultats en lien avec question PICOT	101
5.3	Propositions pour la pratique	107
6	Conclusion.....	112
6.1	Apport du travail de Bachelor.....	112
6.2	Limites.....	114
6.3	Perspectives pour la recherche	116
7	Références	120
8	Appendices.....	131
8.1	Appendice A - Principales causes de décès selon le groupe d'âges en 2015 131	
8.2	Appendice B – Maladies Cardiovasculaires et diabète	132
8.3	Appendice C - Décès et personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires	133
8.4	Appendice D – étiologies de l'insuffisance cardiaque chronique.....	134
8.5	Appendice E – Classification selon la fraction d'éjection du ventricule gauche	135
8.6	Appendice F – Classification selon la sévérité des symptômes.....	135
8.7	Appendice G – Diagnostic de l'Insuffisance cardiaque non aiguë	136
8.8	Appendice H – Les liens entre les caractéristiques de la situation, les facteurs influençant le processus décisionnel et les actions d'autosoins	137
8.9	Appendice I – Tableau n° 1 – Mots-clefs et descripteurs	138
8.10	Appendice J – Tableau n°2 – Articles retenus.....	139
8.11	Appendice K – Tableau n°3 - Impact Factor et les niveaux de preuve hiérarchique.....	144
8.12	Grille de Fortin: Nurse-led self-management group program for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial.....	145
8.13	Grille de Fortin: Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial	152
8.14	Grille de Fortin: Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study.....	160
8.15	Grille de Fortin: Heart failure symptom monitoring and response training 169	
8.16	Grille de Fortin: Reduction of Heart Failure Rehospitalization Using a Weight Management Education Intervention.....	178

8.17 Grille de Fortin: The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation.....	186
8.18 Grille de Fortin: Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure.....	195
8.19 Grille de Fortin: A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; a longitudinal follow-up.....	202
8.20 Grille de Fortin: Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms	210
8.21 Grille de Fortin: Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference?	217
8.22 Grille de Fortin: Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community.....	225
8.23 Grille de Fortin: Improving heart failure symptom recognition: a diary analysis	233
8.24 Grille de Fortin: Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial	239
8.25 Grille de Fortin: Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure	248
8.26 Grille de Fortin: Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients	256

Résumé

Problématique

Les maladies chroniques sont actuellement en augmentation et interpellent la santé publique. L'accroissement des maladies chroniques va de pair avec divers phénomènes tels que l'utilisation des modes de vie défavorables pour la santé et le vieillissement de la population. Pour les systèmes de santé, la prise en charge des maladies chroniques constitue un grand défi à notre époque. Le paradigme de la santé est en évolution, en passant du modèle axé sur la maladie à un modèle centré sur le patient et la communauté. La profession infirmière est donc un des acteurs principaux contribuant au changement de cette problématique et à la recherche de nouvelles perspectives dans le but ultime d'améliorer les prises en charge. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est présentée comme un élément incontournable dans la gestion des pathologies chroniques, notamment l'insuffisance cardiaque chronique (ICC). Malgré les progrès réalisés dans le traitement de l'ICC, les complications demeurent sombres avec une charge symptomatique importante, une faible capacité fonctionnelle, une qualité de vie amoindrie, des hospitalisations fréquentes et une mortalité précoce. Malgré les innovations technologiques, la plupart des soins quotidiens pour l'ICC sont effectués par le patient à la maison et impliquent donc une prise en charge autonome. Les guidelines internationaux sur l'ICC précisent le besoin de formation en autosoins (Dickson et al., 2014).

Concepts abordés

En lien avec la problématique choisie, il a été question de développer deux concepts principaux qui sont l'éducation thérapeutique du patient et l'autogestion des symptômes. Le cadre théorique choisi est : « *Situation specific Theory of Heart failure Self-Care* » de Barbara Riegel (Riegel, Dickson, & Faulkner, 2016). Les concepts apportent une précision plus approfondie, ce qui permet de faciliter nos recherches dans la littérature scientifique.

Méthode

Pour commencer, la question de recherche a été élaborée à l'aide de la méthodologie « PICOT », afin de préciser la population, les interventions, les comparaisons, les résultats et la temporalité évaluée (Melnik, B.M., Fineout-Overholt, 2011). Pour donner suite à cela, les mots-clés de notre question de recherche ont été identifiés, puis traduits en anglais à l'aide du « Grand dictionnaire terminologique » (Office québécois de la langue française, n.d.). Ces mots-clés ont été soumis aux différents Thésaurus des bases de données, ce qui a permis de trouver quinze articles en lien avec notre problématique. Pour terminer, ces articles ont été analysés grâce à la méthode Fortin (Fortin & Gagnon, 2010). Les résultats obtenus ont permis de documenter l'état actuel des connaissances probantes sur cette problématique.

Résultats

Cette revue de littérature n'aboutit pas à une réponse précise de notre question de recherche. Dans la littérature, le concept d'autogestion des symptômes fait partie d'une notion plus générale nommée l'autosoin, ce qui

implique une faible recension des écrits sur ce sujet. Les résultats ressortis des analyses d'articles ont démontré une amélioration des comportements d'autosoins après une intervention d'éducation thérapeutique individuelle et centrée sur les problématiques personnelles des patients.

Conclusion

Selon les recherches, la littérature scientifique en général ne porte pas spécifiquement sur le concept d'autogestion des symptômes. Les études composant cette revue sont axées sur l'effet de l'ETP sur les comportements et le concept de l'autosoin. Selon l'analyse des articles scientifiques, une intervention en éducation thérapeutique engendre dans tous les cas une plus-value à la prise en charge de l'ICC malgré certains résultats faiblement significatifs. Cela a permis de mettre en lumière le fait qu'une ETP a un effet sur l'autogestion des symptômes malgré la diversité des méthodologies et des interventions données.

Mots-clefs

Insuffisance cardiaque chronique ; éducation thérapeutique du patient ; autogestion ; symptômes ; autosoin ; soins infirmiers

Heart failure; patient education as topic; self management; symptoms; self care; nursing care

Remerciements

La réalisation de ce travail de Bachelor constitue une étape fondamentale dans notre cursus académique au sein de la Haute École Arc en soins infirmiers. Lors de la composition de ce dernier, nous avons pu compter sur les encouragements et les précieux conseils de nombreuses personnes.

Nous remercions en premier lieu notre directrice de Travail de Bachelor, Madame Myriam Graber, pour son implication, sa disponibilité et la qualité de ses remarques constructives durant l'élaboration de ce projet.

Nous tenons également à remercier Madame Evelyne Gillioz, Madame Marie-Christine Droz et Monsieur David Sorlei pour les heures consacrées à la relecture de ce travail.

Nous souhaitons remercier chaleureusement les bibliothécaires de la Haute École Arc pour leur rigueur lors de recherches d'ouvrages.

Nous remercions l'ensemble de nos proches pour leur soutien tout au long de la réalisation de ce travail, grâce à leur capacité à nous motiver lors de moments de découragement.

Pour terminer, nous tenons à remercier le partenariat, le dynamisme et la cohésion qui ont grandi entre nous trois tout au long de ce travail.

CHAPITRE UN : INTRODUCTION

1 Introduction

Durant cette dernière année de formation en soins infirmiers, il est demandé d'effectuer un Travail de Bachelor, qui consiste à réaliser une recherche dans la littérature scientifique afin de répondre à une problématique choisie.

Dans un premier temps, une thématique a été proposée par la Haute École Arc, à partir de laquelle de nombreuses recherches ont été effectuées. Ce qui a permis d'aboutir aux concepts de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et de l'autogestion des symptômes de l'insuffisance cardiaque chronique (ICC).

Dans un second temps, des articles scientifiques traitant du sujet sur diverses bases de données préconisées ont été recherchés. Ensuite, ces derniers ont été analysés de manière approfondie dans l'objectif d'élaborer des conclusions sur l'impact de l'ETP pour l'apprentissage de la gestion des symptômes.

Finalement, ce travail permet de se familiariser avec le monde de la recherche, de développer un sens critique et in fine d'apporter une évaluation des interventions et des outils les plus adaptés et probants pour la pratique infirmière.

Pour effectuer ce travail, le thème devait correspondre au mieux à nos motivations personnelles et professionnelles. Selon nous, l'éducation thérapeutique du patient est un enjeu clé pour le futur de la profession, car l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques pousse les institutions de soins et la Santé publique à trouver des solutions. Étant donné que cette problématique est couramment rencontrée, ce travail est donc

l'opportunité d'approfondir ce sujet. Dans la pratique, nous avons remarqué le poids de l'ETP lors d'hospitalisations et en amont d'un éventuel retour à domicile, afin d'assurer une réhabilitation optimale. Cette recherche est donc une réelle occasion pour développer des habiletés professionnelles dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Nous sommes également motivés à enrichir nos connaissances concernant la physiopathologie cardiaque. L'ICC est une pathologie régulièrement rencontrée lors des périodes de formation pratique (PFP). Nous nous sommes mis tous d'accord sur l'importance de trouver des moyens pour améliorer la prise en charge et contribuer à l'évolution du paradigme, qui pour rappel tend vers un partenariat, une relation horizontale entre la personne soignée et le soignant.

Pour terminer, le travail de Bachelor permet d'appliquer les connaissances sur la recherche, enseignées durant ces trois années de formation avec des sujets importants à nos yeux, le tout concrétisé dans ce travail. Par cet investissement, l'apport de l'ETP sur l'autogestion des symptômes chez un patient atteint d'ICC a été démontré.

CHAPITRE DEUX : PROBLÉMATIQUE

2 Problématique

Dans ce présent chapitre, le cheminement de nos motivations et de nos réflexions est présenté dans le but de définir notre question de recherche. Par la suite, celle-ci est précisée par les concepts du métaparadigme infirmier et les savoirs infirmiers (Chinn & Kramer, 2015 ; Fawcett, 2005 ; Gagnon, Lechasseur, & Milhomme, 2014). À l'aide d'une revue exploratoire basée sur la première question de recherche, les concepts principaux précisant la thématique choisie sont mis en lumière. Par ce processus, une question de recherche finale est formulée et permet de cibler notre recherche dans la littérature.

2.1 Présentation de la question de départ

La question de départ qui a été présentée par la Haute École Arc Santé est :
« Quel est l'apport de l'évaluation clinique infirmière dans le domaine de l'accompagnement des patients dans un service de cardiologie ou de chirurgie cardiaque ? »

Après délibération au sein du groupe au sujet des diverses thématiques, celle-ci est apparue pertinente pour la suite de notre carrière en science infirmière. En effet, l'expertise de l'évaluation clinique infirmière est récente dans cette profession et il semble important d'exploiter cette compétence. Une des origines de notre motivation personnelle à travailler sur ce thème est également liée au fait que nous souhaiterions débiter nos carrières dans le domaine des soins aigus physiques. Dans ces milieux, il est significatif de

détecter de façon adéquate les signes de l'évolution de l'état de santé du patient.

Malgré tout, il paraît évident que l'évaluation clinique infirmière puisse être congruente pour la surveillance clinique des patients dans tous les domaines de soin. Nous souhaitons vous relater une expérience vécue par l'un de nous dans le domaine de la psychiatrie afin d'illustrer la possible pertinence de l'apport de l'évaluation clinique infirmière ; il s'agit d'une patiente atteinte de démence de type Alzheimer présentant depuis une semaine des troubles comportementaux tels qu'une agitation, une déambulation et un refus de s'alimenter. Dans cette situation, la prise en charge thérapeutique était portée uniquement sur la gestion des troubles du comportement en augmentant la posologie des traitements neuroleptiques. En finalité, après avoir effectué un examen clinique abdominal, la patiente souffrait en réalité d'un iléus mécanique. La personne soignée n'avait plus les capacités d'exprimer ses maux physiques et son mal-être général. C'est pourquoi il semble important de garder une approche systémique dans la prise en charge infirmière et médicale dans tous les domaines de soins.

Selon nous, les aspirations actuelles de la profession infirmière et des attentes du système de santé ont évolué avec le temps. En outre, nous soutenons l'idée que l'utilisation de l'outil de surveillance qu'est l'examen clinique permet de définir une partie des rôles infirmiers. L'évaluation clinique fait partie des compétences professionnelles en soins infirmiers et illustre de

cette façon certaines responsabilités attendues des infirmiers (Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2012). De plus, lors de nos périodes de formations pratiques, nous avons eu la chance d'exercer l'examen clinique et de remarquer la pertinence et l'efficacité de nos transmissions à l'équipe interdisciplinaire, ce qui nous incite à approfondir ce domaine.

Selon nous, la profession infirmière tend de plus en plus vers un rôle autonome, particulièrement du point de vue de l'examen clinique infirmier. Pour éclaircir cette réflexion, nous faisons référence aux travaux contemporains d'Odette Doyon présentés lors d'une conférence, à laquelle nous avons eu l'opportunité de participer, portant sur son livre intitulé « la surveillance clinique infirmière, le dernier filet de sécurité d'un patient » (Doyon, 2018). Au travers de sa conférence, elle met en avant l'efficacité de l'utilisation de l'évaluation clinique au sein de la formation en science infirmière. Selon elle, cet outil permet de développer les capacités de surveillance clinique par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, les examens paracliniques, mais aussi les aptitudes à communiquer et transmettre les informations recueillies à l'équipe soignante lors des relais, aux visites médicales et aux autres professionnels de la santé (Doyon, 2018).

En conclusion, même si ce n'est pas le sujet de notre Travail de Bachelor, nous pensons que le développement des habiletés en évaluation clinique de cette formation HES augmente la sécurité de la prise en charge des patients par l'extension du rôle infirmier.

Lors des périodes de formation pratique (PFP), nous avons été confrontés régulièrement à des patients souffrant de facteurs de risque ou de maladies touchant le système cardiovasculaire. La physiopathologie cardiaque est un sujet riche et complexe, qui nous intéresse et dont nous aimerions approfondir nos connaissances pour la suite de notre carrière. Cela nous semble judicieux de nous questionner sur ce thème qui est récurrent dans le domaine de la santé publique.

2.2 Pertinence de la question de départ dans les soins infirmiers

Pour donner suite à nos motivations en lien avec la question de départ, les différents thèmes ressortis sont *l'évaluation clinique infirmière, l'accompagnement des patients, la cardiologie ou la chirurgie cardiaque* afin d'avoir une vision globale de la question.

Au préalable, les intérêts de ce travail se centrent sur la prévalence des pathologies cardiaques pour guider notre réflexion concernant les prises en charge des affections spécifiques à la médecine ou à la chirurgie cardiaque et ensuite faire un choix afin d'étayer notre question de recherche. Suite à l'accord de l'OFS, nos recherches concernant les données statistiques de ces pathologies sont présentées par des graphes (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017).

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès et la troisième cause d'hospitalisation en Suisse (Office fédéral de la statistique

(OFS), 2017, p. 16). Les données illustrées dans l'Appendice A par l'OFS (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017, p. 14) montrent l'impact net des affections cardiovasculaires dans les causes les plus fréquentes de décès. Ces chiffres montrent une incidence plus importante chez les hommes dans la tranche d'âge de 45 ans à 84 ans, puis une inversion avec une augmentation des pathologies cardiovasculaires chez les femmes de plus de 85 ans.

Selon CardioVasc Suisse, les maladies cardiovasculaires suivantes ont été mises en priorité dans la stratégie 2017-2024 élaborée, notamment les maladies coronariennes, les cardiopathies hypertensives, les valvulopathies, l'insuffisance cardiaque (IC) avec altération et maintien de la fonction ventriculaire, la fibrillation auriculaire et les cardiopathies congénitales (CardioVasc Suisse, 2016, p. 25).

Cette stratégie nationale a pour objectifs prioritaires d'atténuer l'augmentation de la charge de morbidité induite par ces maladies chroniques non transmissibles, d'atténuer l'augmentation des coûts engendrés par ces maladies, de réduire les décès prématurés par celles-ci ainsi que de préserver et améliorer la participation de la population à la vie sociale et de ses capacités productives (CardioVasc Suisse, 2016, p. 24).

Les chiffres de la mortalité et des hospitalisations liés aux affections cardiaques sont exposés dans l'Appendice B (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017, p. 16).

Depuis 2002, le nombre d'hospitalisations pour maladies cardiovasculaires a crû de 20%, sous l'effet de l'augmentation de la population et de son vieillissement en premier lieu. Durant la même période, le nombre de décès provoqués par ces maladies a cependant

reculé de 9%. En 2015, 15'015 personnes, dont deux tiers d'hommes, ont été victimes d'un infarctus aigu du myocarde dont 2'284 sont décédées (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017, p. 16).

L'Appendice C (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017, p. 16) explicite avec plus de précision les chiffres donnés précédemment. Ainsi, l'augmentation du nombre d'hospitalisations pour des pathologies cardiovasculaires en regard de la relative stabilité des décès paraît plus évidente.

Ces statistiques démontrent l'importance des affections cardiaques sur la morbidité et sur le nombre d'hospitalisations. Par ailleurs, malgré l'augmentation des hospitalisations, le taux de la mortalité a diminué de 9% (Office fédéral de la statistique (OFS), 2017, p. 16), ce qui peut être expliqué par les efforts développés pour renforcer la prévention des pathologies cardiovasculaires au niveau comportemental et médical, surtout concernant la prévention des facteurs de risque, tels que le tabagisme, la sédentarité, l'alimentation déséquilibrée, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité et le stress ainsi que la régulation de la tension artérielle, de la glycémie et du cholestérol (CardioVasc Suisse, 2016, p. 18). De plus, le développement des techniques d'interventions chirurgicales, telles que la désobstruction des artères coronaires au moyen d'un cathéter à ballonnet (CardioVasc Suisse, 2016, p. 18) ou des traitements médicamenteux actuels, par exemple, les antihypertenseurs contribuent également à une baisse de la mortalité (CardioVasc Suisse, 2016, p. 17).

Bien que l'ensemble des cardiopathies citées ci-dessus soient pertinentes pour les soins infirmiers en vue des enjeux futurs (vieillissement de la population et facteurs de risque cardiovasculaires en augmentation), nous décidons de focaliser ce travail sur l'IC.

L'IC est un syndrome clinique complexe qui peut être défini comme une anomalie de la structure ou de la fonction cardiaque conduisant à une défaillance du cœur à livrer l'oxygène à un débit en rapport avec les exigences du métabolisme des tissus, malgré des pressions de remplissage normales ou seulement au détriment d'une augmentation des pressions de remplissage (Keta, 2013, p. 3).

En effet, dans l'exploration de ces différentes pathologies cardiaques, c'est l'IC qui paraît la plus intéressante. En effet, elle fait partie des maladies cardiovasculaires très fréquemment rencontrées dans la population comme étayé précédemment par les statistiques épidémiologiques.

Dans ce travail, l'évaluation clinique infirmière constitue un outil concret pour l'identification et la surveillance des manifestations cliniques de l'IC. De plus, l'IC reflète un processus physiopathologique complexe avec des signes et des symptômes concrets ce qui confirme le choix de la thématique.

L'IC offre un large panel d'interventions infirmières et une souplesse dans le choix du type d'unité de soins, tels qu'un service de médecine aiguë pour une éventuelle décompensation cardiaque, un service de réadaptation physique pour une réhabilitation cardiovasculaire et bien d'autres.

L'IC peut évoluer de différentes manières : chronique, aiguë ou subaiguë (Ponikowski et al., 2016). Après réflexion, il paraît intéressant de se

questionner sur l'IC d'évolution chronique dans un contexte d'unité hospitalière de médecine. Il est pertinent de développer quelques lignes sur la notion de chronicité qui est particulièrement intéressante pour ce travail de Bachelor.

Selon l'École Nationale de la Santé publique (ENSP), la maladie chronique est une affection généralement incurable, qui se développe souvent lentement, mais dure dans le temps et qui est constituée de cycles pendant lesquels se succèdent phase aiguë (crise) et phase de stabilisation ou d'évolution de la maladie (ENSP, 2004, p. 11).

Les maladies chroniques dites aussi, maladies non transmissibles interpellent la Santé publique de nos jours. En effet, la cause la plus fréquente de décès est due aux maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2018). L'accroissement des maladies chroniques va de pair avec divers phénomènes tels que l'utilisation de modes de vie défavorables pour la santé et le vieillissement de la population (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2018). Pour les systèmes de santé, la prise en charge des maladies chroniques constitue un grand défi à notre époque (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Python, 2013).

En plus des symptômes permanents, la maladie chronique crée une forme de dépendance aux traitements médicamenteux ainsi qu'aux effets secondaires de ceux-ci, à un suivi régulier médical et à des contraintes particulières selon la pathologie. Il paraît judicieux de mettre en évidence l'expérience vécue de l'individu à la base du processus de prise en soin infirmier, ce qui permet de créer une certaine forme d'autonomie et un

sentiment d'efficacité personnelle augmentés chez le patient qui devient acteur dans la gestion de sa santé (Eicher et al., 2013).

Il est clair, que les progrès en science de la santé et l'amélioration des traitements entraînent un vieillissement de la population ainsi qu'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques simples ou complexes (Brûlé, Cloutier, & Doyon, 2002, p. 13). Selon les données épidémiologiques, la mortalité des affections graves diminue, alors que la morbidité augmente. Cette évolution s'illustre par « l'augmentation des phénomènes de la chronicité et de la comorbidité, ainsi que par la nécessité d'offrir des soins permanents qui évolueront tout au long de la vie » (Brûlé et al., 2002, p. 13). De plus, au vu de l'augmentation des coûts de la santé, il est primordial d'améliorer les soins orientés vers la promotion et la prévention de la santé (Brûlé et al., 2002, p. 13).

Subséquemment, à travers ce questionnement concernant l'évaluation clinique infirmière chez un patient souffrant d'insuffisance cardiaque chronique (ICC) et l'importance actuelle de la gestion des maladies chroniques, notre question de départ a émergé : « Quel est l'apport de l'évaluation clinique infirmière pour le patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique dans la gestion de ses symptômes ? » À travers cette question, nous souhaitons aboutir à l'autogestion des symptômes des personnes atteintes d'ICC en utilisant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) à l'aide des connaissances acquises de l'évaluation clinique infirmière.

2.2.1 Concepts du métaparadigme infirmier

Afin de préciser la pertinence de ce travail dans la discipline infirmière, la question de départ est mise en lien avec les concepts du métaparadigme infirmier (les soins infirmiers, la santé, la personne et l'environnement) tels que définis par Fawcett (Fawcett, 2005).

Le terme métaparadigme est utilisé comme concept très large, employé pour définir la pensée d'une discipline. Le préfixe *méta* signifie « ce qui est derrière » ainsi précisant une notion plus vaste qui sert de base conceptuelle (DE CLERCQ, n.d., p. MCXXI). Le terme *paradigme* signifie « un système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action » (Fortin & Gagnon, 2010, p. 24). Cette première définition permet d'explicitier les fondements théoriques de la discipline infirmière, plus précisément les phénomènes d'intérêts centraux. Les travaux de Fawcett déterminent quatre concepts propres au métaparadigme infirmier qui sont les soins infirmiers, la santé, la personne et l'environnement. Ceux-ci ont comme caractéristique commune d'être des notions abstraites définissant la discipline infirmière, approfondis ci-dessous.

Les soins infirmiers

Selon l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) :

Les soins infirmiers contribuent au développement et au maintien de la santé ainsi qu' à la prévention des risques pour la santé : ils soutiennent les personnes durant leurs traitements et les aident à faire face aux effets des maladies et des thérapies y relatives, dans le but d'atteindre les meilleurs résultats possibles dans les traitements et les soins et de maintenir la qualité de vie la meilleure possible à toutes les périodes de

la vie et jusqu'à la mort (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2011).

Selon Fawcett :

Le concept des soins infirmiers se réfère aux interventions infirmières ainsi qu'aux objectifs et résultats de celles-ci face à l'être humain. Les actions infirmières sont considérées comme un processus mutuel entre les bénéficiaires de soins et les infirmières. Ce processus englobe des activités issues de la démarche de soins tels que l'évaluation clinique infirmière, la planification des actions et l'évaluation (Fawcett, 2005, p. 6).

Dans ce travail, l'accompagnement dans le domaine des soins infirmiers fait référence à la relation entre le soignant et le soigné, au travers de la prise en charge. Ce rôle infirmier s'inscrit dans un concept philosophique plus profond, dont le geste premier est « prendre soin du prochain » (Bagros, Le Faou, Lemoine, Rousset, & De Toffol, 1989, p. 11). Ainsi le métaconcept des soins infirmiers définit l'intégralité des actions des professionnels pour le bien du patient. Ce concept philosophique est le paradigme de la compassion, la raison pour laquelle les infirmiers deviennent infirmiers. Il est basé sur des notions éthiques et émotionnelles et est décrit comme le concept d'accompagnement, qui est l'essence même de la profession infirmière (Bagros et al., 1989, p. 11).

Les pathologies cardiaques chroniques sont des situations qui peuvent engendrer de la peur et de l'appréhension chez les patients et sont souvent liées à une modification de leur mode de vie. Ainsi, la pratique de l'éducation thérapeutique au patient (ETP) par l'infirmière pour la gestion des symptômes offre aux patients la possibilité de reprendre les rênes de leur vie et d'atténuer les divers sentiments rattachés à l'expérience d'une maladie chronique.

Il est possible de faire le lien avec la pratique de l'évaluation clinique, déjà présentée comme bénéfique pour la prise en charge des patients, dans notre cursus académique. De plus, l'accompagnement des patients atteints de troubles de la fonction cardiaque demande des connaissances spécifiques au système cardio-vasculaire, mais requiert également la capacité de faire des liens avec l'ensemble des autres systèmes. C'est de cette façon que les professionnels infirmiers s'appuient sur l'utilisation de l'examen clinique afin d'étayer leur jugement clinique.

La santé

La santé est définie selon l'Organisation Suisse Mondiale comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2007, p. 1). Selon Fawcett, le concept de la santé fait référence « aux processus humains de la vie et de la mort » (Fawcett, 2005, p. 6).

Selon nous, la santé se réfère à une notion subjective et abstraite qui ne peut pas se définir comme un concept absolu ou intelligible. L'imprécision de la définition de la santé est inéluctable, tant sa représentation est vaste. Elle s'adresse néanmoins aux infirmiers et aux professionnels de la santé comme l'un des paradigmes centraux permettant la cohésion du domaine des soins.

Notre question de base porte sur les pathologies cardiaques chroniques. Cela représente un intérêt pour les soins infirmiers, car à notre époque il existe un grand nombre de facteurs de risque cardiovasculaires qui impactent la

santé, présentés ci-dessus. De plus, diverses organisations sont actives dans la prévention primaire des maladies cardiovasculaires, typiquement par des stratégies complètes de lutte anti-tabagisme, par l'aménagement de voies piétonnes et de pistes cyclables afin de promouvoir l'activité physique de la population, mais encore en fournissant des repas sains dans les écoles (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2017).

La personne

La personne est un concept fondamental de la discipline infirmière, définie par Florence Nightingale (1859) comme « une personne malade ou en santé avec des composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles » (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p. 76). Selon Fawcett, le concept de l'être humain « fait allusion aux individus dans leur culture ainsi qu'aux familles, aux communautés et à d'autres groupes regroupant les bénéficiaires de soins » (Fawcett, 2005, p. 6).

La thématique de ce travail est basée sur des êtres humains atteints d'une affection cardiaque chronique. Par conséquent, la répercussion d'une maladie a un impact sur la vie quotidienne de la personne, tant dans la structuration de ses habitudes de vie et rôles sociaux que dans sa qualité de vie. La pertinence de cette question de base se réfère de manière plus générale à la prise en soin personnalisée et singulière à la personne afin de répondre adéquatement à ses besoins. De plus, chaque individu comporte un contexte propre à lui qui modifie les perspectives de soin. Typiquement, dans le cadre

d'une maladie chronique, le patient peut être confronté à un sentiment d'impuissance ou de perte de contrôle. Dans cette situation, les interventions infirmières d'ETP peuvent favoriser le sentiment d'empowerment par le biais d'un apprentissage de la gestion des symptômes afin que la personne acquière un sentiment de maîtrise et de sécurité sur sa propre vie.

L'environnement

Selon Fawcett, le concept de l'environnement fait référence aux environnements importants et physiques de l'être humain, ainsi qu'au cadre dans lequel se déroulent les soins infirmiers. Il fait également référence à toutes les conditions culturelles, sociales, politiques, locales, régionales, nationales et mondiales qui sont associées à la santé des êtres humains (Fawcett, 2005, p. 6).

En plus des répercussions de la pathologie sur la vie quotidienne de la personne, il existe une corrélation certaine entre les pathologies cardiaques chroniques et les conséquences socioéconomiques. Ces éléments sont reconnus par la Santé publique comme impactant l'état de santé, c'est pourquoi il existe autant de programmes de prévention. Par ailleurs, l'apport de l'évaluation clinique est ici mis en évidence dans l'anamnèse, en investiguant les éventuels facteurs de risque biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux des personnes.

Dès lors, après avoir détaillé les concepts du métaparadigme infirmier, la question de départ est mise en lien avec les savoirs fondamentaux de la discipline infirmière tels que définis par divers auteurs cités ci-dessous.

2.2.2 Les savoirs infirmiers

Le terme de savoir selon le Dictionnaire du Petit Robert 2013 est « un ensemble de connaissances plus ou moins systématisées acquises par une activité mentale suivie » (Robert, Rey-Debove, & Rey, 2011). Le savoir infirmier « réfère à l'expression de la compréhension qui peut être partagée aux autres et qui reflète ce que les membres d'une collectivité ont retenu comme standards et comme critères leur étant propres » (Gagnon et al., 2014, p. 3).

Ainsi selon Carper (1978), quatre types de savoirs sont utilisés pour l'accomplissement ainsi que la réalisation de la discipline infirmière : savoir empirique, savoir éthique, savoir personnel et savoir esthétique. Les modalités d'expression du savoir permettent aux professionnels de comprendre et évaluer les différentes situations, ce qui permet donc une pratique à visée efficiente.

Le savoir empirique

Le savoir empirique est lié aux aspects théoriques et pratiques de la science, il est un mode d'acquisition de connaissances par accumulation de données, basé sur la notion la plus élargie de nos sens, en d'autres termes cela se rapporte à ce que nous voyons, touchons et entendons (Chinn & Kramer, 2015,

pp. 10-11 ; Gagnon et al., 2014, pp. 4-5). Le savoir empirique guide la pratique de la discipline infirmière à l'aide de compétences scientifiques ainsi que l'habilité d'intégrer les savoirs issus de la recherche dans nos interventions.

Dans la question de départ, le savoir empirique est lié au concept même de la science. Pour cette profession, la science infirmière en est l'incarnation au travers de la méthode scientifique, nommée communément « la recherche ». En outre, le savoir empirique se manifeste également au niveau individuel, comme un moyen d'accumulation de connaissances par l'expérience. Ainsi l'évaluation clinique par l'apprentissage et l'expérimentation, permet aux professionnels d'acquérir de nouvelles compétences théoriques et pratiques.

De plus, l'autogestion des symptômes par le patient grâce à une ETP et à la transmission de connaissances est une des notions abordées dans ce travail. Selon le triangle pédagogique de Olivier Walger inspiré de Jean Houssaye, une relation éducative illustre « le patient en tant qu'apprenant et expert de sa situation, le professionnel de santé en tant que formateur et expert des savoirs professionnels et le Savoir au sens large » (Houssaye, 2000 ; Walger, 2018).

Pour terminer, le travail de Bachelor image pertinemment le développement du savoir empirique en faisant des recherches dans la littérature et en s'appuyant sur diverses connaissances scientifiques dans le but d'argumenter une problématique.

Le savoir éthique

Le savoir éthique décrit selon Carper en 1978 soutient « la compréhension des différentes positions philosophiques de ce qui est juste et bon et de ce qui est souhaitable pour la personne » (Chinn & Kramer, 2015, p. 7 ; Gagnon et al., 2014, p. 5). Ce processus conscient a pour but d'explorer les différentes alternatives ainsi que d'illuminer les valeurs présentes dans la situation donnée. Cette notion d'éthique est particulièrement présente dans le domaine des soins, car à maintes reprises il faut prendre des décisions, tout en prenant en compte l'unicité et la singularité de la personne qui se trouve devant nos yeux.

Dans notre thématique, le savoir éthique apparaît dans la notion de bienfaisance au travers de la recherche de sécurité et du bien-être du patient. Pour illustrer ce propos, l'évaluation clinique, fait certes référence à l'investigation des alertes cliniques, mais également à la bienveillance et au « prendre soin » des personnes. Selon nous, dans le cadre de l'ETP, le savoir éthique émerge dans le respect des choix du patient concernant sa propre santé.

Le savoir personnel

Selon Carper (1978), le savoir personnel est un des savoirs les plus compliqués à maîtriser, en effet, il se rapporte « au processus qui facilite la connaissance, la rencontre et l'actualisation du Soi personnel et celui des autres » (Chinn & Kramer, 2015, p. 8 ; Gagnon et al., 2014, pp. 5-6). En effet,

lorsque ce savoir est bien développé, « il permet l'ouverture de l'infirmière aux autres, et l'interaction qui émerge de la relation enrichit l'expérience » (Gagnon et al., 2014, p. 6).

Le savoir personnel est lié à la façon dont l'infirmière perçoit la situation qui se trouve devant elle. L'évaluation clinique demande une certaine palette de connaissances et d'affirmation de soi afin de donner du poids à son jugement clinique. Le fait d'écouter ses ressentis et ses intuitions permet à l'infirmière d'être plus attentive à l'évolution des situations, tout en faisant attention à ne pas être biaisée par ces derniers. Nous comprenons ainsi qu'une certaine connaissance de soi est nécessaire, qui permettrait également de mieux appréhender les autres. Pour illustrer cette idée, nous pensons qu'une infirmière qui s'affirme et qui s'écoute, va développer une évaluation clinique plus appropriée aux problématiques du patient ce qui aura une incidence pour la suite de la prise en charge. Cette illustration peut aussi s'interposer dans le cadre d'une relation d'éducation thérapeutique.

Le savoir esthétique

Le savoir esthétique, selon Carper (1978), est présenté comme « une appréciation profonde du sens d'une situation » (Gagnon et al., 2014, p. 6). Il est aussi dénommé « l'art des soins infirmiers ». Chinn et Kramer (2011) « soutiennent que les habilités liées à la pensée rationnelle, au jugement clinique et aux habilités techniques prennent nécessairement appui sur le savoir esthétique » (Chinn & Kramer, 2015, pp. 9-10 ; Gagnon et al., 2014, p.

6). Ainsi, le savoir esthétique est intrinsèque au travail infirmier dans la recherche d'une meilleure qualité des soins.

Dans le cadre des maladies chroniques, l'infirmière doit reconnaître les besoins du patient, comprendre comment le patient se comporte afin de créer une relation empathique et authentique et ainsi fournir une prise en charge de qualité et adaptée aux situations.

2.3 Revue exploratoire de la littérature

2.3.1 Insuffisance cardiaque

Selon la Société Européenne de Cardiologie (ECS), l'IC est syndrome clinique caractérisé par des symptômes typiques (par exemple : essoufflement, œdème malléolaire et fatigue) et qui peut être accompagnés de signes (pression veineuse jugulaire élevée, crépitations pulmonaires et œdèmes périphériques) causés par une anomalie cardiaque structurelle et/ou fonctionnelle, entraînant une réduction du débit cardiaque et/ou des pressions intracardiaques élevées au repos ou durant l'effort (Ponikowski et al., 2016, p. 898).

Afin de préciser la définition de l'IC, quelques données statistiques spécifiques à cette pathologie cardiovasculaire sont présentées.

2.3.1.1 Épidémiologie, pronostic et étiologie

De façon générale, la prévalence de l'IC dans le monde occidental est de l'ordre de 1 à 2 %. L'incidence augmente progressivement avec l'âge. La

prévalence de l'IC est de 1% chez les personnes de 55 à 64 ans, de 3% chez les personnes de 65 à 74 ans, de 7% chez les personnes de 75 à 84 ans et de 10% chez les personnes âgées de plus de 85 ans (Mosterd & Hoes, 2007, p. 1139).

Certaines données statistiques démontrent qu'après la pose du diagnostic d'IC, le taux de survie est faible, 54 % des hommes et 40% des femmes décèdent après 5 ans (Lloyd-Jones et al., 2010, p. e131).

Au niveau suisse, l'incidence de l'IC représente un problème majeur de la santé publique. Selon la Fondation Suisse de Cardiologie, 150'000 personnes souffrent d'insuffisance cardiaque. Elle représente dès lors la principale cause d'hospitalisations chez les personnes âgées de plus de 65 ans (Fondation Suisse de Cardiologie, n.d.-b). Les coûts sont expliqués par le fait que l'IC peut induire des hospitalisations fréquentes et prolongées selon les cas (Guha & McDonagh, 2013, p. 125). À ce jour, l'amélioration de la prise en charge notamment grâce à un traitement plus adéquat a permis de diminuer le taux d'hospitalisations de manière significative et d'améliorer la survie, même si les résultats restent souvent insatisfaisants (Ponikowski et al., 2016, p. 900).

Il existe plusieurs facteurs prédicteurs de la mortalité qui peuvent être l'âge, le sexe, la fonction rénale, le taux plasmatique du sodium, la pression artérielle, le diabète, la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) ainsi que la classe fonctionnelle de l'échelle de New York Heart Association (NYHA) (Keta, 2017).

À partir des données ci-dessus, la recension des écrits se focalise sur une population de patients atteints d'ICC âgés de 60 à 80 ans. Selon nous, cette tranche d'âge caractérise une population avec une atteinte cardiaque de nature généralement physiopathologique et non uniquement à une affection liée à un vieillissement physiologique de la fonction cardiovasculaire.

L'IC est le stade « terminal » de diverses pathologies cardiaques. En effet, la défaillance cardiaque est souvent la conséquence de l'hypertension artérielle, d'une coronaropathie, d'une valvulopathie, d'un diabète ou d'une cardiomyopathie (Lloyd-Jones et al., 2010, p. e130). Les causes de l'IC sont nombreuses, telles que des affections du myocarde (maladie cardiaque ischémique, dommage toxique, dommage immunitaire, inflammatoire et tumoral, dysfonctionnement métabolique et anomalie génétique), mais aussi liées à des conditions d'excès de charge (hypertension artérielle, valvulopathie, maladie du péricarde et de l'endocarde, hypervolémie et surcharge en volume multicausale) et à des arythmies cardiaques (Keta, 2017, p. 6). L'Appendice D présente ces différentes étiologies de façon plus précise.

2.3.1.2 Physiopathologie

Physiologie

Le ventricule gauche qui présente un fonctionnement physiologique a pour rôle d'adapter constamment son éjection au retour veineux, c'est-à-dire l'alternance de l'entrée d'un certain volume de sang et de son éjection vers le reste de l'organisme. Ces deux fonctions réagissent en fonction des besoins,

elles permettent de faire face à une augmentation brutale du retour veineux ou de la résistance à l'éjection (Nassiet, 2015). Pour que le fonctionnement soit efficient, il est nécessaire que l'irrigation sanguine du myocarde soit efficiente et en continu ainsi que les valves mitrales et aortiques remplissent leurs fonctions d'anti-reflux (Nassiet, 2015). Un ventricule normal est compliant et accepte des quantités de sang supplémentaires importantes en cas de besoin. À l'inverse, un ventricule hypertrophié présent chez les patients qui souffrent d'hypertension artérielle ou de rétrécissement aortique est peu compliant, ce qui augmente la pression intracardiaque du ventricule gauche lors du remplissage (Nassiet, 2015).

Le débit cardiaque est le produit du volume d'éjection systolique par la fréquence cardiaque. Celui-ci dépend de trois principaux déterminants : la précharge (correspond au volume télédiastolique), la contractilité (force de contraction intrinsèque) et la postcharge (force s'opposant à l'éjection du ventricule en systole). Ainsi, le « débit cardiaque, la pression artérielle et le volume sanguin circulant sont en permanence adaptés aux besoins de l'organisme » grâce au travail fourni par le muscle cardiaque (Nassiet, 2015).

Dysfonction systolique

La dysfonction systolique est due à une altération de la contractilité et une dilatation du ventricule gauche (Keta, 2013, p. 4). Elle a pour conséquence une diminution du volume éjecté à chaque systole (volume systolique) et une augmentation du volume en fin de contraction dans le ventricule, en d'autres

termes, il résulte une augmentation du volume télésystolique (Nassiet, 2015). De son ancienne appellation « l'IC systolique », celle-ci fait référence aujourd'hui à une IC avec FEVG diminuée (Ponikowski et al., 2016). Indépendamment de l'augmentation du volume télésystolique dans le ventricule gauche, le volume du retour veineux est constant et une augmentation du volume en fin de relaxation du cœur se fait d'office. Celle-ci contribue à une augmentation de la contrainte télédiastolique des parois des ventricules. Cette augmentation de la contrainte a pour conséquence une augmentation de la force de contraction par la loi de Frank-Starling¹ ce qui aboutit à un fonctionnement en apparence normale grâce à la dilatation du ventricule gauche (Nassiet, 2015). Cette dilatation est un mécanisme de régulation physiologique appelé le remodelage ventriculaire. En conclusion, « l'abaissement de la contractilité a donc pour conséquences une baisse de la FEVG, une dilatation du ventricule gauche et une augmentation des contraintes pariétales du ventricule gauche » (Nassiet, 2015, p. 26) et à long terme « une perte de la possibilité de l'adaptation à une augmentation du débit cardiaque ou de la pression artérielle, donc une perte de l'adaptation à l'effort » (Nassiet, 2015, p. 26).

¹ « Dans un cœur normal plus la précharge est élevée, plus le volume systolique le sera aussi. La relation entre la précharge et le volume systolique est appelée la Loi de Frank-Starling : un étirement optimal des fibres musculaires permet la force de contraction maximale » (Marieb & Hoehn, 2015, pp. 803-804)

Dysfonction diastolique

La dysfonction diastolique est due à une résistance au remplissage de l'un ou des deux ventricules, donc une diminution de la compliance ventriculaire, qui conduit à une augmentation des pressions de remplissage intra-ventriculaire et intra-auriculaire en présence d'une fonction systolique normale ou presque normale (Keta, 2013, p. 5). De son ancienne appellation « IC diastolique », celle-ci fait référence à une IC avec FEVG préservée ou *mid range*.

Ces deux processus physiopathologiques peuvent coexister. En effet, la plupart des patients atteints d'une IC à FEVG réduite présentent également un dysfonctionnement diastolique et à l'inverse des signes de dysfonction systolique peuvent être retrouvés chez des patients atteints d'une IC avec FEVG préservée (Ponikowski et al., 2016).

Mécanisme de régulation

En parallèle des différentes adaptations cardiaques qui permettent au cœur d'assurer un débit normal, il existe d'autres systèmes de régulation qui se déclenchent :

Le premier mécanisme de régulation est l'activation du système nerveux autonome (SNA) sympathique, par l'adrénaline et la noradrénaline, qui tend à maintenir la perfusion sanguine cérébrale, coronaire et des muscles respiratoires aux dépens des circulations cutanées, rénales et splanchniques. « Cette adaptation est utile, car elle maintient la perfusion des organes nobles

et la pression artérielle à un niveau que les barorécepteurs considèrent comme normal » (Nassiet, 2015, p. 28). L'activation des récepteurs bêta-adrénergiques augmente la fréquence cardiaque et la force contractile du myocarde, par conséquent les besoins en oxygène de celui-ci (Boustani, 2017). L'activation des récepteurs alpha-adrénergiques et la noradrénaline majorent la vasoconstriction périphérique, permettant ainsi l'augmentation de la pression artérielle, par conséquent l'augmentation de la postcharge au niveau du cœur (Boustani, 2017).

Le deuxième mécanisme de régulation est le système rénine-angiotensine-aldostérone (RAA) qui permet de maintenir la pression de perfusion indispensable à l'organisme. D'une part, l'activation du système rénine-angiotensine permet la formation de l'angiotensine II qui est un puissant vasoconstricteur. D'autre part, la stimulation du système nerveux autonome sympathique et l'angiotensine II majorent la sécrétion de l'aldostérone par la glande corticosurrénale qui provoque une rétention hydrosodée, par conséquent qui provoque une augmentation de la volémie et de la tension artérielle (Boustani, 2017). L'angiotensine II va donc augmenter l'effet vasoconstricteur induit par la noradrénaline et l'effet de l'aldostérone (Nassiet, 2015, p. 29).

Le troisième mécanisme vise à limiter l'augmentation de la tension de la paroi myocardique et provient de la production de BNP (Brain Natriuretic Peptide) et de ANP (Atrial Natriuretic Peptide) visant essentiellement à

provoquer une vasodilatation et tenter l'excrétion du sodium au niveau des reins. Le BNP est un facteur natriurétique qui est sécrété par les cardiomyocytes lors d'une distension de la paroi au niveau des oreillettes et des ventricules. Son but « est vasodilatateur avec un effet sur la filtration glomérulaire et la natriurèse » (Nassiet, 2015, p. 30). Il s'oppose au système rénine-angiotensine-aldostérone et au système nerveux autonome sympathique (Nassiet, 2015, p. 30). Les ANP sont sécrétés en réponse à une stimulation des oreillettes liée à leur distension et ont également un effet vasodilatateur (Nassiet, 2015, p. 30).

Le quatrième mécanisme de régulation est le remodelage ventriculaire qui a été décrit dans le paragraphe de la dysfonction systolique ci-dessus.

En conclusion, l'adaptation progressive à une baisse du débit cardiaque reliée à l'élévation des pressions de remplissage explique une grande partie des symptômes de l'ICC : œdèmes pulmonaires ou périphériques, intolérance à l'effort et extrémités froides. Les traitements de l'IC ont pour but de rétablir cet équilibre malgré une baisse sévère des performances systoliques et diastoliques (Nassiet, 2015, p. 31).

2.3.1.3 Terminologie

Il existe trois terminologies différentes afin de classer l'insuffisance cardiaque.

La première terminologie s'appuie sur la mesure de la FEVG. Elle fait donc référence au volume d'éjection du ventricule gauche. Une FEVG normale est

située à $>50\%$. La FEVG est habituellement mesurée lors d'une échocardiographie transthoracique. Cet examen permet d'évaluer la structure et la fonction cardiaque systolique et diastolique afin de poser un diagnostic clair (Keta, 2013, p. 7).

Il existe donc plusieurs types d'IC selon la FEVG en référence à l'Appendice E. L'IC à FEVG normale ou préservée, c'est-à-dire une FEVG à $>$ que 50% et l'IC à FEVG diminuée, c'est-à-dire une FEVG à $<40\%$. Les dernières études démontrent également l'existence de l'IC à FEVG entre 40 et 50% qui représente selon la nouvelle définition de la Société Européenne de Cardiologie une zone grise actuellement appelée IC à FEVG *mid-range* (Ponikowski et al., 2016, p. 899).

Selon la Société Européenne de Cardiologie (ECS), l'IC à FEVG diminuée est la mieux comprise au niveau physiopathologique et du traitement. Les critères de définition de celle-ci sont basés sur les signes (dilatation du ventricule gauche) et symptômes ainsi qu'une FEVG diminuée à 40% . L'IC à FEVG préservée est plus difficile à définir, il n'y a généralement pas la présence d'une dilatation du ventricule gauche, mais une anomalie cardiaque structurelle, telle qu'un épaissement des parois du ventricule gauche et une dilatation de l'oreillette gauche due à une élévation des pressions de remplissage. De plus, les taux de peptides natriurétiques (BNP) sont augmentés ($\text{BNP} > 35\text{ng/L}$ ou $\text{NT-proBNP} > 125\text{ng/L}$). Pour terminer, l'IC à FEVG *mid range* présente une diminution de la FEVG avec la présence d'anomalies cardiaques structurelles

avec l'aspect d'une altération du remplissage du ventricule et l'augmentation des taux de peptides natriurétiques (Ponikowski et al., 2016, p. 899).

La deuxième terminologie repose sur l'évolution de la pathologie dans le temps et en fonction du stade de l'insuffisance cardiaque. Il existe selon celle-ci plusieurs types d'insuffisance cardiaque. Si les signes et symptômes de l'IC durent dans le temps, l'IC est dite chronique. Si les signes et symptômes de l'IC restent inchangés pendant une période de 1 mois, l'IC est dite stable. Une ICC stable qui se détériore progressivement ou soudainement est dite décompensée. L'IC peut également se manifester soit de façon aiguë par exemple à la suite d'un infarctus du myocarde ou d'une myocardite virale aiguë, soit de façon subaiguë ou graduelle, par exemple chez les patients atteints de cardiomyopathie dilatée symptomatique (Keta, 2017, p. 5).

La troisième terminologie se réfère à la sévérité des symptômes en référence à l'Appendice F. Cette classification est basée sur l'échelle fonctionnelle de la NYHA. Cette échelle a été conçue pour décrire la gravité des symptômes et l'intolérance à l'exercice physique (Keta, 2017, p. 5).

2.3.1.4 Signes et symptômes

Afin de mieux comprendre la symptomatologie de l'ICC, il est nécessaire de savoir différencier la notion de signe clinique et celle de symptôme. Un signe est « une donnée objective recueillie à partir de différentes techniques de l'examen clinique », telles que l'inspection, la palpation, la percussion ou l'auscultation (Brûlé et al., 2002, p. 3), par exemple, l'observation d'un rush

cutané. Un symptôme est « une donnée subjective qui se rapporte à ce que la personne soignée exprime à l'infirmière, il représente la perception et l'évaluation que donne la personne à propos de son propre fonctionnement structurel » (Brûlé et al., 2002, p. 3), par exemple, l'expression d'une douleur.

Aux prémices de la maladie, les troubles de l'IC apparaissent seulement lors d'efforts physiques importants, par la suite ceux-ci sont continuellement présents, même au repos (Fondation Suisse de Cardiologie, n.d.-a).

Les symptômes principaux de cette pathologie sont reliés à la diminution de la fonction de « pompe cardiaque » résultant d'une asthénie et d'une limitation de la tolérance à l'effort, ainsi que d'une rétention hydrique qui peut conduire à une congestion pulmonaire, splachnique et périphérique (Keta, 2017, p. 7). Cet excédent de fluides engendre une prise de poids significative (Fondation Suisse de Cardiologie, n.d.-a). La FEVG en parallèle diminuée ce qui provoque une incapacité du myocarde à fournir suffisamment de sang oxygéné pour l'ensemble de l'organisme résultant à des troubles de perfusion. Cette invalidité du cœur générera des déficits au niveau des capacités physiques de la personne (Fondation Suisse de Cardiologie, n.d.-a). Les symptômes typiques de la congestion pulmonaire sont la dyspnée, l'orthopnée, la dyspnée paroxystique nocturne, la toux et les sifflements pulmonaires (Keta, 2017, p. 8). L'orthopnée et la dyspnée paroxystique nocturne sont des symptômes spécifiques à cette pathologie. Ils ne sont pas toujours présents au début de l'IC, mais apparaissent avec l'avancée de la maladie chronique, ceci image bien

la complexité du diagnostic (Keta, 2017, p. 7). Les symptômes de la congestion splachnique sont une sensation de ballonnements et une inappétence. Les autres symptômes rencontrés dans l'IC sont une dépression, des palpitations et des syncopes (Keta, 2017, p. 8).

Les signes spécifiques liés à la congestion sont l'élévation de la pression jugulaire, le reflux hépato jugulaire visible, des crépitations avec une diminution du murmure pulmonaire, des œdèmes périphériques (malléolaires, scrotum, sacral), une prise de poids ($>2\text{kg/semaine}$), une hépatomégalie et de l'ascite (Keta, 2017, p. 8).

Les autres signes observés sont le déplacement latéral de l'apex et la présence de B3 à l'auscultation (rythme de galop), des pulsations irrégulières, un souffle cardiaque et pour terminer les signes liés à la diminution de la perfusion sanguine peuvent être des extrémités froides et une tachycardie à plus de 120 battements par minute qui imagent le mécanisme compensatoire physiologique (Keta, 2017, p. 8).

En ce qui concerne le diagnostic de l'insuffisance cardiaque, il peut être difficile, surtout dans les premiers stades. En effet, il existe un grand nombre de symptômes qui ne sont pas directement spécifiques à la maladie, ce qui ne facilite pas la distinction entre l'IC et d'autres pathologies. Des autres facteurs tels que l'obésité, les maladies pulmonaires et le vieillissement physiologique du cœur rendent la détection des signes et des symptômes particulièrement complexe (Keta, 2017, p. 7).

Les signes et les symptômes doivent être évalués à chaque visite et contribuent au contrôle de la réponse thérapeutique du patient au traitement et à la surveillance de l'efficacité de celui-ci au fil du temps (Keta, 2017, p. 7).

« Une persistance des symptômes malgré un traitement, indique généralement la nécessité d'un traitement supplémentaire et d'une aggravation du développement symptomatique et mérite des soins médicaux immédiats » (Ponikowski et al., 2016, p. 902).

2.3.1.5 Diagnostic médical

Le processus diagnostic médical de l'insuffisance cardiaque est illustré de manière précise dans l'Appendice G. En premier lieu, lors d'une suspicion d'IC non aiguë, il est nécessaire d'investiguer les antécédents cliniques du patient (maladies coronariennes, hypertension artérielle, signes d'orthopnée ou dyspnée nocturne paroxystique, etc.) (Keta, 2017, p. 2). En deuxième lieu, un examen clinique est pratiqué dans lequel sont recherchés différents signes cliniques tels que des râles pulmonaires, des œdèmes aux membres inférieurs, un souffle cardiaque, une turgescence jugulaire, un déplacement du poulx apical. Puis, un électrocardiogramme est effectué, afin de découvrir si le tracé électrique du cœur est pathologique. Certaines anomalies à l'ECG peuvent donner des informations sur l'étiologie et ainsi étayer la suite des indications thérapeutiques (Keta, 2017, p. 8).

Si un ou plusieurs de ces critères sont présents, un dosage des peptides natriurétiques est réalisé (Keta, 2017, p. 2). Ils permettent d'établir une piste

de diagnostic et d'identifier les situations qui nécessitent une investigation cardiaque supplémentaire (Ponikowski et al., 2016, p. 901) ainsi que le suivi de l'évolution de l'insuffisance cardiaque. De ce fait, la mesure des peptides natriurétiques est recommandée pour exclure une IC, mais pas pour établir le diagnostic d'insuffisance cardiaque. En effet, l'élévation de ceux-ci peut être liée à de multiples causes cardiovasculaires, telles que l'IC ou la fibrillation auriculaire, mais aussi des causes non cardiovasculaires, comme l'âge et l'insuffisance rénale qui par conséquent affaiblissent la fiabilité de ce test diagnostique (Keta, 2017, p. 8).

La limite supérieure de la normale dans un contexte non aigu pour le peptide natriurétique de type B (BNP) est de 35 ng/L et pour le pro-BNP N-terminal (NT-proBNP), de 125 ng/L. Dans une situation aiguë, il faut considérer des valeurs plus élevées, les BNP sont à 100 ng/L, les NT-proBNP sont à 300 ng/L (Ponikowski et al., 2016, p. 902).

Si les valeurs sont augmentées, une échocardiographie est réalisée, ce qui permettra de confirmer ou d'infirmer une anomalie cardiaque (Keta, 2017, p. 2). C'est l'examen le plus efficace chez les patients ayant une suspicion d'IC pour établir un diagnostic fiable, car il évalue la fonction systolique et diastolique du cœur. Ces informations sont capitales pour la suite de la prise en charge ainsi que le traitement thérapeutique adapté (Keta, 2017, p. 9).

2.3.1.6 Traitement pharmacologique et autres interventions thérapeutiques

« Le but principal du traitement chez les personnes souffrant d'une IC est de soulager les symptômes, d'améliorer la capacité fonctionnelle et la qualité de vie, de prévenir une hospitalisation et d'améliorer la survie » (Keta, 2017, p. 10).

Il existe différentes classes de médicaments utilisées dans l'IC telles que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les bêtabloquants, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine ou encore les digitalines. Tous ces médicaments doivent être prescrits en association avec des diurétiques (par exemple, les diurétiques de l'anse, les diurétiques épargnant le potassium ou les diurétiques thiazidiques) afin de soulager les signes et les symptômes de congestion (Keta, 2017, pp. 10-12). Il est important d'informer les patients sur la nécessité de chaque traitement et des effets secondaires possibles ainsi que du respect du dosage prescrit (Keta, 2017, p. 14).

D'autres moyens à visées thérapeutiques existent tels que la coronarographie avec angioplastie et stents, les pontages aortocoronariens, la pose d'un pacemaker qui permettra une resynchronisation cardiaque et comme ultime recours la transplantation cardiaque (Keta, 2017, pp. 13-14).

2.3.1.7 Traitement non pharmacologique

Les patients souffrant d'IC bénéficient d'une ETP spécifique qui permet de simplifier l'autogestion de la pathologie. En effet, il est nécessaire que les

patients atteints de cette maladie chronique connaissent les causes et les facteurs qui peuvent induire une décompensation au niveau cardiaque par exemple l'excès de sel ou d'hydratation, la variation rapide du poids, l'hypertension artérielle ou encore l'arythmie. Il est primordial que le patient puisse détecter les symptômes en amont d'une décompensation afin de pouvoir anticiper les complications de leur état physique (Keta, 2017, p. 14).

L'adoption d'un mode de vie sain contribue à l'amélioration de la qualité de vie des personnes souffrant d'IC par exemple, en stoppant la consommation du tabac, en mangeant de manière équilibrée, en évitant un excès de poids et de stress, en pratiquant une activité physique régulière (Fondation Suisse de Cardiologie, n.d.-a).

2.3.2 Évaluation clinique infirmière

Auparavant, l'infirmière évaluait les besoins de santé d'une personne et surveillait les comportements ou conséquences lors d'une situation de soin. En effet, les infirmières utilisaient les notions de base nécessaires à l'évaluation clinique sans avoir reçu d'apports théoriques concrets. Elles apprenaient à développer l'évaluation clinique sur le terrain en utilisant leur sens comme la vue, l'ouïe, le toucher et l'odorat. Par exemple, l'infirmière apprenait à observer la coloration des téguments, à vérifier la présence d'œdèmes malléolaires, à écouter la respiration de type Wheezing en cas d'asthme et à détecter l'odeur d'alcool (Jarvis, 2015).

À ce jour, l'évaluation clinique a été introduite dans la formation initiale du Bachelor en soins infirmiers en 2012 comme faisant partie intégrante du rôle d'expert en soins infirmiers selon le référentiel de compétence des infirmiers (Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 2012, p. 27).

En se référant à Odette Doyon, l'évaluation clinique comporte deux dimensions qui sont l'évaluation clinique et la surveillance clinique (Doyon & Spycher, 2017).

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'évaluation clinique « constitue l'assise de l'exercice infirmier. Elle est essentielle à la détermination des problèmes de santé et des besoins de la personne » (Doyon & Spycher, 2017, p. 4). De façon générale, l'évaluation clinique permet de poser un jugement clinique sur l'état physique et mental de la personne soignée et ainsi déterminer la plupart des interventions infirmières.

L'évaluation clinique comprend l'histoire de santé avec les symptômes ou les données subjectives, l'examen physique avec les signes ou les données objectives et les examens complémentaires (Brûlé et al., 2002, p. 3). L'histoire de santé et la collecte des données subjectives sont orientées par un questionnaire et représentent la partie la plus importante, c'est-à-dire 70% de l'examen clinique. L'examen physique consiste à pratiquer des techniques d'inspection, de palpation, de percussion et d'auscultation afin d'évaluer l'état structurel et fonctionnel physiologique et à détecter les anomalies systémiques ou localisées. Cette partie représente 20 à 25 % de l'évaluation clinique. Pour

terminer, l'examen complémentaire qui permet le recueil d'environ 10% d'information sur l'état de santé consiste à tous les examens paracliniques tels que l'électrocardiogramme, la saturométrie pulsatile en oxygène, les examens biologiques (hématologique, biochimique, etc.), les examens radiologiques, etc. (Brûlé et al., 2002, p. 3).

Toujours selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la surveillance clinique consiste à évaluer de façon attentive et soutenue des paramètres cliniques de la condition physique et mentale d'une personne ainsi que des facteurs qui peuvent les influencer, en tenant compte d'évaluations antérieures, ce qui permet de suivre l'évolution de l'état de santé de la personne et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier au besoin (Doyon & Spycher, 2017, p. 4).

Il est nécessaire de différencier en quelques lignes le rôle infirmier dans l'examen clinique par rapport à celui pratiqué par le médecin. Dans la pratique médicale, l'examen clinique oriente la pose d'un diagnostic médical, l'évaluation de l'évolution des soins reçus et aussi le dépistage. A contrario, lorsqu'une infirmière effectue son examen clinique ce n'est pas pour tirer une conclusion sur le diagnostic du patient, mais c'est un processus de collecte de données de surveillance (Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Comme étayé dans la conférence d'Odette Doyon, l'examen clinique et la surveillance clinique apporte un verrou de sécurité pour les patients (Doyon, 2018). L'évaluation et la surveillance clinique permettent de porter un jugement clinique sur l'état du patient dans le but de détecter les changements d'état de santé et d'intervenir dans un délai approprié (Doyon & Spycher, 2017, p. 5). Le jugement clinique, découlant de l'analyse portée sur la collecte des données amène à l'élaboration

de diagnostics infirmiers et à la planification des interventions infirmières avec des objectifs généraux et spécifiques ainsi qu'une évaluation. Selon nous, l'examen clinique médical et infirmier n'ont pas les mêmes buts, mais sont complémentaires et utiles l'un comme l'autre.

En général, l'examen clinique cardiaque consiste en diverses étapes qui suivent une chronologie. Premièrement, il s'agit de recueillir des données concernant l'histoire de santé de la personne soignée ainsi que les données subjectives suivant une chronologie de questions. Les domaines de questions concernent les douleurs thoraciques, la dyspnée, l'orthopnée, la toux, la fatigue, la cyanose ou la pâleur, les œdèmes, la nycturie, les antécédents médicaux et cardiaques, les antécédents familiaux cardiaques et les habitudes de vie personnelles qui comportent des risques cardiaques (Jarvis, 2015, pp. 539-543). Deuxièmement, il s'agit de rassembler les données objectives par le biais de l'examen physique et les examens paracliniques. L'évaluation cardiovasculaire consiste tout d'abord à observer l'état général du patient, puis mesurer les pulsations et la pression artérielle, inspecter les extrémités, les vaisseaux du cou et pour terminer d'examiner la région précordiale. Au niveau des extrémités, il est intéressant de mettre en évidence par exemple la température, la couleur et la texture de la peau, la présence d'œdèmes, la perfusion périphérique grâce au test du remplissage, etc. L'examen s'ensuit par l'inspection, la palpation et l'auscultation des vaisseaux du cou, notamment les artères carotides et les veines jugulaires, puis, par l'inspection, la palpation,

la percussion et l'auscultation de la région précordiale. Le pouls apical peut également être palpé. Lors de l'auscultation du cœur, le rythme et la fréquence au niveau central doivent être également relevés (Jarvis, 2015, pp. 545-551). L'ensemble des données subjectives et objectives recueillies servent à avoir un jugement clinique sur l'état de santé du patient et sur son évolution.

Pour rappel, les signes et les symptômes de l'IC proviennent de deux mécanismes. Premièrement, de l'incapacité de la pompe cardiaque d'assurer les besoins métaboliques de l'organisme. Deuxièmement, par le biais des mécanismes compensatoires physiologiques, notamment la rétention de sodium et d'eau par le rein afin de remédier à la baisse du débit cardiaque (Jarvis, 2015, p. 564).

Plus spécifiquement à l'insuffisance cardiaque, lors du recueil des données subjectives, la personne soignée peut exprimer par exemple de l'anxiété, de la fatigue, de la dyspnée, de l'orthopnée, des nausées et des vomissements (Jarvis, 2015, p. 564). Lors de l'inspection, l'IC peut mettre en évidence par exemple une cyanose et une pâleur liée à la vasoconstriction périphérique physiologique ainsi qu'une distension de la veine jugulaire liée à une congestion veineuse (Jarvis, 2015, p. 564). Lors de la palpation, des œdèmes confirmés par le signe du godet (Jarvis, 2015, p. 564) ainsi que la présence d'ascite dans la cavité péritonéale démontrée, par exemple, par le signe du flot (Jarvis, 2015, p. 629) peuvent être examinés. Lors de la percussion, une cardiomégalie liée généralement à une hypertrophie ventriculaire peut être

mise en exergue. Lors de l'auscultation, un troisième bruit du cœur lié à une surcharge volémique, nommé B3 ou bruit du galop peut être entendu. Des crépitants liés à la congestion pulmonaire peuvent être auscultés. Au niveau des signes vitaux, une tachycardie, une diminution de la tension artérielle, une baisse de la saturation en oxygène sont souvent présentes. Pour terminer, une oligurie peut être observée en rapport du mécanisme compensatoire du rein. Cette liste non exhaustive démontre la complexité de l'ICC.

2.3.3 Chronicité

Selon l'OMS, les maladies chroniques sont « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2014). « Les maladies chroniques présentent cette caractéristique paradoxale d'être à la fois chroniques et imprévisible, banales à force de durer, mais constituées d'une succession de ruptures » (Revillot, 2016, p. 7).

Généralement, ce type d'affection n'aboutit pas vers une guérison, mais vers un processus d'acceptation. Cet état bouleverse le psychisme des personnes qui en souffrent, mais également celui des soignants dont l'objectif potentiellement inconscient est une prise en soins de type curative (Simon, Traynard, Bourdillon, & Grimaldi, 2007, p. 38). Les maladies chroniques exigent un intérêt et des contraintes qui se répercutent sur le quotidien. C'est dans cette considération pratique que l'ETP prend tout son sens. En effet, la gestion de la maladie, qui rappelons-le est incurable, se retrouve entre les

main du patient et non plus seulement entre celles de ceux qui soignent. L'augmentation des maladies chroniques dans notre société explique en partie la pertinence pour la pratique de l'ETP (Simon et al., 2007, p. 38).

La chronicité induit l'idée de la continuité dans le temps, mais elle implique également obligatoirement celle d'un début. On se réfère donc à la phase initiale nommée « l'annonce », qui tend vers un processus d'adaptation, permettant aux personnes d'essayer de vivre avec leur maladie chronique au quotidien. Après l'annonce, le rapport au futur se trouve modifié pour la personne (Simon et al., 2007, p. 43).

Le lien avec le processus d'adaptation permet d'expliquer les nombreuses réactions des individus face à la maladie chronique. Celui-ci passe par plusieurs stades tels que le choc à l'annonce du diagnostic, puis la personne peut mettre en place deux types de stratégies d'adaptation face à la maladie chronique : stratégie de confrontation ou stratégie d'évitement. Ces deux stratégies présentent leurs résultats qui sont soit l'acceptation, soit la résignation (Lacroix, 2009).

Il paraît judicieux d'évoquer les différentes conséquences de la maladie chronique pour le patient. Bien évidemment, il y a les conséquences des différents traitements au long court et les répercussions physiques de la maladie chronique, par exemple lors d'une insuffisance cardiaque, l'intolérance à l'activité et l'asthénie qui peuvent être des symptômes difficiles à vivre au quotidien. D'autres conséquences peuvent être de nature psychologique, telles

que des incertitudes, une perte de l'estime de soi, un trouble identitaire et des appréhensions concernant l'évolution de la maladie. Mais aussi d'origine sociale, familiale ou professionnelle telle que la mise à l'écart des projets familiaux, une perte d'emploi, des difficultés financières et un changement de rôles. L'augmentation des coûts pour le système de soins comme les coûts de morbidité ou d'invalidité ainsi que la perte de productivité liée à l'absence au travail sont également des conséquences présentes au niveau de la société (Depuydt-Baillon & Delabrière, n.d.).

2.3.4 L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « une technique devant permettre aux patients d'acquérir ou de conserver les capacités et les compétences qui vont les aider à vivre de manière optimale avec leur maladie » (Juillière & Jourdain, 2011, p. 13). En d'autres termes, l'ETP est « un apprentissage à des compétences décisionnelles, techniques et sociales dans le but de rendre le patient capable de raisonner, de faire des choix de santé, de réaliser des projets de vie et d'utiliser au mieux les ressources du système de santé » (Simon et al., 2007, p. 5). Dans les soins, l'ETP est un procédé continu, un partenariat créé entre les soignants et la personne soignée, intégrée dans la prise en charge qui permet au patient d'être acteur de sa propre santé. Elle peut être utilisée à une ou plusieurs reprises dans divers contextes, tels qu'à l'hôpital, en ambulatoire, à domicile, etc. Pour les personnes atteintes d'une

maladie, l'objectif est l'amélioration de l'état de santé. D'une manière générale, l'ensemble de l'ETP correspond pour les individus à une démarche qui passe par l'acquisition de différentes compétences, telles que la compétence d'autosoins, d'auto-observations ou de prises de décision (Simon et al., 2007, pp. 3-7). L'ETP se différencie de l'information simple qui dans son cas permet uniquement d'éclairer d'un point de vue théorique le patient sur sa maladie (Juillière & Jourdain, 2011, p. 13). Le concept d'ETP s'inscrit dans une démarche complexe aux vues de l'évolution de la société, de l'augmentation de la prévalence des morbidités et de la chronicité de celles-ci. Ainsi, la finalité de celui-ci vise à améliorer la qualité de vie de la personne, mais aussi de permettre à la personne de renforcer le sentiment d'autodétermination et d'efficacité personnelle (Walger, 2018).

Comme dit ci-dessus, vivre avec une maladie chronique est un phénomène qui dure dans le temps. Certes, un processus d'adaptation et de deuil concernant son état de santé antérieur se mettent en place, mais en plus de cela, les personnes concernées doivent gérer un nouveau quotidien, tels que par exemple, la gestion des traitements, la modification de l'hygiène de vie et la possibilité d'apprendre l'autosoin ainsi que l'auto-observation, etc.

2.3.5 L'autosoin

Dorothée Orem définit l'autosoin comme « la pratique d'activités que les individus initient et exécutent en leur propre nom pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être » (Riegel, Jaarsma, & Stromberg, 2012, p. 4).

Selon Barbara Riegel, l'autosoin fait référence à « un processus de maintien de la santé par des pratiques de promotion de la santé et de gestion de la maladie » (Riegel et al., 2012, p. 5). Dans la théorie intermédiaire de l'autosoin des maladies chroniques, l'entretien des autosoins (*self care maintenance*) représente « les comportements utilisés par les patients atteints d'une maladie chronique pour maintenir leur stabilité physique et émotionnelle » (Riegel et al., 2012, p. 5). La surveillance de l'autosoin (*self care monitoring*) se rapporte au processus d'observation de soi-même pour déceler les changements dans les signes et les symptômes (Riegel et al., 2012, p. 5). La gestion des autosoins (*self care management*) est une réponse aux signes et aux symptômes lorsqu'ils surviennent (Riegel et al., 2012, pp. 5-6).

L'autosoin améliore la qualité de vie des personnes souffrant de maladies chroniques (S. Lee & Riegel, 2018, p. 204). Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, la reconnaissance des signes et des symptômes amorce le processus de prise de décisions quant aux mesures à prendre. Si les signes et les symptômes sont détectés suffisamment tôt et que la gravité est comprise, des mesures peuvent être prises avant que la situation ne s'aggrave. Les patients qui sont compétents au niveau de l'autosoin peuvent communiquer l'information à un professionnel de la santé, ce qui facilite la prise en charge et évite de nombreuses complications (S. Lee & Riegel, 2018, p. 204).

2.3.6 La gestion des symptômes

Selon Dodd, Janson et al. (2001), « un symptôme se définit comme une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement biopsychosocial, dans les perceptions ou dans la cognition d'une personne » (Eicher et al., 2013, p. 16). Les symptômes aigus ou sévères sont la principale raison qui amène une personne à venir consulter chez un professionnel de santé (Eicher et al., 2013).

Actuellement, le modèle biomédical focalisé sur la maladie s'estompe peu à peu et laisse place au modèle biopsychosocial centré (Berquin, 2010) sur le patient et la communauté. De nos jours, celui-ci tend à être utilisé dans les systèmes de santé, car il prend en compte le contexte social et l'environnement du patient. En effet, il offre aux prises en charge deux caractéristiques élémentaires qui sont : un élargissement des perspectives et la participation active du patient (Berquin, 2010, p. 1512). Cette approche est régie par le patient et les professionnels de santé travaillant en partenariat dans le but de créer une prise en charge personnalisée.

Cette approche paraît plus proche de la réalité d'aujourd'hui aux vues de l'augmentation des maladies chroniques et de leurs conséquences au niveau physiques, psychologiques et sociales chez les individus.

Dans cette perspective, l'OMS préconise le développement des compétences des professionnels de santé concernant les soins centrés sur l'individu qui prennent en compte ses valeurs, ses préférences et ses

besoins et lui permettent de développer sa capacité d'autogestion des problèmes de santé chronique auxquels il doit faire face (Eicher et al., 2013, p. 15).

En effet, les personnes souffrant d'une maladie chronique sont confrontées à des multiples symptômes reliés par exemple à la trajectoire de la maladie, aux traitements médicamenteux et aux effets secondaires de ceux-ci (Eicher et al., 2013).

2.3.7 Présentation de la question de recherche

Pour ce travail, il paraît intéressant de cibler les recherches sur l'autogestion des symptômes, chez un patient souffrant d'ICC dans le cadre de l'utilisation de l'ETP. Selon Barlow (2002), l'autogestion est définie par « la capacité d'une personne à gérer les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et psychologiques ainsi que les changements du style de vie inhérents à l'expérience d'une maladie chronique » (Formarier & Jovic, 2009, p. 86).

Malgré le fait que l'évaluation clinique infirmière soit un des concepts principaux de notre thématique, nous aimerions nous focaliser surtout sur la transmission de connaissances acquises grâce à celle-ci. Selon nous, l'évaluation clinique infirmière fait référence à une partie de l'expertise des soins infirmiers concernant les connaissances théoriques de l'insuffisance cardiaque, tels que la physiopathologie, la symptomatologie, les traitements médicamenteux, mais aussi les connaissances pratiques, comme les moyens de surveillance.

Ces connaissances, les infirmières peuvent apprendre au patient par le biais de l'ETP à surveiller et analyser leurs symptômes, à effectuer des gestes techniques, à déceler le degré de gravité ou prendre une décision concernant leur état de santé (Riegel & Dickson, 2008). C'est dans cette perspective que nous souhaitons continuer ce travail de Bachelor, les divers concepts retenus seront exposés dans le point suivant.

2.4 Précision des concepts retenus comme pertinents

En questionnant les bases de données, il a été observé une faible littérature traitant de l'examen clinique infirmier et l'ETP conjointement. C'est pour cela que la remise en question de notre thématique de recherche est survenue. À la fin de la scoping review, nous supposons que ces deux concepts réunis allaient générer des biais à ce travail. Nous avons l'impression que l'examen clinique infirmier serait pertinent d'utiliser dans un contexte d'ETP, de par l'acquisition des connaissances théoriques et pratiques. En vain, cela équivaut à focaliser ce travail sur la pratique infirmière et non sur l'accompagnement du patient. De plus, il s'agirait de mettre en évidence des conclusions hypothétiques. Nous avons des difficultés à nous projeter dans un travail qui comporte peu d'articles répondant à nos concepts et aux vues des attentes du travail de Bachelor. En effet, faire le lien entre deux outils de la pratique infirmière n'est pas la visée de cette présente recherche.

À la suite de maintes recherches effectuées, nous souhaitons nous focaliser plus précisément sur les deux concepts suivants qui sont les éléments clefs de

ce travail : éducation thérapeutique du patient et autogestion des symptômes de l'insuffisance cardiaque.

Après ce virage de concepts, notre question de recherche est la suivante :
« Quel est l'apport de l'éducation thérapeutique du patient pour l'autogestion des symptômes d'une personne atteinte d'insuffisance cardiaque chronique âgée de 60 à 80 ans » ?

2.5 Perspectives et propositions pour la pratique

Cette problématique pourrait amener diverses propositions pour la pratique soignante auprès des patients souffrant d'ICC. Comme déjà explicité précédemment, l'ETP permet au patient d'obtenir et de maintenir les compétences requises dans le but de devenir acteur de sa santé et d'éviter des éventuelles complications. C'est une démarche centrée sur le patient, en constante évolution dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. L'ETP favorise l'autonomie du patient et une relation de partenariat entre le soignant-soigné. En se référant à l'évolution du modèle de santé biomédical vers le modèle biopsychosocial et afin de proposer des soins singuliers et optimaux, l'infirmière doit prendre en charge le patient dans sa globalité, c'est-à-dire en prenant en compte les facteurs biologiques, psychologiques, socioculturels, environnementaux, etc.

Actuellement dans la formation du Bachelor en science infirmière, l'ETP est mise en avant autant dans les techniques d'entretien relationnel que dans les connaissances théoriques requises. De plus, le développement d'une

spécialisation dans ce domaine, plus spécifiquement *un Certificate of Advanced Studies* (CAS) en ETP est disponible en Suisse (Université de Genève (UNIGE), n.d.), ce qui démontre la pertinence de l'intérêt général porté à cet accompagnement.

De plus, l'ETP et l'autogestion des maladies chroniques sont des thèmes importants dans l'évolution du système de santé, se référant particulièrement aux divers objectifs de la santé publique qui concerne les maladies non transmissibles en général.

Pour conclure ce chapitre, le but final serait d'améliorer l'autogestion des symptômes, de diminuer les complications physiques et psychologiques ainsi que réduire les conséquences socioéconomiques chez les patients souffrant d'ICC. Il s'agirait également de sensibiliser la pratique infirmière dans cette approche afin de l'intégrer quotidiennement dans les prises en soin.

CHAPITRE TROIS : CONCEPTS ET CHAMP DISCIPLINAIRE INFIRMIER

3 Concepts et champ disciplinaire infirmier

Les concepts retenus, qui sont l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'autogestion des symptômes ; ainsi que le champ disciplinaire infirmier choisis sont présentés dans ce chapitre afin d'explicitier notre question de recherche.

3.1 Concepts

3.1.1 Éducation thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique

Depuis le 20^{ème} siècle, les progrès de la médecine sont à l'origine de l'augmentation de l'espérance de vie et par conséquent du développement des maladies chroniques (Formarier & Jovic, 2009, p. 162). Dans le cadre d'une maladie aiguë, tel qu'un infarctus du myocarde, l'aspect curatif est primaire, à contrario pour la maladie chronique la prévention des complications semble essentielle. Ce qui incite d'impliquer le patient à ce jour comme acteur de la prise en charge de sa santé :

L'ETP est un processus par étapes, intégrée dans la démarche de soin, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'informations, d'apprentissages et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, le traitement, les soins destinés à aider le patient et sa famille, comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales (Formarier & Jovic, 2009, p. 163).

L'approche de l'ETP se divise en quatre étapes symboliques (Juillièrre & Jourdain, 2011, p. 13).

La première étape repose sur « l'identification des besoins, des attentes du patient ainsi qu'à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser » (Jourdain & Juillière, 2011, p. 4), en d'autres termes, c'est une anamnèse de la situation du patient. C'est une étape indispensable, dans laquelle il est nécessaire de prendre en compte les différents aspects de la vie du patient, par exemple ses besoins, ses attentes et ses ressources dans son rapport à sa maladie. L'objectif du diagnostic éducatif est « de mettre en adéquation les priorités du patient en regard de celles souhaitées par les professionnelles de santé » (Jourdain & Juillière, 2011, p. 4). À savoir que ce diagnostic éducatif peut être redéfini et modifié à tout moment du processus de l'ETP dans le but de proposer un programme personnalisé (Jourdain & Juillière, 2011, p. 4). Le diagnostic éducatif se réfère à une liste de compétences qui pourront être acquises au terme du programme d'ETP. Il existe huit différentes compétences qui sont les suivantes :

- Faire connaître ses besoins, ses valeurs, ses attentes, ses émotions, informer son entourage.
- Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer sur la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales de la maladie, les principes du traitement.
- Repérer des signes d'alertes, des symptômes précoces, analyser une situation à risque, mesurer ses signes vitaux.
- Faire face, décider dans l'urgence, connaître la conduite à tenir face à une crise.
- Résoudre un problème thérapeutique quotidien, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention, aménager un environnement et un mode de vie favorables à sa santé.
- Pratiquer les techniques thérapeutiques, pratiquer les gestes comme l'auto-examen des œdèmes, des pulsations.

- Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie, réajuster le traitement, intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie et de son traitement.
- Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits.
- Utiliser les ressources du système de soins, savoir où et quand consulter, qui appeler, où rechercher des informations utiles, faire valoir ses droits, participer à des associations de patients, etc. (Fischer & Tarquino, 2014, p. 49).

La deuxième étape comprend la réalisation d'objectifs pédagogiques basés sur les besoins du patient identifiés dans l'étape précédente (Juillière & Jourdain, 2011, p. 14). « Cette volonté de compréhension mutuelle est capitale, car elle évite de reproduire des situations dans lesquelles le soignant se forge une opinion sur les besoins du patient sans que ce dernier puisse exprimer son point de vue » (Simon et al., 2007, p. 10). Ces objectifs singuliers au patient sont inscrits et permettent d'évaluer l'avancée de celui-ci dans son processus d'autogestion de la maladie (Juillière & Jourdain, 2011, p. 14).

La troisième étape, appelée aussi période d'apprentissage, a une durée plus ou moins variable. Elle est basée sur un autoapprentissage et peut se dérouler en séances collectives ou individuelles, grâce à l'utilisation de certains outils thérapeutiques adaptés au profil d'apprentissage du patient ainsi qu'à sa situation de santé (Juillière & Jourdain, 2011, p. 14). « L'acquisition de nouvelles compétences doit tenir compte du « savoir agir », du « vouloir agir » et du « pouvoir agir ». Le « savoir agir » est la façon dont l'individu gère sa situation avec des ressources pertinentes. Le « vouloir agir » se rapporte à la motivation de l'individu ainsi qu'au contexte qui peut être plus ou moins significatif pour l'apprentissage. Pour terminer, le « pouvoir agir », lui se réfère

à l'existence d'un contexte favorable et d'une organisation de vie bénéfique pour l'ETP (Jourdain & Juillière, 2011, p. 5).

La quatrième étape se caractérise par l'évaluation des différents acquis et lacunes restantes. Elle prend en compte toutes les composantes éducatives, c'est-à-dire au niveau du domaine biomédical, psychosocial et pédagogique (Juillière & Jourdain, 2011, p. 14). L'évaluation est un élément clef qui va permettre des ajustements et des réorientations dans les activités d'ETP mises en place. Elle comprend une évaluation des compétences acquises par le patient, de leur impact sur sa vie et elle peut être proposée à tout moment de la prise en charge lorsqu'elle s'avère nécessaire (Jourdain & Juillière, 2011, p. 11).

Dans le cadre de l'insuffisance cardiaque (IC), l'ETP a démontré son efficacité, par exemple « une heure d'éducation individuelle dispensée par une infirmière à la sortie du patient permet une réduction de 35% du risque de décès ou de réhospitalisations et une diminution des coûts des soins » (Juillière & Jourdain, 2011, p. 14). De plus, lorsqu'il s'agit d'une prise en charge interdisciplinaire, par exemple par un médecin traitant, un cardiologue, un infirmier spécialisé, un pharmacien, un diététicien, une assistante sociale, son action s'en trouve enrichie (Labrunée et al., 2012).

L'ETP se base principalement sur la prévention des risques cardiovasculaires dans les pathologies cardiaques chroniques (Labrunée et al., 2012).

L'adhésion au traitement, le changement des habitudes de vie et des mesures hygiénodététiques sont des éléments clés pour l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. En effet, près de 35 à 45 % des hospitalisations lors de poussée d'IC seraient évitables par une meilleure observance (Jourdain et al., 2003, p. 329).

Dans le cadre d'une ETP d'un patient atteint d'IC, les objectifs indispensables pour la sécurité doivent comprendre les éléments suivants : « connaître les signes d'alertes et réagir de manière adaptée, de prendre régulièrement son traitement, d'adapter son activité physique, de suivre les recommandations diététiques et d'organiser son suivi médical et sa prise en charge » (Jourdain & Juillière, 2011, p. 4). Selon Jourdain et Juillière (2011), il existe diverses connaissances et compétences que le patient atteint d'ICC peut acquérir lors d'un processus éducationnel. Ils les classent autour de quatre grands domaines distincts qui sont la pathologie, le traitement, l'alimentation et l'activité physique (Jourdain & Juillière, 2011, p. 5). De plus, l'ETP a également une influence sur le psychisme : « certains patients et proche-aidants expriment que l'ETP apporte un plus par rapport à un simple traitement par médicaments, qu'ils se sentent plus en confiance dans la gestion de leur maladie et plus entourés » (Garbacz et al., 2015, pp. 465-466).

Dans ce travail, l'ETP concerne le domaine de la pathologie dans le but d'une autogestion des symptômes par le patient atteint d'ICC. Les acquisitions peuvent être séparées en trois catégories particulières qui sont les connaissances, le savoir-faire et le savoir-être (Jourdain & Juillière, 2011, p. 6).

Concernant les connaissances, le patient pourrait par exemple connaître : la physiologie du cœur sain ; la physiopathologie de son IC ; les principaux signes cliniques annonciateurs d'une décompensation cardiaque, tels que la prise de poids rapide, les œdèmes, l'augmentation de la dyspnée, etc. ; les signes de décompensation et identifier ses propres signes de décompensation ; les risques d'aggravation de l'IC; les facteurs favorisant d'une décompensation cardiaque (Jourdain & Juillière, 2011, p. 6).

Concernant le savoir-faire, le patient serait à même d'acquérir les compétences d'autosurveillance et d'agir en fonction de l'observation faite, par exemple se peser régulièrement, augmenter les diurétiques s'il y a une prise de poids selon les dires du médecin, savoir où appeler en cas de besoin, etc. (Jourdain & Juillière, 2011, p. 6).

Concernant le savoir-être, le patient serait capable de : reconnaître les compétences de chaque professionnel et de leur suivi ; comprendre que l'acquisition des compétences permettra d'améliorer la qualité de vie ; comprendre que le traitement médicamenteux à lui seul ne suffit pas ; tenir à jour une courbe de surveillance du poids ; adapter son comportement face à l'apparition de symptômes, tels que la prise de poids de plus de 2kg en trois jours, les œdèmes des membres inférieurs, la dyspnée, les douleurs thoraciques, la fièvre, la bronchite, la fatigue, etc. (Jourdain & Juillière, 2011, p. 6).

3.1.2 Autogestion des symptômes

Le concept d'autogestion, traduit en anglais *self-management* est constaté de plus en plus régulièrement dans les sciences infirmières. Ce concept est utilisé dans plusieurs domaines comme celui de la promotion de santé, celui des problèmes de santé aigus, mais aussi lors de maladies chroniques dont l'usage est le plus fréquent (Richard & Shea, 2011).

Comme mise en évidence dans la problématique, la prévalence des maladies chroniques, notamment de l'insuffisance cardiaque, augmente dans le monde entier. Ce phénomène est lié à la population vieillissante ainsi qu'à l'amélioration de la prise en soin. Cela aboutit à une problématique importante de santé publique ainsi qu'à de graves répercussions sur le pronostic vital, sur la qualité de vie des patients et sur les coûts engendrés (Gardetto, 2011, p. 39).

La trajectoire clinique de l'ICC est caractérisée par des symptômes chroniques entremêlés de symptômes aigus qui mènent à des événements tels que l'augmentation des hospitalisations et d'autres conséquences déjà citées (Gardetto, 2011, p. 39). Il est évident qu'une approche englobant l'implication directe et active de la personne atteinte d'une maladie chronique ainsi que de sa famille et ses proches en partenariat avec les professionnels de santé est nécessaire pour l'avenir (Formarier & Jovic, 2009, p. 85).

Les stratégies d'autogestion sont devenues peu à peu une notion centrale de la prise en charge des maladies chroniques (Gardetto, 2011, p. 39).

Le concept d'autogestion est « une capacité que les personnes utilisent pour tenter consciemment de maîtriser leur maladie, plutôt que d'être contrôlées par elle » (Richard & Shea, 2011).

Selon Barlow, l'autogestion de manière générale est définie par :

La capacité de l'individu à effectuer des actions, telles que la résolution de problèmes, la prise de décision, l'utilisation de ressources, la formation de partenariats patient-soignant, la planification d'actions et l'adaptation aux activités quotidiennes, la gestion des tâches quotidiennes, les changements inhérents au mode de vie, les symptômes physiques ainsi que les conséquences psychosociales de la santé et du bien-être tout au long de la vie de celui-ci (Gardetto, 2011, p. 41)

Selon Kralik :

L'autogestion s'inscrit dans la pratique à la fois comme structure, processus et résultat. Le soutien et la promotion à l'autogestion par une organisation se définissent comme la structure de ce concept. Les différentes stratégies mises en œuvre caractérisent ainsi le processus. Les comportements et aptitudes de santé d'un individu dans sa prise en charge de sa santé peuvent définir le résultat recherché de l'autogestion (Formarier & Jovic, 2009, p. 86).

Le processus d'autogestion comprend donc la surveillance de sa propre santé et la mise en œuvre de stratégies afin de gérer les conséquences des maladies chroniques, telles que la gestion des symptômes (Gardetto, 2011, p. 40).

Dans la surveillance de sa propre santé, l'autosurveillance est définie comme :

L'autosurveillance est composée de deux éléments : la connaissance des symptômes corporels, des sensations, de l'activité quotidienne, des processus cognitifs et les mesures, l'enregistrement et les observations qui éclairent la cognition ou qui fournissent des informations pour une action indépendante ou une consultation avec les prestataires de soins (Riegel & Dickson, 2008, p. 191)

L'autosurveillance implique une connaissance du processus physiopathologique et des symptômes de la maladie, un soutien social et familial, des compétences pour la mesure et la résolution des problèmes de santé, mais aussi des objectifs pour avoir géré sa vie avec une maladie chronique (Richard & Shea, 2011).

Selon les diverses recherches, l'autogestion et l'autosurveillance des maladies chroniques sont le résultat d'interventions qui facilitent la capacité des patients à surveiller leurs symptômes et à prendre des décisions éclairées en tant que partenaires actifs dans la gestion de leur maladie et leur santé. Les interventions peuvent comprendre l'ETP, les jeux de rôles, le soutien psychologique, etc. (Richard & Shea, 2011).

La surveillance régulière des symptômes d'IC, qui peut réduire le risque d'exacerbations des symptômes d'IC et prévenir les réadmissions à l'hôpital, est l'un des éléments clés de cette prise en charge autonome (S. Lee & Riegel, 2018).

3.2 Champ disciplinaire infirmier

Afin d'éclairer et de poursuivre ce travail de Bachelor, le cadre conceptuel choisi est : *the Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care*

(Riegel et al., 2016) de Barbara Riegel, Victoria Vaughan Dickson et Kenneth M. Faulkner. Le choix s'est porté sur celle-ci, car elle traite de l'autosoin chez un patient atteint d'ICC, ce qui correspond parfaitement à la thématique de ce travail. Plus précisément, elle rejoint le but escompté de ce travail, notamment dans l'autogestion des symptômes par le patient afin de prévenir les conséquences de la maladie chronique.

3.2.1 Théorie de soins « Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care »

Cette théorie, propre à l'IC, signifie qu'elle se concentre sur des phénomènes cliniques observés dans la pratique (Riegel et al., 2012). Une théorie propre à la situation se concentre sur des phénomènes cliniques spécifiques observés dans la pratique. Elle est donc plus concrète vis-à-vis de la pratique et non généralisable à d'autres situations par rapport à un modèle conceptuel ou une théorie de niveau intermédiaire qui expliquent un large panel de phénomènes plus abstraits (Riegel & Dickson, 2008, p. 190).

Les patients atteints d'IC font face à des défis uniques qui entravent la gestion des symptômes. Certains de ces obstacles incluent l'existence de plusieurs symptômes qui se chevauchent provenant de comorbidités et de changements liés à l'âge ou à la maladie (S. Lee & Riegel, 2018, p. 205).

En 2008, la version originale de la théorie de l'autosoin spécifique à l'ICC a été publiée. Celle-ci a également contribué à éclairer une théorie de niveau intermédiaire d'un des mêmes auteurs en 2012, intitulée *Self-care of Chronic*

Illness de Barbara Riegel, Tiny Jaarsma et Anna Strömberg (Riegel et al., 2012).

En 2016, la théorie *Situation Specific of Heart Failure Self-care* a été révisée (Riegel et al., 2016). La principale modification qui a été effectuée est l'ajout du concept de la perception des symptômes à la place de la surveillance de l'autosoin.

L'autosoin est défini comme « un processus décisionnel qui influence les actions qui maintiennent la stabilité physiologique, qui facilite la perception des symptômes et qui oriente la gestion de ces symptômes » (Riegel et al., 2016). Dans cette théorie le symptôme est défini comme « un état interne perçu de manière désagréable » (S. Lee & Riegel, 2018).

En effet, dans cette théorie révisée, les auteurs mettent en évidence l'implication de la prise de décisions en milieu naturel. Cette notion de prise de décisions en milieu naturel, nommée en anglais *Naturalistic decision making (NDM)* est une « théorie qui tente à expliquer comment les individus prennent des décisions dans des contextes réels qui leur sont significatifs et familiers » (Riegel et al., 2016, p. 228). En se basant sur cette théorie *NDM*, les auteurs de la *Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care* stipulent que ; la façon dont les décisions sont prises par les patients atteints d'IC est d'une part, influencée par les facteurs liés à la personne, au problème et à l'environnement et est d'autre part, dépendante des connaissances, des compétences, des expériences et des valeurs du patient. Par la suite, ce processus de prise de

décisions exerce une influence importante sur les processus d'autogestion des soins d'entretien, de perception des symptômes et de gestion qui seront présentés ci-dessous (Riegel et al., 2016).

Les auteurs spécifient qu'en réalité ce n'est pas toujours linéaire ou unidirectionnel. En d'autres termes, la personne, le problème ou l'environnement peuvent influencer l'autosoin, mais un autosoin peut à son tour influencer la personne, le problème ou l'environnement.

Le processus décisionnel en milieu naturel « reconnaît que les décisions du monde réel sont prises dans des conditions d'incertitudes, de contraintes de temps et de contextes variés » (Riegel et al., 2016, p. 228). Ce qui signifie que ces décisions peuvent être une source de stress pour les personnes concernées, c'est pour cela que dans ces situations les patients ne sont généralement pas seuls et qu'il y a de multiples intervenants (Riegel et al., 2016, p. 228). Par exemple, ces décisions doivent être prises de façon à gérer une exacerbation ou une situation qui peut avoir des conséquences pouvant mettre la vie en danger. Plus précisément, une personne qui décide de ne pas prendre en charge activement et en temps opportun les symptômes d'une augmentation de la rétention d'eau, risque une détérioration rapide de l'état cardiaque, une hospitalisation, voire la mort.

Dans l'autosoin de l'insuffisance cardiaque, des décisions peuvent être prises quotidiennement, « par exemple, les patients doivent décider s'ils doivent prendre des médicaments ou quels aliments ils peuvent manger, ils

doivent également décider quelles sont les mesures pour détecter une éventuelle aggravation de l'ICC, etc. » (Riegel et al., 2016, p. 229).

3.2.1.1 Les facteurs influençant la prise de décision

Comme cité ci-dessus, certains facteurs liés à la personne, au problème et à l'environnement influencent le processus décisionnel.

Les facteurs liés à la personne, par exemple l'ethnicité, le statut économique, le niveau de *health literacy*, etc. influencent l'autosoin. L'importance de la spiritualité et des croyances religieuses sur l'autosoin a une place dans la gestion de la maladie chronique (Riegel et al., 2016, p. 230).

Le sentiment d'auto-efficacité a une forte influence sur les décisions et les actions prises par les patients en matière d'autosoins. Les personnes concernées « prennent des décisions sur les comportements à adopter principalement sur la base de leur sentiment auto-efficacité » (Riegel et al., 2016, p. 230).

Selon Bandura « l'auto-efficacité est la confiance que l'on a dans la capacité d'accomplir une action spécifique et de persister malgré les obstacles » (Riegel et al., 2016, p. 230). Il semblerait que les « patients atteints d'ICC ayant des niveaux d'auto-efficacité plus élevés déclarent des meilleurs soins, un bien-être psychologique ainsi qu'une meilleure qualité de vie » (Riegel et al., 2016, p. 230).

Les facteurs liés au problème peuvent être ; le fonctionnement physique, la présence ou non de symptômes, la présence ou non de troubles cognitifs (par exemple déficit de mémoire ou de l'attention, incapacité de reconnaître les exacerbations et à les exprimer, etc.) et la présence ou non de comorbidités, pouvant rendre l'autosoin plus difficile et diminuer le sentiment d'auto-efficacité (Riegel et al., 2016, p. 230).

Les facteurs liés à l'environnement font référence aux limitations fonctionnelles selon le stade de l'ICC. En effet, certaines personnes concernées ont besoin d'aide pour les actes de vie quotidienne et domestique. La présence d'un aidant naturel et la capacité à accéder à un établissement de santé influent également le processus d'autosoins (Riegel et al., 2016, pp. 230-231).

Les caractéristiques de la personne, les facteurs propres au problème et les facteurs environnementaux permettent d'expliquer pourquoi la *NDM* varie entre les individus (Riegel et al., 2016, p. 229).

Le processus décisionnel dépend également de l'expérience, des connaissances, des compétences et des valeurs de la personne.

L'expérience « permet d'acquérir des connaissances ou des compétences dans un domaine particulier à la suite d'une participation ou d'une exposition à la situation » (Riegel et al., 2016, p. 229). L'expérience est considérée comme le « cœur » du développement des compétences en autosoins par les patients.

Les connaissances font référence « aux informations pertinentes que l'on peut se rappeler de la matière précédemment apprise » (Riegel et al., 2016, p. 229). L'acquisition des connaissances, qui est un des buts des démarches éducatives, implique les processus cognitifs complexes tels que la perception, l'apprentissage, la communication et le raisonnement.

Les compétences dans la prise et l'exécution de décisions « sont nécessaires pour mener à bien un comportement d'autogestion de santé » (Riegel et al., 2016, p. 229). Les compétences s'acquièrent au fil du temps et de l'expérience. Elles comprennent à la fois « les compétences tactiques », c'est-à-dire « comment faire ? » et « les compétences situationnelles », c'est-à-dire « quoi faire quand ? » (Riegel et al., 2016, p. 229).

Pour terminer, l'action ou le comportement choisi doit être en accord avec les valeurs de la personne concernée. Les valeurs sont définies « comme des préférences concernant les lignes de conduite où les résultats appropriés ainsi que le reflet du sens du bien et du mal » (Riegel et al., 2016, p. 230). Celles-ci sont dérivées des valeurs socioculturelles.

3.2.1.2 Les processus d'autosoins

Dans cette théorie, l'autosoin comporte les trois processus suivants :

Le premier processus d'autosoins est l'entretien (*maintenance*) qui tient compte de l'observance du traitement et des comportements sains, par exemple suivre un régime hyposodé, faire de l'exercice physique contrôlé, etc. (Riegel & Dickson, 2008). En d'autres termes, il permet de maintenir la stabilité

physiologique par le traitement et le suivi du symptôme (S. Lee & Riegel, 2018).

Le deuxième processus d'autosoins appelé la perception des symptômes (*symptom perception*) implique l'écoute de son corps, la surveillance des signes d'alerte ainsi que la reconnaissance, l'interprétation et l'étiquetage des symptômes lorsqu'ils se manifestent. Dans ce processus, les patients atteints d'ICC doivent surveiller régulièrement les modifications corporelles (Riegel et al., 2016). L'écoute corporelle est définie « comme une approche individualisée utilisée pour reconnaître les signes imprécis et uniques d'une exacerbation de l'ICC » (S. Lee & Riegel, 2018, p. 205). Si un symptôme ou un signe est identifié, ils doivent déterminer ce que cela signifie et en évaluer l'importance ainsi que la nécessité d'un traitement (S. Lee & Riegel, 2018).

Le troisième processus d'autosoins est la gestion (*management*), c'est-à-dire la réponse aux symptômes lorsqu'ils surviennent (Riegel & Dickson, 2008). Autrement dit, elle correspond à la reconnaissance, l'évaluation et l'action sur les symptômes (S. Lee & Riegel, 2018).

L'orientation typique liée à la situation du processus vers l'action est illustrée dans l'Appendice H.

3.2.1.3 Postulats et propositions théoriques de la « Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care »

Cette théorie met en avant cinq postulats qui sont les suivants :

- Le premier postulat tend à ce que les êtres humains veuillent se sentir physiquement ainsi qu'émotionnellement bien et en bonne santé,
- Le deuxième postulat stipule que les adultes intacts sur leur plan cognitif sont les premiers responsables de leur propre santé,
- Le troisième postulat dit que tous les autosoins impliquent une prise de décisions : les personnes qui ne prennent pas soin d'elle-même, ont pris la décision de se comporter de la manière choisie,
- Le quatrième postulat relate que l'on peut apprendre à prendre soin de soi,
- Le cinquième postulat explique que lorsque la personne, le problème et les facteurs environnementaux interagissent, ils contribuent à l'autosoin dans une voie unique (Riegel et al., 2016, p. 231)

Les huit propositions théoriques faites par les auteurs dans cette théorie sont :

- Les comportements d'entretien spécifiques sont influencés par des facteurs uniques,
- Des groupes de symptômes physiques et émotionnels² influencent l'autosoin de façon unique et importante,
- Les décisions concernant l'autosoin peuvent être prises consciemment ou inconsciemment, celles-ci sont guidées par l'interaction de la personne, du problème et des facteurs environnementaux,
- Les comorbidités nuisent à la capacité des patients à différencier la cause de leurs symptômes et à l'auto-efficacité des autosoins,
- L'auto-efficacité des autosoins est un médiateur ou un modérateur entre les indicateurs de l'autosoin, les comportements des autosoins (en matière de maintien, de perception des symptômes, de gestion) ainsi que les résultats,
- Des niveaux modérés à élevés d'autogestion de la santé sont nécessaires pour améliorer les résultats,
- Si le sentiment d'auto-efficacité de l'autosoin augmente, les comportements d'autosoins autonomes augmentent,
- La maîtrise de l'entretien des autosoins précède la maîtrise de la perception des symptômes qui précède l'autogestion des soins. Autrement dit, l'autosoin semble être un processus linéaire allant de l'entretien à la perception des symptômes et à la gestion (Riegel et al., 2016, p. 231).

² Deux grands groupes de symptômes ont été identifiés : un groupe des symptômes physiques comprend généralement l'essoufflement, la fatigue et les troubles du sommeil et un groupe de symptômes émotionnels comprend la dépression, l'inquiétude et les problèmes cognitifs (Riegel et al., 2016, p. 231).

3.2.1.4 Liens avec la thématique

Cette théorie met en avant le fait que l'autosoin est considéré comme un élément essentiel pour la prise en charge d'un patient qui est atteint d'ICC. Cette théorie reprend des notions clés étayées dans ce travail, notamment l'insuffisance cardiaque, l'autogestion des symptômes et l'autosoin. En effet, les auteurs de la théorie stipulent que « la gestion des symptômes est le comportement d'autogestion de la santé le plus élevé et le plus raffiné qui exige le plus de connaissances et de compétences » (Riegel et al., 2016, p. 231). Selon nous, cette théorie spécifique à la situation confirme l'importance d'encourager l'autosoin chez les personnes atteintes d'ICC. Pour ce faire, la mobilisation de l'ETP dans la prise en charge médicale et infirmière de l'ICC serait un outil pertinent afin d'améliorer les compétences en autosoins et les prises de décisions face à la maladie. De plus, cette théorie émanant de la pratique clinique quotidienne pourrait servir de guide tant pour l'intervention clinique que pour la recherche étant donné qu'elle est spécifique à l'ICC (Riegel & Dickson, 2008). Elle fournit une orientation spécifique à la situation de l'ICC en définissant les différents facteurs d'influence de l'entretien des autosoins, de la perception des symptômes et de la gestion de ceux-ci. En d'autres termes, elle permet d'identifier les besoins spécifiques du patient et ainsi d'offrir une prise en charge personnalisée.

CHAPITRE QUATRE : MÉTHODE

4. Méthode

4.1 Élaboration de la question de recherche PICOT

Dans ce chapitre, il s'agit de décrire la méthode avec laquelle les articles de recherche sont sélectionnés. Pour ce faire, la méthodologie nommée PICOT a été utilisée, acronyme en anglais signifiant : **P**opulation, **I**ntervention, **C**omparaison, **O**utcome et **T**ime (Melnik & Fineout-Overholt, 2013) afin de clairement structurer et délimiter la question de recherche. Cette méthodologie permet de préciser les concepts-clefs de notre question : « Quel est l'apport de l'éducation thérapeutique du patient pour l'autogestion des symptômes d'une personne atteinte d'insuffisance cardiaque chronique âgée de 60 à 80 ans » ?

Le **P** correspond à la population ou aux problèmes concernés dans ce travail. Il s'agit donc de patients souffrant d'ICC âgés entre 60 et 80 ans. Les critères choisis sont les êtres humains du monde entier et le genre d'hommes ainsi que de femmes, car une limitation à la population suisse ou d'un seul genre restreindrait les résultats de ceux-ci sur les bases de données.

Le **I** équivoque à l'intervention ou l'intérêt de cette recherche. Il s'agit, dans notre travail, de démontrer l'apport de l'ETP chez les patients atteints d'ICC dans le but d'améliorer la prise en charge du patient en l'accompagnant vers l'autogestion de ses symptômes.

Le **C** fait allusion à la notion de comparaison. Dans notre travail, il est question de mettre en évidence l'impact significatif de l'ETP sur l'autogestion

des symptômes par les patients atteints d'ICC en comparaison à un accompagnement comportant un programme faible dans l'apport de l'ETP.

Le **O** correspond aux résultats recherchés (outcomes). Le résultat visé de notre travail est l'autogestion des symptômes, décrit précédemment de manière plus développée et comprenant la perception, la reconnaissance et la gestion de ces derniers.

Le **T** se réfère au temps. Dans notre recension des écrits, aucune période de délai n'a été délimitée.

4.1.1 Le type de question

Selon Melnyk (2013), il existe différents types de question, d'ordre d'intervention, de pronostic, de diagnostic, d'étiologie ou de meaning (sens) (Melnik & Fineout-Overholt, 2013).

La question de recherche est de type « intervention », car elle mesure l'effet d'une action infirmière sur l'état de santé du patient. L'intervention correspond à évaluer l'impact significatif de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les capacités à mieux percevoir, reconnaître et gérer les divers symptômes chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque chronique (ICC).

4.1.2 La question de recherche

À l'issue de la méthodologie PICOT, la question de recherche élaborée est :
« Pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique âgés de 60 à 80 ans, quel est l'apport de l'éducation thérapeutique du patient sur l'autogestion des symptômes » ?

4.2 Critère de sélection des articles

Les bases de données utilisées sont PubMed, Cinhal, Cochrane et Medline conformément aux exigences. Celles-ci ont apporté un certain nombre d'articles correspondant à notre sujet. Par contre, les bases de données JBI et PsychInfo n'ont pas permis de trouver des articles pertinents par rapport à notre thématique.

Afin d'affiner notre recherche d'articles, plusieurs critères ont été définis, notamment l'utilisation de versions intégrales, l'ancienneté avec un maximum de 10 ans et des études écrites en anglais ou en français. Pour terminer, dans le cas où un article semblait concorder avec la problématique, mais n'était pas disponible en ligne, une demande à la bibliothèque de la Haute École Arc permettait d'avoir accès à ses écrits.

4.3 Mots-clefs et descripteurs des bases de données

Pour commencer, les mots-clés de notre question de recherche ont été définis, puis traduits en anglais à l'aide du site de l'Office québécois de la langue française, soit « le grand dictionnaire terminologique » (Office québécois de la langue française, n.d.). Par la suite, les mots-clefs traduits ont été introduits dans les diverses bases de données afin de définir les descripteurs spécifiques à celle-ci. Les descripteurs retenus correspondent à ceux qui sont les plus congruents et qui permettent de trouver le plus d'articles sur le thème de notre question de recherche.

L'Appendice I – Tableau n°1 illustre les mots-clefs et les descripteurs de recherches obtenus.

4.4 Sélection des articles

Après l'établissement des divers descripteurs spécifiques, les différentes combinaisons ont été soumises sur les bases de données afin de trouver un maximum d'articles correspondant à notre recherche.

Dans la base de données PubMed, six recherches ont été effectuées avec des combinaisons de termes différents. La première recherche impliquait la combinaison suivante : heart failure AND self-management (en incluant les critères full text et 10 ans). Cela a permis de trouver 24 articles, dont 1 article retenu. La deuxième recherche comportait la combinaison : heart failure AND patient education as topic AND self-care (en incluant les critères full text, 5 ans et clinical trial). Ce qui a rendu 25 articles, dont 1 article choisi. La troisième recherche était constituée de la combinaison : self care AND heart failure/diagnosis AND heart failure/therapy (en incluant les critères full text, 10 ans et clinical trial). Cette recherche a permis de trouver 20 articles, dont 1 article retenu. La combinaison de la quatrième recherche était : heart failure AND nursing (en incluant les critères full text, 10 ans et clinical trial). Cela a permis de trouver 17 articles, dont 1 article retenu. Pour la cinquième recherche, la combinaison était : self care AND heart failure/nursing (en incluant les critères 10 ans, clinical trial, full text et human). Cette recherche a donné 26 articles, dont 1 article retenu. Pour la sixième recherche, la

combinaison utilisée était : heart failure AND self-care AND patient participation (en incluant les critères clinical trial, full text, 10ans, human). Cela a permis de trouver 6 articles, dont 1 article retenu.

Pour la base de données Cinalh, la combinaison : self care AND heart failure AND (sign and symptom OR symptom), (en incluant le critère de 10 ans), a donné 2 articles, dont 1 article retenu.

Pour la base de données Cochrane, plusieurs recherches ont été réalisées avec différentes combinaisons. La première recherche était constituée de la combinaison : heart failure AND patient education as topic AND self care (en incluant les critères 5 ans et trials). Cela a permis d'obtenir 26 résultats, dont 4 retenus. La deuxième recherche effectuée englobait la combinaison : heart failure AND signs and symptoms AND self care (en incluant le critère 10 ans). Cela a permis de trouver 11 articles, dont 2 articles retenus.

Pour la base de données Medline, les termes recherchés sont : heart failure (nursing, pathology) AND patient education as topic (all subheadings) AND self care (all subheadings) (en incluant le critère 10 ans). Cette recherche a abouti à 44 articles, dont 2 articles retenus. L'appendice J – le tableau n°2 illustre les articles retenus pour notre recherche.

Afin d'effectuer un premier tri, il a été question de lire le titre, le résumé ainsi que les mots-clefs figurant dans ces articles ce qui a permis d'en éliminer une partie. Le critère suivant est la construction des articles, ceux-ci doivent comporter les rubriques suivantes : le résumé, l'introduction, la méthode, les résultats, la discussion et les intérêts pour la pratique.

Puis, si ces derniers paraissaient congruents au travers de leur résumé et leurs mots-clés, le prochain critère de sélection était l'impact factor. L'impact factor est le facteur de l'impact du journal dans lequel l'article a été publié, celui-ci indique la fréquence de citations durant ces dernières années. Plus l'impact factor est élevé, plus le niveau de preuve est meilleur (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). L'impact facteur doit se situer au-dessus de 1,5 afin qu'on retienne l'article publié dans le journal concerné pour notre travail. Cette valeur minimale de l'indicateur permet d'éviter l'utilisation d'articles ayant une méthodologie critiquable, voire des résultats biaisés.

Pour les recherches scientifiques de type « intervention », l'utilisation d'articles d'études randomisées, de méta-analyses ou de revues systématiques est recommandée (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Ces divers travaux se situent sur l'échelle de SIGN (2008) et décrivent le niveau hiérarchique allant de 1 à 4 (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008). Ces diverses recherches sont considérées par cette échelle comme ayant un bon niveau de preuve. Afin d'avoir un bon niveau de preuve hiérarchique selon SIGN (2008), une attention particulière a été portée à celui-ci en veillant à ce que les articles se situent entre 1 et 2 (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008).

Les recherches d'articles se sont effectuées sur les bases de données entre la période du 13 au 23 mai 2019. Néanmoins, il est possible que dans plusieurs mois d'autres articles apparaissent.

4.5 Analyse des articles sélectionnés

Pour l'analyse des articles scientifiques, la méthodologie de Fortin (2010) a été utilisée (Fortin & Gagnon, 2010). Celle-ci permet de structurer l'analyse d'articles et de mettre en valeur les informations pertinentes. Ainsi, il faut remplir les divers éléments attendus par rubrique, tels que pour la méthode ou les résultats (Fortin & Gagnon, 2010).

L'Appendice K – tableau n°3 résume les articles retenus avec l'impact factor et le niveau de preuve hiérarchique de chacun.

CHAPITRE CINQ : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

5 Synthèse des résultats et discussion

Dans ce chapitre, une synthèse des résultats des 15 articles sélectionnés et analysés grâce à la grille de Fortin (Fortin & Gagnon, 2010) est présentée. Par la suite, les résultats en lien avec notre question PICOT et notre champ disciplinaire sont exposés. Pour terminer, les propositions pour la pratique professionnelle seront énoncées.

5.1 Synthèse des résultats des articles

5.1.1 Nurse-led self-management group program for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial

L'objectif de cette étude randomisée contrôlée est de montrer les effets du « chronic disease self-management programme » (CDSMP) sur les caractéristiques psychosociales, le comportement en matière d'autosoins et la qualité de vie chez les patients atteints d'IC congestive qui ont connu une limitation de l'activité physique, qu'elle soit légère ou élevée. Les résultats de cette étude démontrent que le programme d'autogestion des maladies chroniques a permis à court terme d'améliorer de manière significative les comportements d'autogestion, la qualité de vie cardiaque et la gestion des symptômes cognitifs chez les patients atteints d'IC congestive, mais aucun effet à long terme n'a été observé. En conclusion, les auteurs expriment qu'il est nécessaire de trouver des solutions plus efficaces pour soutenir le

comportement d'autogestion des patients atteints d'IC dans les soins infirmiers (Esther Smeulders et al., 2010).

5.1.2 Effect of a supportive educational nursing care program on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial

L'objectif de cette étude randomisée contrôlée est d'investiguer les effets d'un programme de soins infirmiers éducatifs de soutien sur le niveau de fatigue et la qualité de vie des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Les résultats ont révélé que le programme de soins infirmiers éducatifs de soutien d'une durée de 12 semaines était significatif pour soulager la fatigue et améliorer la qualité de vie des patients atteints d'insuffisance cardiaque. En conclusion, des soins infirmiers éducatifs de soutien individualisés sont recommandés pour apporter un soutien affectif positif, améliorer la fatigue et la qualité de vie des patients par le biais d'une évaluation continue, de conseils et d'éducation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque (T. C. Wang, Huang, Ho, & Chiou, 2015).

5.1.3 Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study

Dans cette étude randomisée contrôlée, les chercheurs testent l'efficacité d'une intervention communautaire visant à développer des compétences sur l'autogestion de la santé, les connaissances et la qualité de vie liée à la santé.

Les résultats démontrent que les participants du groupe d'intervention ont amélioré de manière significative leur comportement en autosoins et leurs connaissances, mais pas leur qualité de vie liée à la santé. En conclusion, les résultats de cette étude suggèrent un changement du paradigme des interventions d'autosoins dans l'insuffisance cardiaque allant de l'engagement réactif à l'engagement actif des personnes (Dickson et al., 2014).

5.1.4 Heart failure symptom monitoring and response training

Le but de cette étude pilote est de tester l'efficacité d'un programme « HF Symptom Monitoring Awareness & Response Training » sur le délai de survenue de complications et les comportements en autosoins. Les résultats démontrent que le groupe d'intervention a signalé plus de complications, qui pourraient être attribuables à une sensibilisation accrue aux symptômes, mais cela n'a pas varié de façon significative entre les groupes. L'amélioration de l'entretien de l'autosoin ainsi de la confiance en soi sont plus élevées dans le groupe d'intervention par rapport aux groupes témoins, mais la différence n'était pas statistiquement significative et l'ampleur de l'effet était faible. En revanche, l'amélioration dans la gestion des autosoins est plus importante dans le groupe témoin. Cependant, cet effet est faible et non significatif. En conclusion, les résultats neutres indiquent la complexité de l'amélioration des résultats concernant l'IC (Jurgens, Lee, Reitano, & Riegel, 2013).

5.1.5 Reduction of heart failure rehospitalization using a Weight Management education intervention

L'objectif de cette étude randomisée contrôlée est de tester l'intervention de la gestion du poids (Weight Management) sur l'observance du suivi du poids, la réduction des réhospitalisations liées à l'IC et l'amélioration de la fonction cardiaque des patients. Les résultats démontrent qu'après 6 mois, l'observance de la surveillance du poids ainsi que l'amélioration de l'état fonctionnel cardiaque ont été significativement observées dans le groupe d'intervention. À 6 mois, le groupe d'intervention a été sujet à moins de réhospitalisations, bien que ce ne soit non significatif statistiquement. En conclusion, la surveillance quotidienne du poids est souvent recommandée pour prévenir les exacerbations. Cette étude pilote a démontré un impact positif de l'intervention sur les résultats cliniques des patients (X. Wang et al., 2014)

5.1.6 The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation

L'objectif de cette étude contrôlée randomisée est d'évaluer l'impact d'un programme éducationnel centré sur les compétences et les comportements d'autogestion du patient, la qualité de vie liée à la santé et la satisfaction liée au traitement. Concernant la compétence d'autogestion, les résultats démontrent que les participants du groupe d'intervention ont fait preuve d'un

meilleur niveau d'autosurveillance et de connaissances ainsi que d'une meilleure acquisition de compétences et de techniques, en revanche aucun changement au niveau de l'auto-efficacité n'est souligné. De plus, il a été observé des petits effets significatifs sur la satisfaction du traitement à court terme ainsi que sur le contrôle des symptômes et la qualité de vie après 6 mois et une augmentation significative du contrôle des symptômes, de la qualité de vie et de l'activité physique après 12 mois. Pour terminer, un programme de groupe d'autogestion centré sur le patient est recommandé (Meng et al., 2016).

5.1.7 A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; a longitudinal follow-up

L'objectif de cette étude randomisée contrôlée est de tester une intervention d'éducation thérapeutique visant un résultat d'autogestion sur l'auto-efficacité, les symptômes, le fonctionnement et la santé dans le contexte des soins primaires pour les patients atteints de MPOC ou d'ICC. Les résultats ont démontré que seule l'échelle qui mesurait « Canadian Occupational Performance Measure » a eu des résultats significatifs dans le groupe d'intervention après 3 mois. La question est de savoir si les auteurs ont analysé les bonnes variables, car les résultats de cette étude ne sont pas concluants. En conclusion, cette recherche oriente l'idée qu'il faut guider, former, encadrer

et éduquer les professionnels de la santé aux interventions de l'autogestion pour que celles-ci soient efficaces. L'un des points forts de cette étude est d'impliquer les patients dans le processus de conception du protocole (Zakrisson et al., 2019).

5.1.8 Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure

L'objectif de cette étude randomisée contrôlée est de déterminer chez les patients atteints d'IC l'efficacité d'une intervention spécifique sur l'engagement (patient activation) par rapport aux soins habituels, à l'autogestion des soins, aux hospitalisations et au taux d'admissions aux urgences. Les résultats démontrent que le groupe d'intervention a montré une augmentation significative des scores d'engagement durant les 6 premiers mois de l'étude. Pour les mesures de l'autogestion, il n'y a pas eu de différences significatives entre les groupes. Il y a un effet positivement significatif concernant l'observance des patients du groupe d'intervention. Les participants du groupe d'intervention ont eu comparativement moins d'hospitalisations que le groupe témoin lorsque le niveau de base d'engagement était faible ou élevé. En conclusion, l'activation du patient peut être améliorée par une intervention ciblée, des recherches plus approfondies doivent être menées sur des liens de cause à effet entre l'engagement de l'autogestion et les hospitalisations (Shively et al., 2013).

5.1.9 Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms

L'objectif de l'étude est de déterminer, chez des patients IC récemment sortis de l'hôpital pour cause d'exacerbation de leur pathologie, si une compréhension incomplète de l'IC et de ses signes est associée aux autosoins. Les résultats démontrent que les patients du groupe de compréhension complète étaient plus susceptibles d'avoir une meilleure observance des activités d'autosoins, d'adhérer à la surveillance quotidienne du poids, à la restriction des liquides, à la capacité de demander de l'aide, comparativement aux patients des groupes de compréhension modérée et faible. En conclusion, une majorité des patients sortant de l'hôpital ont une compréhension incomplète des liens entre les mécanismes d'exacerbation de l'IC et ses symptômes, ce qui prédit une perception erronée et donc une mauvaise gestion des autosoins (K. S. Lee, Moser, & Dracup, 2018).

5.1.10 Self-care behaviors and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?

L'objectif de cette étude est d'étudier les différences dans les compétences en autosoins entre les patients novices et expérimentés en relation des symptômes d'ICC. Les résultats stipulent que les patients expérimentés étaient plus susceptibles de surveiller leurs symptômes, d'avoir des comportements qui les aident à maintenir leur stabilité physiologique et de prendre les

décisions appropriées lorsque leurs symptômes ont changé. En conclusion, la différence d'acquisition de compétences en matière d'autosoins renforce la nécessité d'une évaluation continue des comportements. Cela suggère que les stratégies éducatives soient adaptées aux besoins individuels, plutôt que d'adopter une approche globale. Une mauvaise prise en charge de soi peut entraîner des limitations physiques, une qualité de vie médiocre ainsi qu'une augmentation des hospitalisations et d'admissions aux urgences (Cameron, Worrall-Carter, Page, & Stewart, 2010).

5.1.11 Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community

L'objectif de cette étude est d'explorer les processus de prise de décision des personnes atteintes d'ICC à mesure que leurs symptômes se modifient. Au sujet des résultats, les fluctuations journalières sont assimilées par les patients comme un quotidien, ce qui entraîne une désensibilisation de la reconnaissance des symptômes et une diminution de la capacité fonctionnelle. Les actions et les compétences de contrôle des symptômes réduisent l'idée de l'instabilité de ceux-ci. Cette désensibilisation retarde la recherche d'aide, entraînant une escalade des symptômes et une perte de contrôle. Lors de la description d'événements menant à l'exacerbation de symptômes, les participants n'ont pas signalé d'action de demande d'aide ou de prise de décisions en matière d'autosoins. En conclusions, les résultats appuient la

nécessité d'éduquer la reconnaissance précoce des symptômes, les avantages d'une activité physique sûre et un système pour soutenir la collaboration entre le patient et le médecin dans le cadre de l'autogestion de la santé (Schumacher, Hussey, & Hall, 2018).

5.1.12 Improving heart failure symptom recognition: a diary analysis

Le but de cette étude est d'évaluer une intervention éducative individualisée sur l'utilisation des carnets de suivi du poids dans la mesure de l'observance de la surveillance quotidienne du poids, les raisons de la non-observance, la prévalence du gain de poids et le comportement de recherche de conseils médicaux après un gain de poids. Concernant les résultats, cette étude révèle une forte observance du poids quotidien. Cependant, les épisodes de prise de poids n'ont pas conduit à des comportements de recherche d'aide vers un médecin ou un prestataire de soins. Les résultats disent que la majorité des patients ont connu un ou plusieurs épisodes significatifs d'augmentation du poids. Le temps des vacances était la raison la plus courante de non-observance. En conclusion, les carnets de suivi personnels sont prometteurs pour la prise en charge des symptômes et offrent aux patients l'occasion de se prendre en charge. Toutefois, les cliniciens doivent encourager les patients à utiliser les instructions du journal pour obtenir rapidement des soins médicaux (White, Howie-Esquivel, & Caldwell, 2010).

5.1.13 Effect of a hospital-based education program on self-care behavior, care dependency and quality of life in patients with heart failure

Le but de cette étude randomisée contrôlée est d'évaluer les effets d'une séance d'éducation thérapeutique en milieu hospitalier concernant l'IC et un suivi téléphonique de trois mois sur les comportements d'autosoins, la dépendance aux soins et la qualité de vie des patients atteints d'ICC. Pour les résultats, l'éducation à l'autogestion de la santé a eu une influence significative sur l'autosoin global de l'IC, mais pas sur la dépendance aux soins et la qualité de vie. Pour conclure, une seule séance d'éducation avec un suivi téléphonique consécutif permet d'améliorer les comportements généraux d'autosoins, mais non la qualité de vie. La dépendance à l'égard des soins n'a pas été influencée par la séance d'éducation (Lohrmann, Mittag, Dassen, & Köberich, 2015).

5.1.14 Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure

Cette étude randomisée contrôlée vise à utiliser le modèle PRECEDE comme programme de promotion de l'éducation à la santé et étudier son effet sur la dépression, les comportements d'autosoins et la qualité de vie. Les résultats montrent que les scores des échelles de mesure se sont améliorés de façon significative par rapport au groupe témoin. En conclusion, cette étude démontre que le modèle PRECEDE de promotion de l'éducation à la santé est

efficace pour soulager les symptômes de dépression, améliorer l'autosurveillance et améliorer la qualité de vie des patients âgés atteints d'ICC (Q. Wang, Dong, Jian, & Tang, 2017).

5.1.15 Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients

Cette étude randomisée contrôlée a porté sur la faisabilité d'un programme d'autogestion des maladies chroniques, le « Chronic Disease Self-Management Program » (CDSMP) chez des patients atteints d'ICC. Cette étude souhaite mesurer la faisabilité, l'adhésion des patients au programme et l'opinion des participants et des professionnels à ce sujet. D'après les résultats de l'étude, ce programme de groupe complet semble applicable à un groupe homogène de patients atteints d'ICC présentant des symptômes de classe II et III selon la New York Heart Association (NYHA). L'adhésion au programme par les patients s'est révélée bonne. La majorité des patients ont considéré que la méthode éducative des professionnels et des patients leaders était adéquate. Les professionnels et les patients leaders avaient des opinions favorables à l'idée de diriger le programme ensemble. En conclusion, après 12 mois et le suivi du programme environ les trois quarts des patients ont déclaré qu'ils ont retiré des bénéfices. Les auteurs recommandent de consacrer plus de temps sur divers sujets du programme et de préciser davantage les critères de sélection des patients (E. Smeulders et al., 2009).

5.2 Développement des résultats en lien avec question PICOT

La synthèse des résultats a été orientée selon notre question PICOT (Melnik & Fineout-Overholt, 2013) : « Quel est l'apport de l'éducation thérapeutique du patient pour l'autogestion des symptômes d'une personne atteinte d'insuffisance cardiaque chronique âgée de 60 à 80 ans » ?

Ces études ont évalué par le biais de diverses échelles et questionnaires les effets de divers programmes d'éducation thérapeutique sur plusieurs domaines de la vie quotidienne du patient atteint d'ICC. Ceux-ci visent en général l'amélioration des comportements d'autosoins, d'observance, de connaissances de la pathologie, de l'état de santé du patient et la qualité de vie liée à santé. De plus, ils visent la diminution de la survenue d'exacerbation de l'ICC influençant le taux d'hospitalisations et d'admissions aux urgences.

Plusieurs études ont démontré une amélioration des comportements d'autosoins par le biais de programmes éducatifs diversifiés et spécifiques à la situation d'ICC (Dickson et al., 2014 ; Jurgens et al., 2013 ; Esther Smeulders et al., 2010 ; Q. Wang et al., 2017). Certains auteurs spécifient que l'effet significatif n'a pas tendance à se prolonger, d'où l'importance d'ajouter un suivi individuel à long terme dans les interventions infirmières standards (Esther Smeulders et al., 2010).

Les patients qui ont une expérience plus longue en matière d'entretien et de gestion des autosoins étaient plus susceptibles de surveiller leurs

symptômes, d'avoir des comportements qui les aident à maintenir leur stabilité physiologique et de prendre des décisions appropriées (Cameron et al., 2010).

Une autre étude a démontré qu'il est nécessaire d'adapter les stratégies éducatives aux besoins individuels selon leurs niveaux de compétences en autosoins, plutôt que d'adopter une approche globale pour tous les patients (Cameron et al., 2010).

Certaines études ont permis de démontrer, par le biais de programmes d'éducation, une amélioration à court terme de la gestion des symptômes cognitifs (Esther Smeulders et al., 2010).

L'autosurveillance qui correspond à un comportement d'autosoins a été mesurée dans une étude, celle-ci a fait ressortir que le programme d'autogestion à améliorer l'autosurveillance et l'acquisition des connaissances. Cependant, ce programme n'a pas révélé d'effet sur la maîtrise des symptômes (Meng et al., 2016). Néanmoins, les auteurs stipulent qu'un programme d'autogestion centré sur le patient apporte plus de bénéfices qu'un enseignement thérapeutique habituel (Meng et al., 2016).

Des connaissances insuffisantes des signes et des symptômes de l'ICC peuvent conduire à une perception erronée de la situation et donc conduire à une mauvaise gestion de ceux-ci ainsi qu'à l'apparition de complications (K. S. Lee et al., 2018).

Certaines études ont analysé l'autogestion des symptômes, celles-ci portaient notamment sur la surveillance du poids et de divers symptômes telles la fatigue et l'amélioration de l'état fonctionnel. Plusieurs études ont cherché un lien entre la surveillance du poids et les hospitalisations de personnes atteintes d'ICC. Celles-ci ont démontré qu'un carnet de suivi est un outil intéressant autant pour les patients vis-à-vis de leurs implications dans leur prise en charge de la santé, que pour les professionnels, vis-à-vis des informations récoltées (Lohrmann et al., 2015 ; X. Wang et al., 2014 ; White et al., 2010).

De plus, la reconnaissance précoce des changements des symptômes et la réponse appropriée à ceux-ci ainsi qu'une intervention d'éducation thérapeutique axée sur les compétences liées à la prise de poids se sont révélées efficaces en ce qui concerne l'état fonctionnel du patient en lien avec la classification New York Heart Association (NYHA) (Cameron et al., 2010 ; X. Wang et al., 2014).

Une étude a constaté qu'après un programme éducatif infirmier, la sensation de fatigue des patients atteints d'ICC a diminué de façon significative (T. C. Wang et al., 2015).

Un questionnaire nommé « European Heart Failure Self-care Behavior Scale » a été utilisé pour évaluer certains comportements d'autosoins, notamment dans la surveillance de certains symptômes et la réponse à ces derniers. Par exemple, les actions mises en place par les patients lors d'essoufflement, d'œdème, de prise de poids et de fatigue. Dans l'étude

correspondante, les comportements évalués dans ce questionnaire se retrouvent dans le programme d'éducation et celui-ci a démontré une amélioration significative de ces derniers (Q. Wang et al., 2017).

Afin d'établir un lien avec le cadre conceptuel étudié dans ce travail, un certain nombre d'études s'appuient sur l'échelle « Self-Care Heart Failure Index » (SCHFI) élaborée par les auteurs Riegel and al. de « *the Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care* ». Cette échelle mesure par ses trois sous-échelles, les comportements d'entretien et de gestion des autosoins ainsi que la confiance en soi (Cameron et al., 2010 ; Dickson et al., 2014 ; Jurgens et al., 2013 ; Shively et al., 2013).

De plus, les recherches analysées ont illustré d'autres phénomènes recherchés par les programmes d'éducation thérapeutique. En ce qui concerne notre question de recherche, les articles analysés ont permis d'approfondir notre réflexion. En effet, cela a permis d'élargir notre compréhension globale du sujet ainsi que de préciser les divers effets escomptés de l'éducation thérapeutique. Certaines études affirment que de nombreuses hospitalisations sont potentiellement évitables si les signes précurseurs de décompensations sont reconnus et traités en amont. Cependant, la surveillance du poids ne suffit pas à elle seule à prévenir l'hospitalisation, cela suggère donc qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres connaissances et compétences spécifiques à l'autosoin (X. Wang et al., 2014).

Cependant, une autre étude a mis en évidence qu'il y a eu un taux de survenue d'évènements de complications plus élevé dans le groupe qui a reçu le programme d'éducation thérapeutique. Selon les chercheurs, ce résultat serait attribuable à une sensibilisation accrue aux symptômes (Jurgens et al., 2013).

Plusieurs études ont étudié l'effet d'un programme éducatif sur la qualité de vie des patients liée à leur santé. Il a été démontré qu'il y a eu une amélioration de celle-ci dans plusieurs articles (Meng et al., 2016 ; Esther Smeulders et al., 2010 ; T. C. Wang et al., 2015). Une étude suggère qu'un programme d'éducation est une méthode utile pour améliorer les comportements d'autosoins, l'état dépressif et la qualité de vie des patients atteints d'ICC (Q. Wang et al., 2017). Cependant, dans un autre article, il n'y a pas d'amélioration de la qualité de vie liée à la santé. Les auteurs supposent qu'il faut une intervention à plus long terme pour capturer des effets véritables (Dickson et al., 2014).

La dépression entraîne un manque de motivation et compromet l'adhésion aux comportements d'autosoins. Ainsi, des comportements inadéquats en matière d'autosoins sont des prédicteurs d'un taux plus élevé de réadmissions à l'hôpital et de mortalité ainsi que d'une mauvaise qualité de vie (Q. Wang et al., 2017). D'autres facteurs tels que la gravité de la maladie, des comorbidités, l'isolement, les vacances, la carence de connaissances liées à la pathologie avec une incompréhension incomplète des liens entre les mécanismes et les

conséquences ainsi qu'un suivi à court terme prédisent une gestion inefficace des autosoins (Jurgens et al., 2013 ; K. S. Lee et al., 2018 ; Lohrmann et al., 2015 ; Q. Wang et al., 2017 ; White et al., 2010 ; Zakrisson et al., 2019).

A contrario, plusieurs éléments favorisent la mise en pratique des autosoins. Respectivement, un soutien et une gestion des sphères émotionnelles, psychologiques et sociales, une planification des autosoins avec des objectifs personnalisés et adaptés aux besoins et un suivi sur plusieurs séances optimisent une gestion des autosoins (Lohrmann et al., 2015 ; E. Smeulders et al., 2009 ; Q. Wang et al., 2017).

En conclusion, cette revue de littérature ne permet pas de répondre précisément à notre question de recherche. Selon nos recherches, la littérature scientifique en général ne porte pas spécifiquement sur le concept d'autogestion des symptômes. Les études composant cette revue sont axées sur l'effet de l'ETP sur les comportements et le concept de l'autosoin. Néanmoins, ce concept a été précédemment défini et représente le résultat de notre cadre conceptuel. L'autogestion des symptômes étant un concept plus précis que l'autosoin, c'est pourquoi il est compréhensible de retrouver une faible recension des écrits à ce sujet. Selon notre analyse des articles scientifiques, une intervention en éducation thérapeutique engendre dans tous les cas une plus-value à la prise en charge de l'ICC malgré certains résultats faiblement significatifs. Cela a permis de mettre en lumière le fait qu'une éducation thérapeutique du patient (ETP) a un effet sur l'autogestion des

symptômes malgré la diversité des méthodologies et des interventions données. L'effet de l'éducation thérapeutique chez la personne atteinte d'ICC engendre l'amélioration des résultats de santé par la transmission de connaissances et de compétences, l'application de comportement d'autosoins en général, le renforcement de confiance en soi et la valorisation de la place du patient comme acteur de sa propre santé. De plus, il définirait donc l'autogestion des symptômes comme faisant partie intégrante de cet effet.

5.3 Propositions pour la pratique

Pour donner suite à la rédaction de cette revue de littérature, diverses propositions pour la pratique sont mises en avant. Il est nécessaire de trouver des stratégies plus efficaces dans les soins infirmiers pour soutenir les comportements d'autosoins des personnes atteintes d'ICC (Esther Smeulders et al., 2010). Les infirmières sont encouragées sur le long terme à fournir un soutien visant l'éducation, à surveiller l'évolution de la maladie, à agir à titre de coordinatrice et à défendre les intérêts des patients atteints d'ICC (Cameron et al., 2010 ; Dickson et al., 2014 ; Lohrmann et al., 2015 ; T. C. Wang et al., 2015). L'établissement d'une relation durable basée sur la confiance entre la personne soignée et le soignant permet l'optimisation des résultats de santé en encourageant le partenariat, car l'ETP est un investissement sur le long terme dépendant de la temporalité (White et al., 2010). De plus, bon nombre de nos articles suggèrent que les méthodes d'éducation thérapeutique devraient être individualisées, spécifiques et adaptées aux besoins personnels

afin d'améliorer la qualité des autosoins en intégrant le soutien affectif, la gestion des ressources, les problématiques personnelles et le niveau d'engagement aux soins (Cameron et al., 2010 ; Meng et al., 2016 ; Shively et al., 2013 ; T. C. Wang et al., 2015 ; Zakrisson et al., 2019).

La collaboration multidisciplinaire constitue une pierre angulaire du processus, en intégrant et exploitant les différentes connaissances et compétences des acteurs de la prise en charge. Cet accompagnement est une richesse pour le patient et contribue à l'amélioration de résultats de santé (White et al., 2010)

Les résultats de nos recherches stipulent qu'un changement de paradigme dans les interventions infirmières d'autosoins est primordial, afin de solliciter l'engagement actif des patients (Dickson et al., 2014). En mettant le patient au centre de la prise en charge, celui-ci serait plus apte à développer ses compétences et utiliser ses ressources.

Plusieurs articles offrent des propositions concrètes à mettre en pratique pour un meilleur suivi sur le long terme. Ils conseillent certains outils tels que la balance, le journal de suivi, les plans de soins hebdomadaires et le suivi téléphonique (Jurgens et al., 2013 ; Lohrmann et al., 2015 ; E. Smeulders et al., 2009 ; X. Wang et al., 2014 ; White et al., 2010). L'utilisation d'un journal de santé incite les patients à participer à leurs propres soins et à changer activement leurs comportements par l'incitation à l'autosurveillance, affectant positivement la problématique des symptômes (S. Lee & Riegel, 2018). Les plans hebdomadaires élaborés avec les patients et en cohésion avec leurs

attentes ont démontré une efficacité et une réalisation prometteuse. Ceux-ci permettent notamment aux patients d'élaborer un projet en lien direct avec leurs problématiques personnelles (E. Smeulders et al., 2009).

La tendance observée de la faible adhésion des patients aux comportements d'autosoins avant les interventions laisse penser que ce concept est mal compris chez les patients atteints d'ICC. Il est donc important de considérer des moyens favorisant l'adhésion aux autosoins à travers les outils cités ci-dessus et durant les programmes (White et al., 2010).

Il serait intéressant d'intégrer dans la prise en charge les pairs des patients afin d'apporter un soutien émotionnel et social par l'échange d'expériences similaires (Schumacher et al., 2018 ; E. Smeulders et al., 2009). Un article confirme que l'accompagnement d'un groupe par un binôme constitué d'un patient ressource et d'un professionnel de la santé contribue à une meilleure adhésion et des bénéfices perçus au long terme (E. Smeulders et al., 2009).

L'inclusion des proches aidants dans le processus d'autosoins permettrait une meilleure détection des symptômes d'exacerbation ainsi qu'une adhésion au long terme des patients plus efficiente (E. Smeulders et al., 2009).

Divers articles analysés conseillent que l'éducation thérapeutique soit centrée sur la compréhension globale de la pathologie et des symptômes associés afin de promouvoir la réponse aux changements de ces derniers. Ces stratégies devraient comprendre, notamment, la reconnaissance précoce des symptômes (K. S. Lee et al., 2018 ; Lohrmann et al., 2015 ; Schumacher et al., 2018 ; White et al., 2010).

La littérature suggère que les programmes d'ETP devraient être standardisés dans le but d'offrir un fil rouge aux professionnels de la santé. Cette recommandation ne suggère pas l'inverse de l'individualisation des pratiques, mais conseille une base commune afin d'offrir un niveau d'exigence similaire entre les programmes (Lohrmann et al., 2015). Former, guider, et encadrer les professionnels de santé permet de les sensibiliser aux aspects spécifiques et complexes des interventions d'autogestion (Zakrisson et al., 2019).

En conclusion, l'intervention éducative est facile à mettre en œuvre et constitue un moyen simple et peu coûteux d'améliorer l'autosoin des patients et leur autogestion de la santé, elle est reproductible et simple à traduire dans d'autres contextes de soins (Lohrmann et al., 2015).

CHAPITRE SIX : CONCLUSION

6 Conclusion

6.1 Apport du travail de Bachelor

Ce travail a été une occasion de développer des connaissances dans le domaine de l'insuffisance cardiaque (IC) et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) tant théoriques que pratiques, ainsi que de s'essayer au domaine de la recherche scientifique. Celui-ci a permis d'appréhender les exigences de la recherche scientifique et de transférer ces dernières pour notre pratique infirmière future.

Les résultats de ce travail ont éclairé les différentes méthodologies de gestion en autosoins. La connaissance de méthodes, d'outils et la mobilisation de différentes interventions individuelles et appropriées aux besoins des patients vont permettre d'assurer une pratique probante ainsi que d'améliorer la qualité de notre futur accompagnement.

Une réflexion clé de ce travail concernant l'ETP est qu'il ne faut pas confondre transmissions de connaissances à délégation de la responsabilité. En d'autres termes, il ne s'agit pas de délaissé le patient dans sa prise en charge, mais de le soutenir grâce à l'ETP et de vérifier en continu les acquis et les compétences des patients.

Ce travail a également permis de développer nos compétences de collaboration, de communication et d'organisation étant donné qu'il a été question d'un travail en groupe de trois personnes qui ont chacune leur individualité avec leurs similitudes et différences. Le partage d'opinion, les

débats théoriques, les divergences de pensées ont enrichi ce travail par complémentarité. Il a aussi aidé, à titre individuel, à développer notre positionnement lors des interactions pendant le processus d'écriture. La cohésion de notre groupe présente bien avant le début de ce travail, a facilité le partenariat nécessaire à la réalisation de ce travail.

Pour nous, une des difficultés a été la gestion du temps. En effet, nous n'avons malheureusement pas pu respecter notre échéancier effectué aux prémices de ce travail. En plus, les révisions pour les examens, le travail professionnel à côté des études ainsi que l'emploi du temps personnel ont provisoirement entravé la réalisation de cet écrit. Nous avons pu rebondir en adaptant notre emploi du temps avec une rigueur dans la planification, des objectifs bien précis et un enthousiasme tout au long de la réalisation du projet. Nous avons réussi, en fusionnant nos idées et en suivant un fil rouge conducteur, à retirer du positif de cette difficulté.

De plus, l'implication rigoureuse de notre directrice TB a permis de restructurer notre planification ainsi que préciser nos idées dans le but de nous soutenir en fournissant de précieux conseils.

L'aspect conséquent de ce travail a été l'occasion d'approfondir notre sens critique par rapport à notre travail de recherche. Ce bénéfice développe notre réflexion, notre positionnement professionnel vis-à-vis d'autres travaux scientifiques et de la recherche en général.

En mot de fin, nous sommes fiers du rendu de ce travail et reconnaissants des apports théoriques, pratiques, organisationnels et collaboratifs, récoltés

tout au long de ce projet. Les enseignements relatifs à cet investissement sont propices pour notre future pratique infirmière, qui se veut basée sur la rigueur scientifique.

6.2 Limites

Notre synthèse des résultats n'aboutit pas à une réponse précise de notre question de recherche. Malgré une recherche rigoureuse des mots-clés, nous nous sommes aperçus que le concept d'autogestion des symptômes, sous concept de l'autosoin, était trop spécifique sur les diverses bases de données pour la recherche d'articles correspondants à cette thématique. Il consiste donc l'un de nos biais principaux. La thématique trop précise de l'autogestion comporte donc logiquement moins de données récoltées. A contrario, le concept de l'autosoin recense, dans la littérature scientifique, un plus grand nombre d'articles et serait plus adapté pour la recherche de données probantes.

Dans plusieurs articles retenus, deux biais pouvant impacter la valeur statistique et généralisable des résultats doivent être mis en avant, tels que la taille des échantillons de la population, ainsi que la variété des populations étudiées. En effet, beaucoup d'études analysaient des populations nord-américaines, européennes et asiatiques, qui ne partagent pas obligatoirement les mêmes représentations ou croyances et ne sont pas égales dans les moyens et les infrastructures mis à disposition. Il est donc possible qu'un effet non négligeable soit lié à ce biais culturel.

Une autre difficulté rencontrée dans ce travail a été la traduction et la compréhension des articles écrits en anglais, car la traduction de certains concepts peut s'avérer difficile. De plus, il est important de spécifier que certaines définitions et les articles de recherche scientifique ont été traduits librement par nos soins.

En ce qui concerne la méthodologie de nos articles, un biais pourrait être la diversité des variables étudiées, car beaucoup d'articles ne présentaient pas les mêmes résultats. Il a donc été difficile de superposer et de généraliser les conclusions obtenues. De plus, les interventions, les échelles de mesure et les outils utilisés divergent grandement entre ces articles.

D'une manière générale, les articles choisis manquaient de précision au niveau des interventions du groupe recevant l'intervention vis-à-vis du groupe témoin. Nous aurions souhaité plus de détails concernant la réalisation des programmes, notamment concernant la rigueur du protocole dans la pratique. Certains articles présentent une méthodologie non randomisée et donc les résultats obtenus sont considérés comme de faibles valeurs au niveau scientifique. Si nous devions refaire ce travail, nous élargirions notre question de recherche afin d'avoir des concepts et des résultats plus globaux qui pourraient par la suite préciser celle-ci. L'objectif serait de définir les caractéristiques de la prise en charge optimale des patients atteints d'ICC.

Cette recherche consiste en une recension des écrits, il aurait été pertinent de questionner un expert sur le sujet afin d'en définir les limites. Cela aurait pu éviter de trop spécifier notre thématique de recherche. De plus, il s'agissait

de notre première expérience dans la réalisation d'un travail comportant des exigences reflétant le niveau scientifique, c'est pourquoi notre méthodologie contient sans doute d'autres biais qui nous sont inconnus. Il serait intéressant à nos yeux pour notre carrière d'affiner nos compétences dans le domaine de la recherche scientifique.

6.3 Perspectives pour la recherche

Notre revue de littérature soulève différentes perspectives pour la recherche qui seront étayées ci-dessous.

Les auteurs recommandent pour les patients souffrant de maladies chroniques de promouvoir des stratégies éducatives afin d'améliorer la reconnaissance précoce des symptômes ayant comme objectif ultime l'amélioration de leur gestion. De plus, il est nécessaire de contribuer à la création d'un système de soutien des patients et de porter attention sur la compréhension de la globalité de l'ICC, de ses symptômes et des soins personnels associés (K. S. Lee et al., 2018 ; Schumacher et al., 2018 ; Zakrisson et al., 2019).

Certains auteurs proposent un suivi centré sur les besoins de la personne et individualisé afin d'aider les patients dans les changements de comportements à long terme, notamment par la création de défi personnel (Cameron et al., 2010 ; Meng et al., 2016 ; Schumacher et al., 2018 ; Esther Smeulders et al., 2010 ; Zakrisson et al., 2019).

Les recherches recommandent l'utilisation de théorie de soins afin de fournir un cadre théorique fixant les interventions des professionnels (Shively et al., 2013). Il est mentionné qu'un personnel qualifié en ETP favorise de bons résultats de santé et qu'il serait judicieux d'effectuer des recherches dans le contexte communautaire et hospitalier (Dickson et al., 2014 ; Lohrmann et al., 2015).

Certains articles conseillent que les futures études soient réalisées sur des échantillonnages plus grands afin de permettre une exploration approfondie des variables (Q. Wang et al., 2017 ; White et al., 2010). Ces dernières devraient apporter plus de précisions sur les interventions prodiguées dans les deux groupes (E. Smeulders et al., 2009).

Pour de prochains travaux, des chercheurs préconisent qu'un programme de suivi basé sur une seule séance d'ETP ne soit pas suffisant pour que les patients comprennent et intègrent les notions complexes de leur pathologie et en parallèle appliquer d'autres mesures complémentaires pour la prise en charge (Lohrmann et al., 2015). En effet, ces programmes devraient être réalisés sur le long terme avec des conseils et des séances de rappel afin de viser une amélioration du niveau de confiance en soi (Cameron et al., 2010 ; E. Smeulders et al., 2009 ; Esther Smeulders et al., 2010 ; T. C. Wang et al., 2015).

Un article conseille de prévoir plus de temps pour les échanges entre les patients et que les groupes soit dirigés par un binôme constitué d'un professionnel et d'un patient ressource (E. Smeulders et al., 2009).

Diverses recherches recommandent pour le suivi du poids de fournir des balances et des carnets de suivi par lesquels les patients pourront documenter les événements de gain de poids ainsi que leurs réactions face aux changements (Jurgens et al., 2013 ; X. Wang et al., 2014 ; White et al., 2010). L'établissement d'une relation patient-soignant solide, ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire contribue à la participation active du patient et favorise de bons résultats dans la pratique clinique (E. Smeulders et al., 2009 ; White et al., 2010).

Pour conclure, bon nombre d'auteurs suggèrent de continuer la recherche sur cette thématique, car l'on constate un manque de littérature spécifique à des programmes ou portant sur des stratégies éducatives (Meng et al., 2016 ; Shively et al., 2013 ; Esther Smeulders et al., 2010).

CHAPITRE SEPT : RÉFÉRENCES

7 Références

- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2011). Les soins infirmiers en Suisse : perspectives 2020. *Soins Infirmiers : Krankenpflege*.
- Bagros, P., Le Faou, A.-L., Lemoine, M., Rousset, H., & De Toffol, B. (1989). *ABCDaire des sciences humaines en médecine*. Paris : (s.n.).
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial: beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1511-1513. Repéré à www.framinghamheartstudy.org
- Boustani, F. (2017). *L'essentiel en cardiologie* (2ème édit). Montpellier : (s.n.). Repéré à www.livres-medicaux.com
- Brûlé, M., Cloutier, L., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. (S.l.) : (s.n.).
- Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., & Stewart, S. (2010). Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.cjcnurse.2009.10.004>
- CardioVasc Suisse. (2016). *Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires , l ' attaque cérébrale et le diabète: 2017-2024*. Repéré à http://www.cardiovascsuisse.ch/uploads/media/Strategie_nationale_contre_les_maladies_cardio-vasculaires__l_attaque_cerebrale_et_le_diabete__2017-2024.pdf
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge Development in Nursing: theory and*

process (Edition 9). (S.l.) : (s.n.).

DE CLERCQ, D. (n.d.). Etymons Grecs Et Latins Du Vocabulaire Scientifique Français, 1-224. Repéré à <http://www.ordiecole.com/etymons.pdf>

Depuydt-Baillon, M.-G., & Delabrière, I. (n.d.). La Maladie Chronique. Repéré à <https://slideplayer.fr/slide/3172405/>

Dickson, V. V., Melkus, G. D. E., Katz, S., Levine-Wong, A., Dillworth, J., Cleland, C. M., & Riegel, B. (2014). Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.018>

Doyon, O. (2018). La surveillance clinique infirmière : Dernier filet de sécurité d'un patient. Porrentruy.

Doyon, O., & Spycher, L. (2017). *La surveillance infirmière : Dernier filet de sécurité du patient*. (S.l.) : (s.n.).

Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. V. (2013). Version française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 14-25. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-1-page-14.htm>

ENSP. (2004). Prise en charge de la maladie chronique: quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs?

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (Second Edi). Filadelfia : (s.n.).

- Fennessey, A., & Wittmann-Price, R. A. (2011). Physical assessment : a continuing need for clarification. *Nursing forum*, 46(1), 45-50.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00209.x>
- Fischer, G.-N., & Tarquino, C. (2014). *Psychologie de la santé: applications et interventions*. Paris : (s.n.).
- Fondation Suisse de Cardiologie. (n.d.-a). Insuffisance cardiaque. Repéré à <https://www.swissheart.ch/fr/maladies-cardiaques-avc/maladies/insuffisance-cardiaque.html>
- Fondation Suisse de Cardiologie. (n.d.-b). Le défi de l'insuffisance cardiaque. Repéré à <https://www.swissheart.ch/fr/recherche/progres-medicaux/insuffisance-cardiaque.html>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édit). (S.l.) : (s.n.).
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthode quantitative et qualitative*. Montréal : (s.n.).
- Gagnon, J., Lechasseur, K., & Milhomme, D. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques: quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 11(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000084849.96385.85>
- Garbacz, L., Jullière, Y., Alla, F., Jourdain, P., Guyon, G., Coudane, H., ... Claudot, F. (2015). Impact de l'éducation thérapeutique sur les habitudes de vie : Perception des patients et de leurs proches. *Sante Publique*, 28(4), 463-470.

- Gardetto, N. J. (2011). Self-management in heart failure: Where have we been and where should we go? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 39-51. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S8174>
- Guha, K., & McDonagh, T. (2013). Heart Failure Epidemiology: European Perspective, (Mi), 123-127. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682396/pdf/CCR-9-123.pdf>
- Haute école spécialisée de Suisse occidentale. (2012). Plan d'études cadré Bachelor 2012 : Filière de formation en soins infirmiers, 1-55. Repéré à <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>
- Houssaye, J. (2000). *Théorie et Pratiques de l'éducation scolaire: le triangle pédagogique* (3ème édit.). Berne : (s.n.).
- Jarvis, C. (2015). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (2ème). (S.l.) : (s.n.).
- Jourdain, P., Funck, F., Bellorini, M., Neau, S., Mat, H., Abdelmoumene, N., ... Desnos, M. (2003). Éducation des patients concernant l'insuffisance cardiaque en centre hospitalier général: C'est possible... *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 52(5), 329-336. [https://doi.org/10.1016/S0003-3928\(03\)00114-8](https://doi.org/10.1016/S0003-3928(03)00114-8)
- Jourdain, P., & Juillière, Y. C. N.-D. papier scanné. (2011). Education thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique: proposition d'un tel programme structuré multiprofessionnel par la Task Force française sur l'éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque sous l'égide de la Société . *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, 104(3), 1-14. Repéré à internal-pdf://traductionfrancaisejourdain-2550336000/TraductionFrancaiseJourdain.pdf

- Juillièrè, Y., & Jourdain, P. (2011). Therapeutic patient education in heart failure. *La lettre du Cardiologue*, 449, 13-16.
- Jurgens, C. Y., Lee, C. S., Reitano, J. M., & Riegel, B. (2013). Heart failure symptom monitoring and response training. *Heart and Lung*, 42(4), 273-280. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.03.005>
- Keta, A. (2013). Insuffisance cardiaque chronique, 1-13. Repéré à https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/insuffisance_cardiaque_chronique_arce.pdf
- Keta, A. (2017). Insuffisance cardiaque chronique, 1-15. Repéré à https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_insuffisance_cardiaque.pdf
- Labrunée, M., Gremeaux, V., Guiraud, T., Sanguignol, F., Golay, A., & Pathak, A. (2012). Éducation thérapeutique du patient dans les pathologies cardiovasculaires. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, (4), 299-309. [https://doi.org/10.1016/S1878-6480\(12\)70846-7](https://doi.org/10.1016/S1878-6480(12)70846-7)
- Lacroix, A. (2009). Autour du vécu Psychique Des Patients Atteints d'une maladie chronique. Dans *Éducation thérapeutique (2ème édition)* (pp. 33-38). (S.l.) : (s.n.).
- Lee, K. S., Moser, D. K., & Dracup, K. (2018). Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(6), 496-504. <https://doi.org/10.1177/1474515117745056>
- Lee, S., & Riegel, B. (2018). State of the Science in Heart Failure Symptom, 33(3),

204-210. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000445>

Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., ... Wylie-Rosett, J. (2010). Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update. *Circulation*, *121*(7), 46-215. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667>

Lohrmann, C., Mittag, O., Dassen, T., & Köberich, S. (2015). Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, *24*, 1643-1655. <https://doi.org/10.1111/jocn.12766>

Marieb, E. N., & Hoehn, K. (2015). *Anatomie et physiologie humaines* (9ème édit). (S.l.) : (s.n.).

Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice (2ndEdition). *Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins*, 599p.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia : (s.n.).

Meng, K., Musekamp, G., Schuler, M., Seekatz, B., Glatz, J., Karger, G., ... Faller, H. (2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, *99*, 1190-1197.

Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart Failure*, *93*, 1137-1146. <https://doi.org/10.1136/hrt.2003.025270>

- Nassiet, S. (2015). Physiopathologie de l'insuffisance cardiaque, traitements et éducation thérapeutique du patient à l'officine. *HAL, dumas-0119*. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01197147>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2017). *Statistique de poche 2017*. Repéré à https://www.reiso.org/images/documents/OFS_Sante_poche.pdf
- Office québécoise de la langue française. (n.d.). Le grand dictionnaire terminologique. Repéré à <http://www.granddictionnaire.com/>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2007). DOCUMENTS FONDAMENTAUX.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2014). Maladies chroniques. Repéré à https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2017). Maladies cardiovasculaires. Repéré à [http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2018). Principaux repères sur les maladies non transmissibles. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal : (s.n.).
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., ... van der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure. European Journal of Heart Failure, 18(8)*, 891–975. Repéré à

<http://doi.org/10.1002/ejhf.592>

Revillot, J.-M. (2016). *Manuel d'éducation thérapeutique du patient: modèles, méthodes, pratiques*. (S.l.) : (s.n.).

Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>

Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>

Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The situation-specific theory of heart failure self-care: Revised and Updated. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 226-235. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>

Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2012). Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Middle Range Theory for Nursing*, (35), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

Robert, P., Rey-Debove, J., & Rey, A. (2011). *Le nouveau petit Robert 2013: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : (s.n.).

Schumacher, C., Hussey, L., & Hall, V. (2018). Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community. *Heart & Lung*, 47(4), 297-303. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.03.013>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). *A guideline developer's handbook*. Edinbough : (s.n.).

- Shively, M. J., Gardetto, N. J., Kodiath, M. F., Kelly, A., Smith, T. L., Stepnowsky, C., ... Larson, C. B. (2013). Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 20-34. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f9f9>
- Simon, D., Traynard, P.-Y., Bourdillon, F., & Grimaldi, A. (2007). *Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Issy Les Moulineaux : SNEI Graphics Sa.
- Smeulders, E., van Haastregt, J., Janssen-Boyne, J., Stoffers, H., van Eijk, J., & Kempen, G. (2009). Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients. *Heart and Lung*, 38(6), 499-512. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.01.007>
- Smeulders, Esther, van Haastregt, J., Ambergen, T., Usko-Lencer, N., Janssen-boyne, J., Gorgels, A., ... Kempen, G. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1487-1499. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05318.x>
- Université de Genève (UNIGE). (n.d.). CAS - Éducation thérapeutique du patient. Repéré à <https://www.unige.ch/formcont/cours/cefep>
- Walger, O. (2018). Education du patient : Approche pédagogique et psychosociale, 1-27.
- Wang, Q., Dong, L., Jian, Z., & Tang, X. (2017). Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(262), 1-7.

<https://doi.org/10.1186/s12872-017-0698-8>

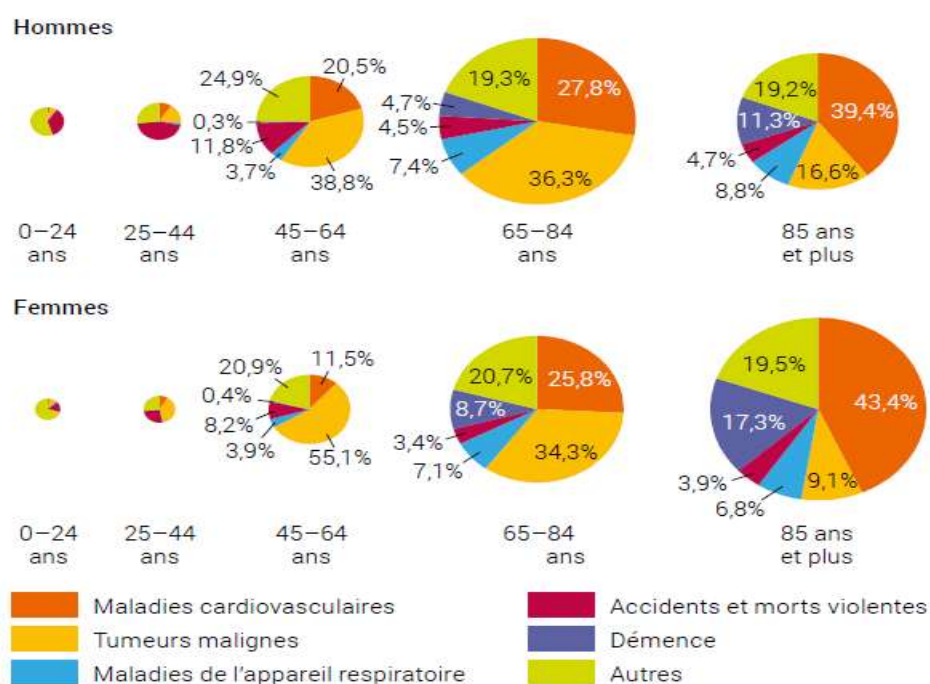
- Wang, T. C., Huang, J. L., Ho, W. C., & Chiou, A. F. (2015). Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 1-II*, 1-11. <https://doi.org/10.1177/1474515115618567>
- Wang, X., Qiu, J., Ju, Y., Chen, G., Yang, J., Pang, J., & Zhao, X. (2014). Reduction of Heart Failure Rehospitalization Using a Weight Management Education. *Journal of Cardiovascular Nursing, 29*(6), 528-534. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000092>
- White, M. M., Howie-Esquivel, J., & Caldwell, M. A. (2010). Improving heart failure symptom recognition : a diary analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing, 25*(1), 7-12.
- Zakrisson, A., Ställberg, B., Arne, M., Hasselgren, M., Lisspers, K., & Theander, K. (2019). A complex intervention of self - management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities ; A longitudinal follow - up. *Journal of Advanced Nursing, 75*, 175-186. <https://doi.org/10.1111/jan.13899>

CHAPITRE HUIT: APPENDICES

8 Appendices

8.1 Appendice A - Principales causes de décès selon le groupe d'âges en 2015

Principales causes de décès selon le groupe d'âge, en 2015 G 16



Les surfaces sont proportionnelles au nombre absolu de décès.

Source: OFS — Statistique des causes de décès (CoD)

© OFS 2018

(Office fédéral de la statistique (OFS), 2017, p. 14)

8.2 Appendice B – Maladies Cardiovasculaires et diabète

3.2 Maladies cardiovasculaires et diabète

	Hommes	Femmes
Personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires (2015)	64 719	50 276
Décès pour maladies cardiovasculaires (2015)	9 715	11 878
Infarctus aigu du myocarde, nombre de cas (2015)	9 945	5 070
Attaque cérébrale, nombre de cas (2015)	7 822	7 332
Hypertension ¹ (2012)	18,5%	17,3%
Taux de cholestérol trop élevé ¹ (2012)	12,1%	9,7%
Diabète ¹ (2012)	5,5%	3,9%

¹ population de 15 ans et plus vivant en ménage privé

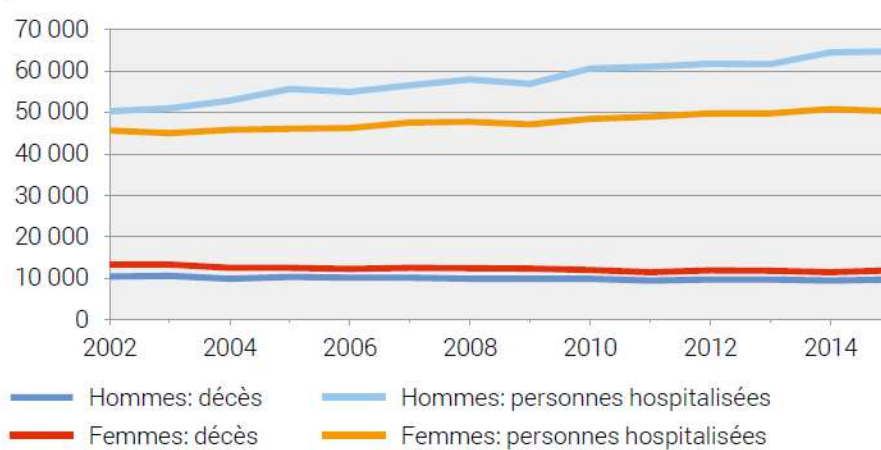
Sources: OFS – MS, CoD, ESS

© OFS 2018

(Office fédéral de la statistique (OFS), 2017, p. 16)

8.3 Appendice C - Décès et personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires

Décès et personnes hospitalisées pour maladies cardiovasculaires G 19



Sources: OFS – Statistique des causes de décès (CoD),
statistique médicale des hôpitaux (MS)

© OFS 2018

(Office fédéral de la statistique (OFS), 2017, p. 16)

8.4 Appendice D – étiologies de l'insuffisance cardiaque chronique

DISEASED MYOCARDIUM		
Ischaemic heart disease	Myocardial scar	
	Myocardial stunning/hibernation	
	Epicardial coronary artery disease	
	Abnormal coronary microcirculation	
	Endothelial dysfunction	
Toxic damage	Recreational substance abuse	Alcohol, cocaine, amphetamine, anabolic steroids.
	Heavy metals	Copper, iron, lead, cobalt.
	Medications	Cytostatic drugs (e.g. anthracyclines), immunomodulating drugs (e.g. interferons monoclonal antibodies such as trastuzumab, cetuximab), antidepressant drugs, antiarrhythmics, non-steroidal anti-inflammatory drugs, anaesthetics.
	Radiation	
Immune-mediated and inflammatory damage	Related to infection	Bacteria, spirochaetes, fungi, protozoa, parasites (Chagas disease), rickettsiae, viruses (HIV/AIDS).
	Not related to infection	Lymphocytic/giant cell myocarditis, autoimmune diseases (e.g. Graves disease, rheumatoid arthritis, connective tissue disorders, mainly systemic lupus erythematosus), hypersensitivity and eosinophilic myocarditis (Churg-Straus).
Infiltration	Related to malignancy	Direct infiltrations and metastases.
	Not related to malignancy	Amyloidosis, sarcoidosis, haemochromatosis (iron), glycogen storage disease, diabetes, (e.g. Pompe disease), lysosomal storage diseases (e.g. Fabry disease).
Metabolic derangements	Hormonal	Thyroid diseases, parathyroid diseases, acromegaly, GH deficiency, hypercortisolaemia, Conn's disease, Addison disease, diabetes, metabolic syndrome, pheochromocytoma, pathologies related to pregnancy and peripartum
	Nutritional	Deficiencies in thiamine, L-carnitine, selenium, iron, phosphates, calcium, complex malnutrition (e.g. malignancy, AIDS, anorexia nervosa), obesity.
Genetic abnormalities	Diverse forms	HCM, DCM, LV non-compaction, ARVC, restrictive cardiomyopathy (for details see respective expert documents), muscular dystrophies and laminopathies.
ABNORMAL LOADING CONDITIONS		
Hypertension		
Valve and myocardium structural defects	Acquired	Mitral, aortic, tricuspid and pulmonary valve diseases.
	Congenital	Atrial and ventricular septum defects and others (for details see a respective expert document).
Pericardial and endomyocardial pathologies	Pericardial	Constrictive pericarditis Pericardial effusion.
	Endomyocardial	HES, EMF, endocardial fibroelastosis.
High output states		Severe anaemia, sepsis, thyrotoxicosis, Paget's disease, arteriovenous fistula, pregnancy.
Volume overload		Renal failure, iatrogenic fluid overload.
ARRHYTHMIAS		
Tachyarrhythmias		Atrial, ventricular arrhythmias.
Bradyarrhythmias		Sinus node dysfunctions, conduction disorders.

(Keta, 2017, p. 6)

8.5 Appendice E – Classification selon la fraction d'éjection du ventricule gauche

Type d'IC		à FE diminuée	à FE « <i>mid range</i> »	à FE préservée
Critères	1	Symptômes ± signes	Symptômes ± signes	Symptômes ± signes
	2	FEVG <40 %	FEVG 40-49 %	FEVG ≥50 %
	3		↑ peptide natriurétique ^a Au moins 1 critère additionnel : a. anomalie cardiaque structurelle b. US : dysfonct. diastolique	↑ peptide natriurétique ^a Au moins 1 crit. additionnel : c. anomalie cardiaque structurelle d. US : dysfonct. diastolique

Tableau 1 : Définition de l'IC selon la FEVG (adapté selon les recommandations de l'ESC¹).

^a BNP >35 pg/ml ou NT-proBNP >125 pg/mL

(Keta, 2017, p. 4)

8.6 Appendice F – Classification selon la sévérité des symptômes

NYHA I Patient avec une maladie cardiaque, mais sans limitation dans les activités physiques mêmeS à l'effort physique important

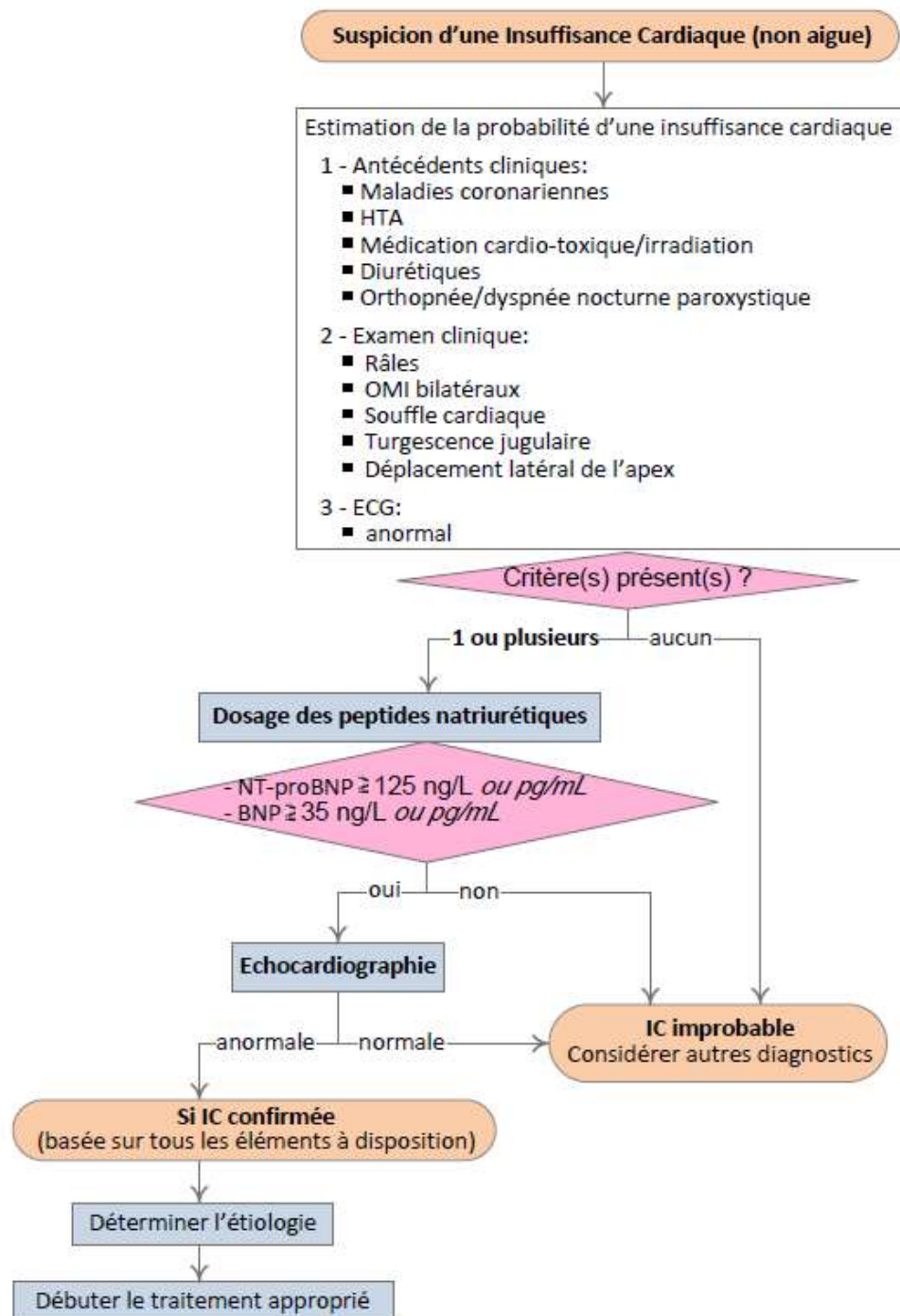
NYHA II Limitation légère aux activités physiques
Dyspnée, fatigue ou palpitations pour des activités physiques ordinaires

NYHA III Limitation marquée pour les activités physiques
Dyspnée, fatigue ou palpitations aux efforts modestes
Patient confortable au repos

NYHA IV Impossibilité de faire une activité physique quelconque sans symptômes
Symptômes présents au repos

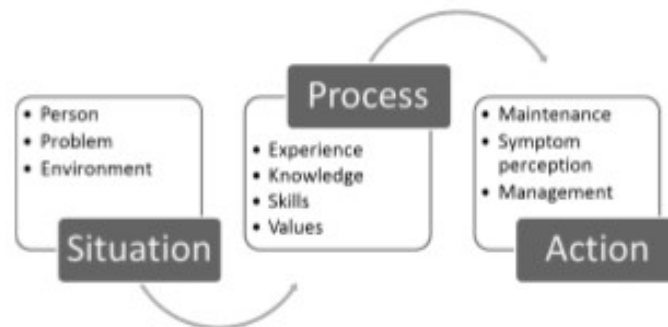
(Keta, 2017, p. 5)

8.7 Appendice G – Diagnostic de l'Insuffisance cardiaque non aiguë



(Keta, 2017, p. 2)

8.8 Appendice H – Les liens entre les caractéristiques de la situation, les facteurs influençant le processus décisionnel et les actions d'autosoins



(Riegel et al., 2016, p. 228)

8.9 Appendice I – Tableau n° 1 – Mots-clefs et descripteurs

PICO	Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs Mesh (PubMed)	Descripteurs Cinahl headings	Descripteurs Mesh (Cochrane)	Descripteurs ovid (Medline)
P	patient avec une insuffisance cardiaque	patient with heart failure, heart failure	heart failure	heart failure	heart failure	heart failure
I	éducation thérapeutique du patient, éducation thérapeutique, participation du patient	patient education, education, therapeutic education, patient involvement	patient education as topic, patient participation	patient education	patient education as topic	patient education as topic
O	autogestion, autogestion des symptômes, autosoin, symptômes,	self management, self management of symptom, symptoms, self care, symptoms	self management, self care, symptom assessment, signs and symptoms	self care, symptom, sign and symptom, self management	self care, self management, sign and symptom	self care, self management
	soins infirmiers	nursing, nursing care	nursing	nursing care	nursing	nursing

8.10 Appendice J – Tableau n°2 – Articles retenus

Equation de recherche	Nombre d'article trouvée et critère de sélection	Article retenu
Pubmed		
Heart failure AND Self Management	<ul style="list-style-type: none"> • Full text • 10 years <p>→ 24 articles</p>	Schumacher, C., Hussey, L., & Hall, V. (2018). Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community. <i>Heart & Lung</i> , 47(4), 297-303. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.03.013
Heart failure AND Patient education as topic AND Self care	<ul style="list-style-type: none"> • Full text • 5 years • Clinical trial <p>→ 25 articles</p>	Dickson, V. V., Melkus, G. D. E., Katz, S., Levine-Wong, A., Dillworth, J., Cleland, C. M., & Riegel, B. (2014). Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study. <i>Patient Education and Counseling</i> , 96(2), 188-196. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.018
Self care AND Heart failure/therapy AND Heart failure/diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> • Full text • 10 years • Clinical trials <p>→ 20 articles</p>	Jurgens, C. Y., Lee, C. S., Reitano, J. M., & Riegel, B. (2013). Heart failure symptom monitoring and response training. <i>Heart and Lung</i> , 42(4), 273-280. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.03.005

Heart failure AND Nursing	<ul style="list-style-type: none"> • Full text • 10 years • Clinical trial <p>→ 17 articles</p>	<p>Smeulders, E. S. T. F., van Haastregt, J. C. M., Ambergen, T., Usko-Lencer, N. H. K. M., Janssen-boyne, J. J. J., Gorgels, A. P. M., ... Kempen, G. I. J. M. (2010). Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 66(7), 1487-1499. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05318.x</p>
Self care AND Heart failure/nursing	<ul style="list-style-type: none"> • Full text • 10 years • Clinical trial • Human <p>→ 26 articles</p>	<p>Smeulders, E., van Haastregt, J., Janssen-Boyne, J., Stoffers, H., van Eijk, J., & Kempen, G. (2009). Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients. <i>Heart and Lung</i>, 38(6), 499-512. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.01.007</p>
Heart failure AND Self care AND Patient participation	<ul style="list-style-type: none"> • Full text • Clinical trial • 10 years • Human <p>→ 6 articles</p>	<p>Shively, M. J., Gardetto, N. J., Kodiath, M. F., Kelly, A., Smith, T. L., Stepnowsky, C., ... Larson, C. B. (2013). Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 28(1), 20-34. https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f9f9</p>

Cinhal		
Self care AND Heart failure AND (Sign and symptom OR symptom)	<ul style="list-style-type: none"> • 10 years ➔ 2 articles 	<p>Lee, K. S., Moser, D. K., & Dracup, K. (2018). Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 17(6), 496-504.</p> <p>https://doi.org/10.1177/1474515117745056</p>
Cochrane		
Heart failure AND Patient education as topic AND Self care	<ul style="list-style-type: none"> • 5 years • Trials ➔ 26 articles 	<p>Wang, Q., Dong, L., Jian, Z., & Tang, X. (2017). Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure. <i>BMC Cardiovascular Disorders</i>, 17(262), 1-7.</p> <p>https://doi.org/10.1186/s12872-017-0698-8</p> <p>Meng, K., Musekamp, G., Schuler, M., Seekatz, B., Glatz, J., Karger, G., ... Faller, H. (2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. <i>Patient Education and Counseling</i>, 99, 1190-1197.</p> <p>Lohrmann, C., Mittag, O., Dassen, T., & Köberich, S. (2015). Effects of a hospital-</p>

		<p>based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 24, 1643-1655. https://doi.org/10.1111/jocn.12766</p> <p>Wang, X., Qiu, J., Ju, Y., Chen, G., Yang, J., Pang, J., & Zhao, X. (2014). Reduction of Heart Failure Rehospitalization Using a Weight Management Education. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 29(6), 528-534. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000092</p>
<p>Heart failure AND Signs and symptoms AND Self care</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 10 years ➔ 14 articles 	<p>White, M. M., Howie-Esquivel, J., & Caldwell, M. A. (2010). Improving heart failure symptom recognition : a diary analysis. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 25(1), 7-12.</p> <p>Wang, T. C., Huang, J. L., Ho, W. C., & Chiou, A. F. (2015). Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: A randomised controlled trial. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 1-II, 1-11. https://doi.org/10.1177/1474515115618567</p>

Medline		
Heart failure (nursing, pathology) AND Patient education as topic (all subheadings) AND Self care (all subheadings)	<ul style="list-style-type: none"> • 10 years ➔ 44 articles 	<p>Zakrisson, A., Stållberg, B., Arne, M., Hasselgren, M., Lisspers, K., & Theander, K. (2019). A complex intervention of self - management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; A longitudinal follow - up. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 75, 175-186. https://doi.org/10.1111/jan.13899</p> <p>Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., & Stewart, S. (2010). Self-care behaviours and heart failure : Does experience with symptoms really make a difference? <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 9, 92-100. https://doi.org/10.1016/j.cjcnurse.2009.10.004</p>

8.11 Appendice K – Tableau n°3 - Impact Factor et les niveaux de preuve hiérarchique

Articles retenus	Impact factor	Niveau de preuve
Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial	2.267	1
Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial	2.651	1
Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: results of a pilot study	2.785	1
Heart failure symptom monitoring and response training	1.730	1
Reduction of heart failure rehospitalization using a Weight Management education intervention	2.097	1
The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation	2.785	1
A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; A longitudinal follow-up	2.267	1
Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure	2.097	1
Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms	2.651	1
Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?	2.651	2
Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community	1.730	2
Improving heart failure symptom recognition: a diary analysis	2.097	2
Effect of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure	1.635	1
Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure	1.812	1
Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients	1.730	1

8.12 Grille de Fortin: Nurse-led self-management group program for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial

Smeulders, E. S. T. F., van Haastregt, J. C. M., Ambergen, T., Usko-Lencer, N. H. K.

M., Janssen-boyne, J. J. J., Gorgels, A. P. M., ... Kempen, G. I. J. M. (2010).

Nurse-led self-management group programme for patients with congestive

heart failure: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7),

1487-1499. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05318.x>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre s'intitule: « Nurse-led self-management group program for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial », Il décrit fidèlement les concepts abordés dans cette étude ainsi que la population étudiée.
Résumé	Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : l'objectif, le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion. L'objectif est de montrer des effets du programme d'autogestion des maladies chroniques sur les caractéristiques psychosociales, le comportement en matière d'autosoins et la qualité de vie chez les patients atteints d'une insuffisance cardiaque congestive qui ont connu une limitation légère à élevée de l'activité physique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La problématique est introduite de manière complète et détaillée : Le vieillissement de la population et l'amélioration des options de traitements alimentent l'épidémie d'insuffisance cardiaque (IC) congestive, imposant ainsi un fardeau important à la société. Au niveau du patient, l'IC congestive affecte sérieusement la qualité de vie en termes de fonctionnement physique, social et émotionnel et réduit considérablement l'espérance de vie. Comme l'IC congestive touche presque tous les aspects importants de la vie quotidienne, les patients sont encouragés à assumer la responsabilité de la gestion quotidienne de leur maladie. En plus de traiter les aspects médicaux de l'IC congestive, les patients font face à des difficultés émotionnelles et sociales.

	<p>Des études antérieures aux États-Unis ont identifié des effets à court et à long terme statistiquement significatifs du « chronic disease self-management program » (CDSMP) sur des résultats telles que l'auto-évaluation de la santé, l'auto-efficacité et l'utilisation de techniques de gestion des symptômes cognitifs chez des groupes de patients atteints de différentes maladies chroniques.</p> <p>Les programmes d'autogestion des maladies chroniques (CDSMP) enseignent aux patients à faire face aux conséquences médicales (c.-à-d. physiques), sociales et émotionnelles de leur pathologie chronique et mettent l'accent sur leur responsabilité dans la gestion de leur maladie chronique aux trois niveaux.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés s'inscrivent dans le cadre de références :</p> <p>Le CDSMP est un programme générique de groupe cognitivo-comportemental qui repose sur l'hypothèse que les patients atteints de maladies chroniques différentes peuvent apprendre les uns des autres lorsqu'ils font face à des tâches d'adaptation similaires.</p> <p>Il est basé sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura, dans laquelle l'auto-efficacité fait référence à la confiance en soi pour atteindre certains comportements ou états physiologiques dans des conditions spécifiques.</p>
Buts et question de recherche	<p>L'objectif de l'étude est d'évaluer les effets du CDSMP sur les attributs psychosociaux, le comportement d'autogestion de la santé et la qualité de vie des patients atteints d'IC congestive dont l'activité physique était légèrement ou fortement limitée.</p> <p>Les auteurs s'attendent à ce que les patients atteints d'IC congestive bénéficient de ce programme d'autogestion puisque, en ce qui concerne les conséquences médicales de la maladie, ils font face à de nombreux défis dans leur fonctionnement physique quotidien, dans le respect d'un régime complexe et dans le traitement des problèmes de fin de vie.</p> <p>L'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients atteints d'IC congestive pourrait avoir une influence positive sur les comportements d'autosoins, les attributs psychosociaux liés à la gestion de leur maladie chronique et la qualité de vie.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise. L'échantillon est composé de patients ayant été admis dans les cliniques de cardiologie des hôpitaux participants entre juillet 2004 et novembre 2005.</p>

	<p>Après de multiples éléments de sélection et de tri, l'échantillon est composé de 317 patients, ceux-ci ont été répartis de manière randomisée en deux groupes. Le groupe d'intervention est constitué de 186 personnes et le groupe témoin est constitué de 131 personnes.</p> <p>Dans la figure 1 de l'article, l'évolution de la population pendant la durée de l'étude est exposée.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient : le diagnostic d'IC congestive fondé sur un dysfonctionnement systolique ou diastolique (classe II-III de la New York Heart Association) effectué par un cardiologue, le diagnostic d'IC congestive établi depuis au moins 6 mois au début de la période d'intervention, la capacité de comprendre, d'écrire et de parler néerlandais et le consentement éclairé.</p> <p>Les critères d'exclusion étaient : si les patients participaient à d'autres études.</p> <p>Les auteurs ne présentent pas d'éventuels moyens d'estimation et d'optimisation de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>Après avoir signé le formulaire de consentement éclairé, les patients admissibles ont reçu de l'information écrite sur l'étude et ont subi une évaluation initiale.</p> <p>L'approbation du comité d'éthique pour la réalisation de cet essai a été obtenue par un hôpital universitaire.</p>
Devis de recherche	<p>C'est un essai contrôlé randomisé en deux groupes, avec un suivi de 12 mois.</p> <p>Les patients du groupe témoin ont reçu les soins habituels, qui consistent en des examens réguliers avec le cardiologue et/ou l'infirmière spécialisée en ICC dans une clinique externe. Les patients affectés au groupe d'intervention ont reçu 6 semaines de programme d'autogestion en groupe en plus des soins habituels.</p> <p>Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques. Pour améliorer la validité et la fiabilité des données, les auteurs ont utilisé des mesures ayant de bonnes propriétés psychométriques.</p>
Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte de données est explicité, les outils de mesure sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables : Des données sociodémographiques et cliniques ont été recueillies au départ par entretien téléphone. Les données ont été recueillies entre août 2004 et janvier 2007.</p> <p>L'efficacité du programme a été évaluée sur les attributs psychosociaux, le comportement d'autosoins et la qualité de vie. Les attributs psychosociaux étaient directement influencés par l'intervention (résultats primaires).</p> <p>Le comportement en matière d'autosoins et la qualité de vie ont été considérés comme indirectement influencés par le programme (résultats secondaires).</p>

	<p>Les attributs psychosociaux mesurés étaient les espérances d'auto-efficacité générale et cardiaque spécifique, le contrôle perçu et la gestion des symptômes cognitifs.</p> <p>Les espérances d'auto-efficacité générale ont été mesurées à l'aide de l'échelle « General Self-Efficacy Scale (GSES) et les espérances d'auto-efficacité cardiaque spécifique a été mesurée à l'aide des deux sous-échelles du questionnaire de « Cardiac Self-Efficacy Questionnaire ».</p> <p>Le contrôle perçu a été mesuré à l'aide d'une échelle de maîtrise mise au point par Pearlin et Schooler (1978).</p> <p>L'échelle « Coping with Symptoms Scale » a été utilisée pour mesurer la gestion des symptômes cognitifs.</p> <p>Le comportement en matière d'autosoins a été mesuré à l'aide de l'« European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale » (EHFScBS).</p> <p>En ce qui concerne la qualité de vie, trois aspects ont été évalués : la qualité de vie générale et spécifique au cœur, l'autonomie perçue ainsi que les symptômes d'anxiété et de dépression.</p> <p>La qualité de vie générale a été évaluée au moyen de l'enquête sur la santé « RAND 36-item Health Survey » (RAND-36) et la qualité de vie propre au cœur a été mesurée au moyen du « Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire » (KCCQ).</p> <p>L'autonomie perçue a été évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique évaluant dans quelle mesure les patients étaient capables d'organiser leur vie comme ils le souhaitaient.</p> <p>Les symptômes d'anxiété et de dépression ont été mesurés par l'échelle « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS).</p> <p>Les données sur les variables des résultats ont été recueillies de façon confidentielle au moyen de questionnaires auto-administrés et d'entrevues téléphoniques : au départ, directement après l'intervention, à 6 mois et à 12 mois après le début de l'intervention.</p>
Conduite de la recherche	<p>L'intervention de cette étude est clairement décrite dans l'article.</p> <p>Le CDSMP est un programme structuré d'autogestion qui consiste en six séances de groupe hebdomadaires de deux heures et demie chacune. Le programme intègre quatre stratégies pour améliorer l'espérance d'auto-efficacité : maîtrise des compétences, réinterprétation des symptômes, modélisation et persuasion sociale. Ces stratégies sont décrites de manière claire dans l'article.</p> <p>Dans cette étude, tous les groupes du CDSMP étaient dirigés par une infirmière cardiologue spécialisée et un patient atteint d'IC congestive, considéré comme pair leader. Tous deux sont formés au protocole du CDSMP. Les pairs leaders ont servi de modèles pour les autres patients.</p> <p>Des infirmières spécialisées en cardiologie ont été recrutées pour réduire la charge physique et émotionnelle potentielle sur les pairs leaders, pour assurer la continuité du programme et pour faciliter la</p>

	mise en œuvre du CDSMP dans les soins de santé néerlandais standard.
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites :</p> <p>Les caractéristiques de base et les résultats au départ ont été comparés entre le groupe d'intervention et le groupe témoin au moyen des tests : « Chi-squares test », de « U Mann-Whitney test » et de « t test ».</p> <p>Les différences dans les variables des résultats ont été analysées à l'aide de modèles de régression linéaire à effets mixtes dont la structure de covariance est " non structurée ".</p> <p>Cette étude a utilisé un modèle mixte pour examiner les différences entre les groupes.</p> <p>Les données ont été analysées selon le principe de « the intention-to-treat principle » (intention de traiter). L'ampleur de l'effet a été calculée en divisant la différence entre les scores moyens des groupes par l'écart-type regroupé. Les effect size de 0,20 étaient considérés comme faibles, 0,50 comme moyennes et 0,80 comme grandes selon Cohen 1992.</p> <p>Toutes les analyses utilisaient la version 12.0.1 de SPSS.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a trois tableaux qui présentent les résultats. De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux.</p> <p>Le tableau 1 présente les données sociodémographiques et cliniques.</p> <p>Les caractéristiques de bases étaient comparables par rapport aux deux groupes.</p> <p>Le tableau 2 montre les effets du programme sur les attributs psychosociaux et les comportements d'autosoins. En ce qui concerne les attributs psychosociaux, on a constaté un effet à court terme important du CDSMP pour l'auto-efficacité générale, $p=0,136$. Aucun effet significatif n'a été observé après 6 et 12 mois de suivi et le programme n'a pas amélioré de façon significative les attentes en matière d'auto-efficacité cardiaque spécifique et le contrôle perçu au fil du temps.</p> <p>Un effet à court terme important du CDSMP a été constaté pour les comportements d'autosoins $p=0,008$ et la gestion des symptômes cognitif $p<0,0001$, mais l'effet ne s'est pas étendu à 6 et 12 mois.</p> <p>Le tableau 3 montre les effets du programme sur la qualité de vie : Les patients du groupe d'intervention ont obtenu des résultats significativement plus faibles pour la qualité de vie spécifique au cœur au départ par rapport aux patients témoins, $p=0,005$. Cependant, aucune différence significative n'a été constatée par rapport aux données de base. L'effet positif significatif a été observé</p>

	<p>à 6 mois pour la qualité de vie spécifique au cœur, $p = 0,052$, qui était proche de la signification statistique. Le CDSMP n'a pas affecté la qualité de vie générale, l'autonomie perçue et les symptômes d'anxiété et de dépression.</p> <p>L'analyse par protocole a donné des résultats largement comparables.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Il s'agit du premier essai contrôlé randomisé de l'efficacité du CDSMP chez des patients atteints d'IC congestive. Les auteurs ont utilisé une période de suivi de 12 mois à partir du début de l'étude afin d'étudier l'efficacité à long terme du CDSMP chez ces patients. Cet essai a montré que le CDSMP a amélioré la gestion des symptômes cognitifs, le comportement d'autosoins et la qualité de vie cardiaque des patients atteints d'IC congestive à court terme. Elle n'a pas affecté la perception de contrôle, l'autonomie perçue, les symptômes d'anxiété et les sentiments de dépression.</p> <p>Les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La cible de 274 patients n'a pas été complètement atteinte ($n = 265$; 97 %) ce qui diminue légèrement la capacité à trouver des effets à long terme, même si hypothétiquement, il était peu probable que cela change considérablement les résultats. ○ Perte de 52 patients pour le suivi ○ Une deuxième limite est que les chercheurs n'ont utilisé que des mesures auto-déclarées pour le fonctionnement physique plutôt que des mesures plus objectives <p>Les auteurs ont comparé leurs résultats avec des études antérieures menées sur le même sujet :</p> <p>Les résultats de la présente étude semblent donc moins favorables que ceux des études précédentes. Cependant, lorsque les auteurs comparent leurs résultats, ils observent un certain nombre d'études : certaines ont trouvé des effets modérés ou aucun effet du tout et d'autres études ont montré plus de résultats. Mais aucune de ces études n'a été menée uniquement auprès de patients atteints d'IC, de sorte qu'aucune conclusion finale sur l'efficacité du CDSMP pour ce type de patients n'ait encore été tirée. De plus, le programme n'a jamais été dirigé par des paires d'infirmières cardiologues et des pairs leaders.</p> <p>Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer le fait que les effets du programme ont été limités et n'ont pas duré dans le temps. Celles-ci sont décrites dans l'article.</p> <p>Les principales conclusions sont :</p> <p>Le programme d'autogestion des maladies chroniques a permis à court terme d'améliorer les comportements d'autogestion, la qualité</p>

	<p>de vie cardiaque et la gestion des symptômes cognitifs chez les patients atteints d'IC congestive, mais aucun effet à long terme n'a été observé.</p> <p>Selon les résultats de l'étude, la mise en œuvre du CDSMP sous sa forme actuelle n'est pas recommandée chez les grands groupes de patients atteints d'IC. Cependant, l'efficacité du programme auprès des patients atteints d'IC pourrait être améliorée en adaptant le format.</p> <p>Cette étude contribue à l'acquisition de connaissances sur les changements de comportement chez les patients atteints d'IC.</p> <p>Il faut trouver des solutions de rechange plus efficaces dans les soins infirmiers pour soutenir le comportement d'autogestion des patients atteints d'IC pour la prise en charge de la maladie.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les suggestions pour les études futures :</p> <p>Selon les auteurs, il serait important d'augmenter la durée du programme, par exemple en ajoutant des sessions de groupe de rappel ou des suivis individuels (par téléphone). Cette hypothèse est étayée par le fait que dans un autre programme d'autogestion comportementale avec des patients atteints d'IC, dans le cadre duquel des séances de groupe et des appels téléphoniques ont été effectués sur une plus longue période (15 semaines), la dimension physique de la qualité de vie a été améliorée à long terme.</p> <p>Des recherches futures sont nécessaires pour étudier comment ces améliorations affectent l'efficacité à long terme chez les patients atteints d'IC congestive.</p> <p>Les conséquences des résultats et les recommandations pour la pratique ont été clairement mises en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le programme d'autogestion des maladies chroniques sous sa forme actuelle n'est pas recommandé pour de grands groupes de patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive. ○ Les adaptations qui pourraient être envisagées sont l'ajout de séances de groupe de rappel ou de suivis individuels, éventuellement intégrées aux soins standard, pour permettre aux patients de se fixer de nouveaux objectifs en matière de changement de comportement. ○ Les suivis individuels pourraient être particulièrement utiles pour aider les patients à s'adapter à un changement de comportement à long terme et à relever leurs défis personnels sur le plan psychosocial.

8.13 Grille de Fortin: Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial

Wang, T. C., Huang, J. L., Ho, W. C., & Chiou, A. F. (2015). Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1-II, 1-11. <https://doi.org/10.1177/1474515115618567>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre est : « Effects of a supportive educational nursing care program on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial ».</p> <p>Le titre précise les concepts clés de l'étude notamment, « education nursing care program », « fatigue », « qualité de vie ».</p> <p>Le titre précise également la population de l'étude « patient with heart failure ».</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : le contexte, l'objectif de l'étude, la méthode, les résultats et la conclusion.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La problématique est introduite de manière complète et détaillée. La fatigue est l'un des symptômes les plus fréquents chez 50 à 98 % des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC).</p> <p>Les patients souffrant de fatigue éprouvent un sentiment écrasant et soutenu d'épuisement et une capacité réduite à pratiquer une activité physique et mentale qui ne se traduit pas par le repos. La fatigue est associée à une capacité fonctionnelle et une qualité de vie insuffisante et elle pourrait prédire une aggravation du pronostic ainsi qu'une augmentation de la mortalité chez les patients atteints d'IC.</p> <p>Le programme de soins infirmiers éducatifs de soutien a permis aux patients de gérer la fatigue par la conservation et la gestion de l'énergie et d'optimiser l'activité et le fonctionnement.</p>

	<p>La fourniture d'un soutien émotionnel a permis aux patients d'explorer le sens de la fatigue dans leur vie, leur espoir et leurs objectifs futurs. Cette intervention de soutien peut réduire la fatigue en atteignant un équilibre optimal entre le repos réparateur et l'énergie réparatrice qui peut améliorer la fonction physique des patients, leurs conditions psychosociales et leur qualité de vie.</p> <p>Les chercheurs présentent des connaissances actuelles sur le problème :</p> <p>La recherche a indiqué que la fatigue est positivement corrélée à des facteurs physiques tels que l'augmentation de la gravité de la maladie, la comorbidité, l'utilisation de médicaments, les symptômes, les troubles du sommeil, une mauvaise alimentation et une mauvaise capacité fonctionnelle chez les patients souffrant d'IC. De plus, une plus grande fatigue était également liée à des facteurs psychosociaux tels qu'une dépression plus forte et un soutien émotionnel plus faible. La fatigue est donc multifactorielle, elle peut limiter l'exécution des activités quotidiennes et des comportements d'autosoins du patient ainsi que nuire à leur qualité de vie.</p> <p>Il y a peu d'études qui explorent les effets de soins infirmiers de soutien sur les symptômes de fatigue et la qualité de vie des patients atteints d'IC</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Les auteurs ne mentionnent pas de manière claire un cadre théorique dans l'introduction. Les concepts clés découlent du but de l'étude.</p>

Buts et question de recherche	<p>Cette étude s'est penchée sur les effets d'un programme d'éducation des soins infirmiers sur la fatigue et la qualité de vie des patients souffrant d'IC.</p> <p>Les hypothèses de cette étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Que les patients recevant 3 mois d'un programme de soins infirmiers éducatifs de soutien (groupe d'intervention) auront une amélioration significative du niveau de fatigue par rapport aux patients recevant des soins infirmiers de routine (groupe de contrôle). (2) Que les patients recevant 3 mois d'un programme de soins infirmiers éducatifs de soutien (groupe d'intervention) verront leur qualité de vie s'améliorer considérablement par rapport aux patients recevant des soins infirmiers de routine (groupe de contrôle) <p>Les hypothèses reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent de manière claire du but de l'étude. Les variables sont le niveau de fatigue et la qualité de vie et reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise. Les participants ont été recrutés dans le service cardiovasculaire et le service ambulatoire d'un centre médical de Taichung City, à Taïwan, par échantillonnage de convenance. La population finale est composée de 92 patients, qui ont été inscrits de manière aléatoire dans un groupe d'intervention (n=47) et dans un groupe témoin (n=45). Dans la figure 1 de l'article, l'évolution de la population pendant la durée de l'étude est mise en évidence. Un numéro de 1 à 92 a été attribué à chaque participant. La séquence du groupe d'intervention et du groupe témoin a été générée par une méthode de randomisation par bloc.</p> <p>Les critères d'inclusion des participants étaient : un diagnostic d'IC selon la classification fonctionnelle de la New York Heart Association (NYHA) établi par un cardiologue, une conscience éclairée et la capacité de communiquer en mandarin ou en taïwanais, l'accord pour participer à l'étude.</p> <p>Les critères d'exclusion étaient : les personnes alitées et dépendantes des autres, les personnes qui ont une dépression ou une maladie mentale</p>

	<p>L'estimation de la taille de l'échantillon a été basée sur une étude de Wang et al., avec un <i>effect size</i> de 0,58. Un échantillon total minimum requis de 96 échantillons était requis pour atteindre un niveau de puissance de 0,8 pour une étude de <i>test t</i> bilatéral et un coefficient alpha de 0,05.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été menée conformément aux principes de la déclaration d'Helsinki.</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue par le comité d'examen institutionnel de l'Hôpital d'étude.</p> <p>Une étude pilote a été menée avant l'étude formelle pour tester les procédures.</p> <p>Les chercheurs ont expliqué le but de l'étude, les méthodes, la procédure et le droit de retrait gratuit à tous les participants et ont obtenu le consentement éclairé des participants disposés à participer à l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé longitudinal.</p> <p>Le groupe d'intervention a reçu un programme de soins infirmiers éducatifs de soutien de 12 semaines offert par les chercheurs, tandis que le groupe témoin a reçu des soins infirmiers de routine.</p> <p>Les données ont été recueillies au départ, 4 semaines, 8 semaines et 12 semaines après le recrutement des patients dans l'étude pour le groupe d'intervention et le groupe témoin.</p> <p>Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques.</p>
Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte de données est explicité, les outils de mesure sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables.</p> <p>La fatigue a été mesurée à l'aide de « Chinese version of the shortened PFS ». Elle comprend 15 items dans deux thèmes, notamment domaine de gravité et le domaine temporel. Le score varie de 0 à 45, 45 signifie le niveau de fatigue le plus élevé. Dans cette étude, « The Cronbach's alpha » est situé à 0,88.</p> <p>La qualité de vie a été mesurée par « The MLHFQ ». Ce questionnaire contient 21 items concernant l'IC sur les dimensions physiques, émotionnelles et générales. Un score élevé indique une qualité de vie inférieure. Ce questionnaire a été validé pour mesurer la qualité de vie. « The Cronbach's alpha » est situé 0,92</p>

	<p>Au niveau des covariables :</p> <p>La détresse symptomatique a été mesurée à l'aide « symptomatic distress index (SDI) », composé de 17 items. Les symptômes tels que la dyspnée, le manque d'énergie, les troubles du sommeil, les œdèmes observés au cours des 7 jours précédents. « The Cronbach's alpha » est situé 0,87.</p> <p>L'anxiété et la dépression ont été mesurées avec l'échelle « hospital anxiety and depression scale (HADS) » composée de 14 items, divisée en deux sous-échelles. Des scores élevés indiquent des niveaux d'anxiété élevés d'anxiété et de dépression. « The Cronbach's alpha » est situé 0,84.</p> <p>Le soutien social a été mesuré à l'aide de l'échelle « multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) ». Composée de 12 items, divisée en 3 sous-échelles : famille, amis et professionnels de santé. Les scores élevés signifient un degré élevé de soutien social. « The Cronbach's alpha » est situé 0,75.</p> <p>Les outils de mesure sont en adéquation avec le devis, les objectifs et les variables de cette étude.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Un questionnaire structuré a été administré par un assistant de recherche au moment de l'inscription. Celui-ci comprenait un formulaire sur lequel les participants fournissaient leurs caractéristiques démographiques et cliniques. Ces caractéristiques sont définies de manière claire dans l'article de recherche.</p> <p>L'assistant de recherche était une infirmière spécialisée en cardiologie et avait été formée par les chercheurs pour se familiariser avec les instruments. Celle-ci ne connaissait pas le statut des patients. L'intervention a été réalisée par celle-ci, elle-même, une des auteurs de cet article.</p> <p>Le déroulement de l'intervention a été finement décrit :</p> <p>Le groupe témoin a reçu des soins infirmiers de routine, comprenant du matériel écrit et une éducation orale par deux entretiens téléphoniques fournis par l'infirmière responsable à la première et troisième semaine après la sortie.</p> <p>Le groupe d'intervention a reçu le programme de soins infirmiers éducatifs de 12 semaines offert par les chercheurs. La figure 2 dans l'article illustre en détail la procédure d'intervention et de la collecte de données.</p>

	<p>L'intervention a été clairement décrite :</p> <p>Le programme de soins infirmiers éducatif a été conçu par les chercheurs sur la base sur « the supportive intervention » de Ream et al. et « the symptom management model » de Zambroski and Bekelman.</p> <p>Ce programme de soins infirmiers éducatifs comprend trois parties : évaluation et suivi de la fatigue, formation à la gestion de la fatigue et évaluation des résultats.</p> <p>Les participants du groupe d'intervention ont bénéficié de quatre interventions d'éducatifs et de conseils en face à face effectués par les chercheurs lors de la première visite et à quatre semaines, à huit semaines et à douze semaines, dans une salle de réunion du service, une salle de formation de service ambulatoire ou à la maison. De plus, le groupe d'intervention a bénéficié d'au moins trois entretiens téléphoniques.</p> <p>Les entretiens éducatifs face à face durent 30 minutes. Lors de la première visite, les chercheurs évaluent : le niveau de fatigue, les connaissances et capacité d'auto-gestion, leur système de soutien familial, leurs besoins en matière d'éducation et de conseil, y compris les symptômes et l'autosoin de l'IC et de la fatigue. Une brochure éducative a également été fournie aux patients.</p> <p>Le contenu de la gestion des symptômes de la fatigue et les 4 interventions sont bien décrits dans l'article et dans la figure 2.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse ont été décrites :</p> <p>Les données ont été analysées avec le « the SPSS » (version 18.0). Le « T-test » et « chi square test » ont été utilisés pour examiner l'homogénéité des caractéristiques des participants et des variables des résultats entre le groupe d'intervention et le groupe témoin au départ.</p> <p>Une analyse des mesures répétées unidirectionnelle des variances a été utilisée pour évaluer les effets de l'intervention sur la fatigue et la qualité de vie à différents moments pour chaque groupe.</p> <p>Des équations d'estimation généralisées (EEG) ont été utilisées pour tester les différences de fatigue et de qualité de vie au cours des 12 semaines entre le groupe d'intervention et le groupe témoin, en tenant compte de l'âge, du sexe et de l'éducation.</p> <p>Une valeur de P value < 0,05 indique une signification statistique.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a trois tableaux et deux figures qui présentent les résultats. De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux.</p>

	<p>Le tableau 1 présente les caractéristiques et les différences des participants entre le groupe d'intervention et le groupe témoin au départ.</p> <p>Les résultats sont représentés de manière claire dans le tableau 2. Il n'y avait pas de différences significatives entre le groupe d'intervention et le groupe témoin au départ.</p> <p>Le niveau de fatigue a diminué de façon significative lors de l'intervention, $p = <0,001$ alors qu'aucune différence significative n'a été observée dans le groupe contrôle au cours de la période de 12 semaines.</p> <p>Le tableau 3 démontre la comparaison des différences de fatigue et de qualité de vie entre groupes dans le temps.</p> <p>Le groupe d'intervention a montré une amélioration significative et graduelle du niveau de fatigue après les 12 semaines du programme éducatif. Cependant, pas d'amélioration à la semaine 4 et 8.</p> <p>Autant dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle, il y a eu une amélioration significative de la qualité de vie globale, les sous-échelles physique et générale de la MLHFQ après l'intervention de 12 semaines sauf pour la sous-échelle émotionnelle qui s'est améliorée que chez le groupe d'intervention. Pour le groupe d'intervention : qualité de vie globale ($P = <0.001$), dimension physique ($p = <0,001$), dimension émotionnelle ($p = <0,001$) et dimension générale ($p = <0,001$).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés de façon à répondre aux hypothèses. Les résultats ont révélé que le programme de soins infirmiers éducatifs de soutien d'une durée de 12 semaines était efficace pour soulager la fatigue et améliorer la qualité de vie des patients atteints d'IC.</p> <p>Les résultats ont été mis en concordance avec les études antérieures menées sur le sujet :</p> <p>Les résultats concernant la fatigue sont similaires à ceux trouver dans les études antérieures. Cependant, il s'agissait de la fatigue dans le cadre du cancer.</p> <p>L'effet de l'intervention éducative de soutien dirigée par une infirmière sur la qualité de vie des patients atteints d'IC a été testé dans des études antérieures et elle jouait en effet un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'ICC.</p> <p>Dans la présente étude, le programme de soins infirmiers éducatifs de soutien a été élaboré à partir de pratiques empiriques et du</p>

	<p>modèle de gestion des symptômes proposé dans des études antérieures.</p> <p>Il a été démontré par d'autres études que les interventions d'éducation et de conseil en face à face ont fourni une éducation et une consultation individualisées pour améliorer les connaissances et la capacité des participants à gérer la fatigue.</p> <p>Cependant, les appels téléphoniques qui ont suivi ont non seulement renforcé l'éducation, mais ils ont également fourni un soutien émotionnel continu et facilité une bonne relation soignant-soigné.</p> <p>Cette intervention centrée sur la personne a aidé les patients à faire face à leur maladie et à gérer leur fatigue, ce qui pourrait également améliorer leur qualité de vie.</p> <p>Les auteurs mettent en évidence les limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les patients ont été recrutés dans le service ambulatoire d'un centre médical ○ Classes fonctionnelles de I à III (classe I → la fatigue peut être moindre) ○ Les participants étaient tous indépendants dans leurs activités quotidiennes, ce qui limite la généralisation. ○ L'étude a évalué l'effet de l'intervention sur la fatigue et la qualité de vie sur une période de 12 semaines. Une étude a démontré que l'intervention pouvait améliorer efficacement la qualité de vie des patients à 12 mois et 2 ans. ○ Le questionnaire structuré utilisé dans l'étude était complet et fiable, mais il a fallu beaucoup de temps pour l'administrer, limitant ainsi la volonté des patients de participer à l'étude <p>Les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions et celles-ci découlent logiquement des résultats :</p> <p>Cette étude a confirmé qu'une formation en soins infirmiers de soutien programme de soins peut soulager efficacement la fatigue et améliorer la qualité de vie des patients atteints d'IC chronique.</p> <p>Les infirmières sont encouragées à fournir des soins infirmiers éducatifs de soutien continus, à surveiller l'évolution de la maladie des patients, à agir à titre de coordonnatrice des patients et à défendre les intérêts des patients atteints d'IC.</p>
<p>Conséquences et recommandation</p>	<p>Les implications sur la pratique infirmière sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le programme de soins infirmiers éducatifs de soutien peut soulager efficacement la fatigue et améliorer la qualité de vie des patients atteints d'IC. ○ Des soins infirmiers éducatifs de soutien individualisés sont recommandés pour apporter un soutien affectif positif, améliorer la fatigue et la qualité de vie des patients par le biais

	<p>d'une évaluation continue, de conseils et d'éducation pour les patients souffrant d'IC.</p> <p>Pour les études futures, les chercheurs suggèrent que celles-ci devront inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tous les niveaux de déficience fonctionnelle afin de tester les effets de ce type d'intervention sur la fatigue et la qualité de vie chez ceux qui ont une déficience fonctionnelle plus grave. ○ L'effet de ce programme sur d'autres variables de résultats, comme les visites à l'urgence, les taux de réadmission et de mortalité. ○ L'effet à long terme. ○ L'utilisation d'autres méthodes simples et des instruments fiables pour mesurer la fatigue et la qualité de vie
--	---

8.14 Grille de Fortin: Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study

Dickson, V. V., Melkus, G. D. E., Katz, S., Levine-Wong, A., Dillworth, J., Cleland, C.

M., & Riegel, B. (2014). Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.018>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre de l'étude est :</p> <p>« Building skill in heart failure self-care among community dwelling older adults: Results of a pilot study »</p> <p>Ce titre précise de manière claire les concepts clés de cette étude, notamment « heart failure », « self-care ». De plus, il précise la population.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : l'objectif, la méthode, les résultats, la conclusion, les implications pour la pratique.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de la recherche est approprié dans le contexte actuel. En effet, l'IC est une épidémie mondiale qui touche plus de 23 millions de personnes dans le monde et dont le coût économique est estimé à plus de 108 milliards de dollars par année. Malgré les progrès réalisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, les résultats demeurent sombres avec une charge symptomatique importante, une faible capacité fonctionnelle, une qualité de vie liée à la santé médiocre, des hospitalisations fréquentes et une mortalité précoce. Malgré les innovations technologiques, la plupart des soins quotidiens pour l'IC sont effectués par le patient à la maison et donc implique une prise en charge autonome.</p> <p>Les guidelines internationales sur l'insuffisance cardiaque précisent le besoin de formation en autosoins.</p> <p>L'autogestion de la santé au sein de la population atteinte d'IC demeure très pauvre.</p> <p>Des études ont montré que la connaissance, qui se réfère à des concepts d'apprentissage ou d'information est nécessaire pour un autosoin efficace, mais pas suffisante pour améliorer le comportement. Des autosoins adéquats exigent des compétences dans l'exécution des comportements de routine ainsi que dans la prise de décisions au sujet des signes et des symptômes.</p> <p>Dans le cadre de l'IC, les compétences en autogestion de la santé évoluent avec le temps et avec la pratique au fur et à mesure que les patients apprennent à intégrer les pratiques d'autogestion de la santé dans leur vie quotidienne et qu'ils acquièrent de l'expérience dans les domaines suivant la prise en charge des symptômes.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elles montrent la situation actuelle des connaissances et définissent les limites du phénomène et de la question, ainsi que, la ligne directrice envisagée pour cette recherche. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Cette étude est guidée par la théorie de l'autosoin en fonction de la situation de l'insuffisance cardiaque : « the situation-specific theory of HF self-care ».</p> <p>En conséquence, les soins auto-administrés sont un processus de « naturalistic decision-making » (prise de décision en milieu naturel) dans lequel des personnes s'engagent dans le but de rester en santé et de gérer leur maladie.</p>

	<p>Ce cadre explique que dans le monde réel, les gens prennent des décisions qui leur sont significatives et familières.</p> <p>Les décisions sont influencées par la personne, le problème/situation actuelle et l'environnement, mais dépendent également des expériences, des connaissances, des compétences et des valeurs de la personne.</p> <p>Les concepts clés de cette étude s'inscrivent dans le cadre théorique et celui-ci est lié au but de l'étude. En effet, guidée par cette théorie spécifique à la situation de l'IC, une intervention visant à améliorer l'autosoin doit accroître les connaissances, mais aussi renforcer les compétences.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement explicité. Celui-ci est de mettre à l'essai une intervention innovatrice visant à développer les compétences afin d'améliorer les soins auto-administrés dans l'IC chez les personnes âgées vivant en communauté. De façon plus précise, les objectifs de l'étude randomisée contrôlée visent à vérifier l'efficacité de cette intervention théorique à 1 et 3 mois.</p> <p>Les auteurs testent 3 hypothèses comparant de manière aléatoire 75 personnes âgées atteintes d'IC assignées au groupe d'intervention ou au groupe de contrôle.</p> <p>Les hypothèses sont clairement énoncées :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Que les participants atteints d'IC du groupe d'intervention auront un nombre significatif d'améliorations de l'autogestion de la santé par rapport à ceux du groupe de contrôle. (2) Que les participants atteints d'IC du groupe d'intervention auront un nombre significatif d'améliorations des connaissances sur l'IC et sur les autosoins concernant l'IC par rapport à ceux du groupe de contrôle. (3) Que les participants atteints d'IC du groupe d'intervention auront une qualité de vie liée à la santé significativement meilleure par rapport à ceux du groupe contrôle. <p>Ces dernières variables reflètent les concepts précisés dans le cadre de recherche et s'appuient sur le cadre théorique.</p> <p>Les hypothèses reflètent de manière adéquate le contenu de la recension des écrits et découlent de manière logique du but de l'étude.</p> <p>De plus, en s'appuyant sur ce cadre théorique, les auteurs spécifient qu'une intervention qui n'est pas conforme aux valeurs d'une personne, qui sont façonnées par des facteurs socioculturels, ne seront pas être utilisés de façon constante au fil du temps. Les personnes qui possèdent les connaissances, les compétences et</p>

	l'expérience requises sont plus susceptibles de prendre une décision efficace en matière d'autosoins.
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Dans cet article, la méthode complète de l'étude a été décrite ailleurs. Cependant, elle a été brièvement expliquée :</p> <p>La population est définie de façon précise. L'échantillon a été recruté dans les cliniques de cardiologie et les milieux communautaires du nord-est des États-Unis, région géographique entourant les sites. La population a été définie par une méthode d'échantillonnage randomisée contrôlée dans lequel les individus ont été répartis aléatoirement dans le groupe d'intervention ou dans un groupe de contrôle.</p> <p>L'échantillon est suffisamment détaillé dans cette étude. En effet, au début, ils avaient un échantillon de 250 personnes, ensuite avec la mise en évidence des critères d'exclusion et les déclinaisons, l'échantillon s'élève au nombre de 75 personnes.</p> <p>38 ont été inscrites de manière randomisée dans le groupe d'intervention et 37 ont été inscrites de manière randomisée dans le groupe contrôle. Après 3 mois, 56 personnes ont fourni des données à des fins d'analyse dans le cadre de cette étude. Dans la figure 2 de l'article, l'évolution de la population pendant la durée de l'étude est mise en évidence.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient : les personnes devaient avoir reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque chronique depuis au moins 3 mois, devaient être capables de lire et de parler l'anglais ou l'espagnol, devaient être âgées de plus de 55 ans et devaient être dans un milieu où ils étaient en mesure, seuls, de prendre soin d'eux-mêmes.</p> <p>Les critères d'exclusion : si les individus étaient âgés de moins de 55 ans, si les individus avaient une IC stade 4 selon la classification NYHA, si les individus ne parlaient pas une des langues requises, si les individus vivaient dans une maison de retraite, si les individus avaient des comorbidités, si les individus présentaient une déficience cognitive importante, si les individus présentaient une mauvaise audition et vision.</p>
Considérations éthiques	<p>Tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p> <p>Le protocole de l'étude a été approuvé par l'University and clinical Institutional Review Boards.</p>

Devis de recherche	<p>Le devis de recherche utilisé permet que l'étude atteigne son but. C'est une étude randomisée contrôlée.</p> <p>La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte des données.</p> <p>Le devis de recherche permet d'investiguer les hypothèses des chercheurs.</p> <p>Les choix du devis respectent les critères scientifiques.</p> <p>Cette méthode de recherche est appropriée à l'étude du problème proposé.</p> <p>La durée de l'intervention s'effectue en 3 mois, les données démontrent déjà des résultats significatifs pour en tout cas deux des variables (autosoin et connaissance). Il faudrait peut-être plus de temps passé auprès des participants pour constater une amélioration de la qualité de vie liée à la santé.</p>
Modes de collectes de données	<p>La mode de collecte de données est explicitée, les outils de mesures sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables.</p> <p>Les stratégies de recrutement comprenaient l'affichage de dépliants d'information dans les milieux communautaires (par exemple les centres pour personnes âgées) et des références par des prestataires cliniques qui connaissent bien l'étude.</p> <p>Toutes les séances d'intervention ont été enregistrées sur bande sonore et transcrites mot pour mot. Chaque transcription a été examinée à l'aide d'une liste de contrôle des critères de performance. L'éducateur prenait des notes pour chaque séance et faisait un compte rendu hebdomadaire avec l'équipe de recherche.</p> <p>Les principaux résultats de l'autosoin, des connaissances et de la qualité de vie liée à la santé ont été recueillis à la base, à 1 mois et 3 mois.</p> <p>Au départ, les caractéristiques sociodémographiques et la durée du diagnostic d'IC ont été obtenues par auto- déclaration. En plus des variables de résultats, les caractéristiques cliniques pertinentes pour l'autosoin de l'IC ont été recueillies à l'aide d'instruments valides et fiables : la classe selon la New York Heart Association, les comorbidités et le fonctionnement physique.</p> <p>La classification « New York Heart Association » (NYHA) a été attribuée à une seule infirmière spécialisée pour évaluer le statut des participants dont elle ne connaissait pas leurs situations (à l'aveugle).</p> <p>Les comorbidités ont été mesurées grâce « the interview format of the Charlson Comorbidity Index ».</p>

	<p>Le fonctionnement physique a été évalué à l'aide de « Duke Activity Status Index » (DASI). Celui-ci mesure la capacité de l'individu à effectuer un panel d'activité quotidienne spécifique et présente une corrélation adéquate avec les mesures de capacité fonctionnelles.</p> <p>Les variables mesurées sont : l'autosoin, les connaissances de l'IC, la qualité de vie liée à la santé.</p> <p>Les autosoins ont été mesurés avec « the Self-Care of Heart Failure Index » (SCHFI), dont 22 items et avec « the self-care management scale ». L'échelle SCHFI reflète l'observance et la surveillance du traitement. L'échelle « the self-care management scale » mesure la réaction aux symptômes lorsqu'ils surviennent. Dans cette étude, les coefficients alpha étaient respectivement de 0,60 et 0,65, valeurs compatibles avec celles d'autres études.</p> <p>Les connaissances de l'IC ont été évaluées avec « the Dutch HF Knowledge Scale » (DHFKS). Cette échelle se compose d'items concernant les connaissances en général, des traitements et des symptômes de l'IC. Dans cette étude, le coefficient alpha était de 0,64, ce qui est semblable à la fiabilité rapportée par les concepteurs du test.</p> <p>La qualité de vie liée à la santé (définie comme un sentiment subjectif de bien-être englobant les dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles liées à la santé et aux soins de santé) est mesurée à l'aide du « Kansas Cit Cardiomyopathy Questionnaire » (KCCQ).</p> <p>C'est un questionnaire de 23 items qui quantifie la limitation physique, la fréquence des symptômes, la gravité et l'évolution dans le temps, la qualité de vie globale, l'interférence sociale et l'auto-efficacité. Dans cette étude, les coefficients alpha étaient adéquats (intervalle de 0.72 à 0.92) et semblables à ceux des consistances internes signalées dans un autre échantillon de personnes avec IC. L'analyse de cette étude a utilisé le score de l'échelle du résumé clinique, qui comprend les limites physiques et les domaines liés aux symptômes, ainsi que le score global de la synthèse.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les personnes qui ont été choisies de manière randomisée pour figurer sur la liste d'attente ont reçu des soins habituels qui comprenaient tous les renseignements standard sur l'éducation des patients fournis par leurs fournisseurs de santé.</p>

	<p>Les personnes du groupe d'intervention ont participé à une intervention d'autosoins centrée sur l'acquisition de compétences dans les comportements essentiels d'entretien d'autosoins et d'une autogestion efficace des soins.</p> <p>L'intervention de cette étude est clairement décrite dans l'article.</p> <p>Les éléments de l'intervention visant à renforcer les compétences en matière de soins personnels sont basés sur les travaux antérieurs des auteurs de cette étude, selon lesquels une prise en charge appropriée nécessite des habilités dans les comportements quotidiens liés à l'entretien de l'autosoin et l'aptitude à prendre des décisions concernant les signes et les symptômes.</p> <p>Cette intervention a été dispensée par un éducateur de santé qualifié et s'est déroulée dans trois centres communautaires pour personnes âgées.</p> <p>L'intervention a commencé par une évaluation des connaissances actuelles de chaque personne concernant l'IC, du niveau d'habilité tactique et situationnelle.</p> <p>Les exercices d'acquisition de compétences étaient axés sur les déficits de compétences des personnes et sur la gestion des situations courantes et uniques par des exercices pratiques et des jeux de rôle.</p> <p>Les interventions se sont déroulées en groupe de 4 à 8 participants. Deux fois par semaine, des séances de 60 minutes ont été offertes sur une période de quatre semaines et en anglais ou en espagnol.</p> <p>Le contenu des séances était axé sur quatre domaines du processus d'autosoins : adhésion aux médicaments, régime hyposodé, surveillance des symptômes et gestion des symptômes.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites :</p> <p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les données sociodémographiques de base, les caractéristiques cliniques et les variables. « Chi square test » et « independent samples t-tests » ont été utilisés pour examiner les différences initiales de celles-ci.</p> <p>Pour examiner les trois hypothèses concernant l'effet de l'intervention sur l'amélioration de l'autogestion de la santé, les connaissances et la qualité de vie liée à la santé à 1 mois et à 3 mois, les chercheurs ont effectué une analyse de variance mixte.</p> <p>L'interaction entre le traitement (facteur inter-sujet) et le temps (facteur intra-sujet) sur les mesures d'autosoins, de connaissances et la qualité de vie liée à la santé a été évaluée.</p>

	<p>Le Cohen's F a été calculé en tant qu'indice standardisé de la taille de l'effet.</p> <p>Des analyses ont été effectuées utilisant le IBM SPSS (Chicago, IL).</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a deux tableaux qui présentent les résultats.</p> <p>Les résultats des caractéristiques sociodémographiques, de la durée du diagnostic et des caractéristiques cliniques sont représentés de manière claire et concise dans le tableau 1.</p> <p>Les résultats concernant les hypothèses apparaissent de manière claire dans le tableau 2.</p> <p>Deux hypothèses des chercheurs ont été confirmées.</p> <p>Les participants du groupe d'intervention ont amélioré leur autosoin et leurs connaissances, mais pas leur qualité de vie liée à la santé.</p> <p>La figure 3 montre les moyennes marginales estimées de l'entretien des autosoins, la gestion des autosoins et les connaissances.</p> <p>De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux.</p> <p>L'entretien des autosoins s'est amélioré dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle.</p> <p>Il y a une interaction significative entre le groupe et le temps, $p = 0.041$ ce qui suggère l'efficacité de l'intervention pour améliorer le maintien de l'auto-prise en charge.</p> <p>Le Cohen's f est modéré = 0.38 ce qui signifie que l'effet est existant.</p> <p>La gestion des autosoins s'est améliorée de manière significative dans le groupe d'intervention par rapport à au groupe contrôle, $p = 0.024$.</p> <p>Le Cohen's f est grande = 0.45 ce qui signifie que l'effet est visible à l'œil nu.</p> <p>Les connaissances se sont améliorées de manière significative dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle, $p = 0.001$, ce qui suggère l'efficacité de l'intervention sur celles-ci.</p> <p>Le Cohen's f est importante = 0,54 ce qui signifie que l'effet est visible à l'œil nu.</p> <p>La qualité de vie liée à la santé n'a pas démontré de différences significatives entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle en lien avec l'intervention effectuée.</p> <p>Une analyse supplémentaire a été réalisée pour prendre en compte les différences d'âge, la perception de l'état de santé, les comorbidités et le fonctionnement physique. Cela a révélé pour l'âge,</p>

	<p>les comorbidités et le fonctionnement physique qu'il y avait une corrélation faible et non significative avec les variables dépendantes. La perception de l'état de santé était corrélée significativement à l'entretien de l'autosoin, $p < 0.05$ et la qualité de vie, $p = < 0.01$.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des hypothèses.</p> <p>L'intervention a amélioré les comportements de l'entretien et de la gestion des autosoins ainsi que la connaissance concernant l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Selon les connaissances de ces chercheurs à ce moment-là, il s'agissait de la première étude qui a décrit les effets d'une intervention visant à renforcer les compétences d'autosoins basées sur la communauté.</p> <p>Les auteurs ont vérifié leurs résultats avec les études antérieures et les ont clairement citées. Ceux-ci sont cohérents avec les rapports antérieurs à base communautaire dans des populations de maladies chroniques non reliées à l'IC, notamment en lien avec une revue systématique qui traitait de l'autosoin concernant le diabète.</p> <p>Les chercheurs sont optimistes sur le fait que les résultats, dont les comportements en autosoins sont nettement meilleurs à 3 mois dans le groupe d'intervention, reflètent le potentiel de durabilité de l'intervention. Tout de même, une période de suivi plus longue est nécessaire pour capturer les effets durables selon eux.</p> <p>Selon les chercheurs, une intervention plus longue peut être nécessaire pour renforcer les comportements de prise en charge personnelle et démontrer une amélioration de la qualité de vie.</p> <p>Les limites de l'étude ont été définies par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La taille de l'échantillon qui était insuffisant ○ Des événements météorologiques importants se sont produits pendant l'étude, ce qui a rendu difficile la communication avec les participants et a entraîné des données manquantes pour le suivi des trois mois ○ Le contexte de communauté urbaine <p>Cette étude fournit des preuves préliminaires de l'efficacité d'une intervention de prise en charge de soi-même, axée sur le développement des compétences, dispensée par des éducateurs en santé. Les résultats prometteurs suggèrent que se concentrer sur le développement de compétences tactiques et situationnelles</p>

	essentielles dans la maintenance et la gestion des soins personnels pourrait aider à maintenir des autosoins efficaces.
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs ont mis en évidence des implications pour la pratique : Les résultats de cette étude randomisée contrôlée suggèrent un changement du paradigme des interventions d'autosoins dans l'insuffisance cardiaque allant de l'engagement réactif à l'engagement actif des personnes.</p> <p>Cette étude a des implications importantes pour la population croissante d'adultes atteints d'insuffisance cardiaque vivant dans la communauté.</p> <p>Le fait d'intervenir dans le contexte communautaire en utilisant des éducateurs de la santé qualifiés constitue une solution pratique pouvant être mise en œuvre dans des populations et des contextes géographiques variés.</p>

8.15 Grille de Fortin: Heart failure symptom monitoring and response training

Jurgens, C. Y., Lee, C. S., Reitano, J. M., & Riegel, B. (2013). Heart failure symptom monitoring and response training. *Heart and Lung*, 42(4), 273-280.

<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.03.005>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre s'intitule « Heart failure symptom monitoring and response training ».</p> <p>Il met en avant les concepts de la surveillance et de la réponse en lien avec les symptômes de l'insuffisance cardiaque. Il suggère les notions d'autosoins.</p> <p>La population n'est pas définie dans le titre, mais apparaît dans les concepts clés de l'étude.</p>
Résumé	Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : les objectifs, la méthode, les résultats et la conclusion.
INTRODUCTION	

Problème de la recherche	<p>La problématique à l'étude est bien formulée dans l'introduction et le contexte.</p> <p>Les auteurs font un résumé exhaustif et référencé de concepts et des connaissances sur l'amélioration des résultats de santé par l'acquisition de compétences dans l'autogestion des symptômes. Il en ressort que, malgré l'éducation des patients sur l'autosoin, les admissions d'urgence à l'hôpital pour la prise en charge des symptômes aigus demeurent courantes chez les patients atteints de HF. Les patients déclarent régulièrement éprouver des symptômes pendant une semaine ou plus avant de demander des soins concernant une exacerbation. Les patients ont démontré avoir des difficultés à détecter une dégradation des symptômes par rapport à ceux de base. Les patients demandent des soins pour les symptômes aigus de l'insuffisance cardiaque après avoir manqué les signes de décompensation de l'IC.</p> <p>Malgré les efforts déployés pour réduire les réadmissions, les taux de réadmission dépassent 30 % à 3 mois et atteignent 47 % à 6 mois après la première hospitalisation.</p> <p>Les stratégies fondées sur des données probantes visant à réduire le nombre d'admissions à l'hôpital peuvent être divisées en deux catégories. La première stratégie implique un suivi intensif des patients, donc centrée sur le professionnel. La deuxième stratégie est axée sur le développement de compétence d'autogestion et l'amélioration de l'état de santé de manière générale, donc centrée sur le patient.</p> <p>Il a été démontré dans plusieurs méta-analyses que l'amélioration des compétences d'autogestion s'est révélée plus efficace pour réduire le nombre de réadmissions que la stratégie qui utilisait des suivis intensifs. Les interventions d'autosoins ont réduit le nombre d'admissions de 34 % comparativement à 26 % avec un suivi intensif.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est complète et appuie les affirmations des auteurs. Elle montre le large panel des connaissances actuelles. Ces dernières définissent les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base solide pour l'étude. Des sources importantes sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>

Cadre de recherche	Les auteurs ne mentionnent pas de manière claire un cadre théorique dans l'introduction. Cependant, ils font référence à une des définitions de la théorie de Riegel. Ainsi, cette étude s'inscrit logiquement dans les concepts de référence présents dans cette théorie. L'acquisition de compétence d'autogestion de la symptomatologie découle des recherches actuelles.
Buts et questions de recherche	<p>Le but de cette étude pilote est de tester l'efficacité d'un programme de formation sur les symptômes d'insuffisance cardiaque, le « HF Symptom Monitoring Awareness & Response Training » (HF SMART), sur la capacité des patients à prendre soin d'eux-mêmes et particulièrement sur leur capacité à reconnaître et à réagir aux changements des symptômes.</p> <p>Le phénomène de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découle logiquement du but de la présente étude.</p> <p>L'objectif premier est d'évaluer les effets de l'intervention « HF SMART » par rapport aux soins habituels, sur la survie sans complication à 90 jours.</p> <p>Les chercheurs ont émis les hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Que le délai avant la première complication serait plus long chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque qui ont reçu l'intervention HF SMART. (2) Que les participants aux HF SMART montreraient de meilleurs comportements d'autogestion que ceux recevant les soins habituels
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise. L'échantillon a été formé dans un hôpital de la banlieue de New York entre février 2007 et janvier 2011.</p> <p>Les professionnels de soins de santé référents ont examiné l'admissibilité des patients au moyen d'un examen des dossiers et d'entrevues. Les participants potentiels ont été identifiés pendant leur hospitalisation et recrutés à l'aide d'annonces.</p> <p>La population est composée de 425 personnes. Après de multiples éléments de sélection et autres raisons, l'échantillon est composé de</p>

	<p>99 personnes et est séparé dans deux groupes. Dans le groupe d'intervention ils sont 48, dans le groupe témoin ils sont 51. Dans la figure 3 de l'article, l'évolution de la population pendant la durée de l'étude est mise en évidence.</p> <p>Les critères d'inclusion sont : les participants doivent parler anglais, vivre dans la communauté, capable de prendre leurs propres décisions en matière de soins de santé, avoir accès à un téléphone pour des entrevues de suivi, les fonctions cognitives doivent être intactes, avec un score de 24 « Mini-Mental State » (MMS).</p> <p>Les critères d'exclusion comprenaient l'IC liée à d'autres causes, une maladie psychiatrique majeure diagnostiquée, une déficience auditive majeure non corrigée, un congé prévu dans un établissement de soins spécialisés, une maladie grave qui empêcherait de participer à un essai de 90 jours.</p> <p>Les auteurs ne décrivent pas la manière dont ils ont évalué la taille nécessaire de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs ne décrivent pas de mesure éthique pour leur recherche. Cependant, l'approbation des personnes a été obtenue et tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p>
Devis de recherche	<p>Cette étude est un essai contrôlé randomisé pour tester l'efficacité d'une intervention d'entraînement à l'autogestion des symptômes par le programme « HF SMART » par rapport aux soins habituels, vis-à-vis du premier événement de complication défini comme un décès ou une hospitalisation. Tous les participants ont reçu des balances de poids et un livret d'autosoins. Les patients ont été divisés de manière randomisée dans deux groupes. Le groupe d'intervention a reçu une formation supplémentaire individuelle. Le groupe contrôle a reçu les soins habituels.</p> <p>Les mesures sont faites au départ et pendant trois mois.</p> <p>Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques.</p>

Modes de collectes de données	<p>La mode de collecte de données est explicitée, les outils de mesures sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables.</p> <p>Au moment de l'inscription, la comorbidité a été mesurée à l'aide du format d'entrevue de l'indice de Charlson. La validité a été démontrée par les auteurs de l'instrument. La « Heart Failure Somatic Perception Scale » (HFSPS) est une échelle utilisée pour évaluer la conscience et la détresse perçue des symptômes. Elle permet de connaître l'ampleur de la détresse associée aux symptômes apparue sur la dernière semaine avant l'évaluation de celle-ci, les scores les plus élevés indiquant une plus grande détresse perçue. Le coefficient de Cronbach était de 0,87 dans cet échantillon.</p> <p>Les autosoins ont été mesurés à l'aide de « Self-Care of Heart Failure Index » (SCHFI), une échelle de 19 items qui évalue la gestion des autosoins, l'entretien des autosoins ainsi que la confiance en soi dans l'autosoin. Les scores plus élevés indiquent une meilleure capacité d'autosoins. Le coefficient alpha de Cronbach au départ et sur 90 jours était pour la partie « entretien » de 0,60 et 0,69, « gestion » 0,43 et 0,70 et de « confiance » 0,74 et 0,83.</p> <p>Les profils individuels de la symptomatologie ont été déterminés à l'aide de « Heart Failure Somatic Perception Scale » (HFSPS). La dyspnée était le symptôme le plus courant. Le test de marche de 6 minutes a été utilisé pour provoquer la dyspnée et relier le changement des sensations somatiques à l'activité.</p> <p>Les outils de mesure sont en adéquation avec le devis, les objectifs et les variables de cette étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Au moment de l'inscription, les données démographiques, cliniques, de comorbidité et la perception globale de l'état de santé ont été évaluées par entrevue et examen des dossiers.</p> <p>Tous les participants ont complété les mesures de la conscience des symptômes et de l'autogestion de la santé au début de l'étude et à 90 jours (3 mois). L'assistant de recherche qualifié a téléphoné à 1 mois et 90 jours pour obtenir diverses informations sur les potentiels hospitalisations et autres. De plus, à 90 jours, celui-ci a utilisé un scénario normalisé pour l'entrevue afin de recueillir par téléphone</p>

des données sur la connaissance des symptômes, l'autogestion de la santé et les événements cliniques.

Les participants du groupe d'intervention qui étaient stables sur le plan médical, qui étaient d'accord et qui étaient physiquement capables, ont passé le test de marche de 6 minutes au départ dans le cadre de la formation.

Le résultat principal est le critère de la temporalité avant le premier événement d'hospitalisation en raison d'une IC, d'une cause liée à l'IC ou d'un décès. Les événements ont été suivis au moyen de dossiers médicaux électroniques.

L'intervention de cette étude est clairement décrite dans l'article.

Les auteurs ont élaboré l'intervention sur la base de la théorie de Barbara Riegel. L'intervention « HF SMART » est axée sur la surveillance des symptômes et la réaction à ceux-ci afin de réduire l'incertitude entourant leur signification. Dans le tableau 1, les composantes correspondant à l'intervention ainsi que les composantes des soins habituels sont présentées de manière claire.

HF SMART a utilisé un exercice interactif pour comparer les sensations de dyspnée et de fatigue au repos et après une activité. Les patients devaient évaluer leurs symptômes sous forme de groupe de 3 symptômes, car cela les aide à se sensibiliser aux réels symptômes de l'IC. L'intervention comprenait une prise de conscience somatique et cognitive. Un graphique quotidien des symptômes a été fourni afin d'encourager une routine quotidienne, pour suivre les symptômes et les réactions liés à ceux-ci.

En excluant la visite à domicile et les questionnaires remplis, l'intervention a duré 20 à 30 min.

C'est le chercheur principal qui a fourni toutes les interventions. Ces dernières ont été enregistrées sur bande sonore et ont fait l'objet d'une vérification des principaux points par un assistant de recherche qualifié.

Un schéma explicatif (la figure 1) décrit de manière visuelle l'intégralité de la procédure.

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites :</p> <p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques cliniques et les scores à l'échelle de base.</p> <p>Les différences entre le groupe d'intervention et le groupe témoin de bases ont été analysées à l'aide du « test-T de Student » et le « Chi Square test »</p> <p>L'analyse Kaplan-Meier a été utilisée pour vérifier l'hypothèse selon laquelle le délai avant le premier événement serait plus long chez les participants HF qui ont reçu l'intervention. Le délai avant la première hospitalisation pour cause d'insuffisance cardiaque ou de décès a été calculé en fonction du moment où les participants ont une autonomie au niveau des autosoins. Les différences de survie, tout événement survenant dans les 90 jours, ont été quantifiées au moyen d'un test du « Chi Square test ». Le « Cohen's d » a été utilisé comme des indices normalisés de l'ampleur de l'effet. Les analyses ont été effectuées avec IBM SPSS. Une analyse de l'intention de traiter a été effectuée.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a deux tableaux et une figure qui présentent les résultats.</p> <p>Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon</p> <p>Il n'y avait pas de différence significative entre les participants des deux groupes au niveau des caractéristiques sociodémographiques et cliniques.</p> <p>Le tableau 3 présente les comportements d'autosoins au départ et à 90 jours. Le groupe d'intervention a signalé plus de complications, mais le nombre n'a pas varié de façon significative entre les groupes. Il n'y avait aucune différence dans le temps de survie entre les groupes. Ces données sont présentées dans la figure 4.</p> <p>De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux.</p>

	<p>Sur les trois sous-échelles du SCHFI, seuls les résultats de l'entretien étaient manifestes. Après 90 jours, le poids quotidien, un comportement d'entretien, a augmenté à 93,1 % dans le groupe d'intervention et à 77,1 % dans les soins habituels.</p> <p>Le groupe d'intervention a amélioré de façon significative les scores d'entretien, de gestion et de confiance en soi ($p < 0,01$) par rapport au temps 0. Le groupe des soins habituels a amélioré de façon significative l'entretien et la gestion de l'autosoin ($p < 0,01$).</p> <p>L'amélioration de l'entretien de l'autosoin est plus élevée dans le groupe d'intervention par rapport aux soins habituels (Cohen's $d = 0,273$), mais la différence n'était pas statistiquement significative et l'ampleur de l'effet était faible.</p> <p>L'amélioration de la confiance en soi était également plus élevée dans le groupe d'intervention par rapport aux soins habituels (Cohen's $d = 0,256$), mais la différence n'était pas statistiquement significative et l'ampleur de l'effet était faible.</p> <p>En revanche, l'amélioration dans la gestion des autosoins est plus importante dans le groupe des soins habituels que dans le groupe d'intervention. Cependant, cet effet est faible (Cohen's $d = 0.155$) et non significatif ($p = 0.70$). Une « post-hoc power analysis » indique qu'un échantillon de 228 participants serait nécessaire pour détecter des différences significatives dans les scores d'autosoins.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Il s'agissait de la première étude qui documentait les effets de la formation de sensibilisation aux symptômes de l'IC. Cette intervention visant l'augmentation des capacités d'autogestion a semblé avoir un effet bénéfique précoce sur le délai de survenue des événements cliniques, qui n'a cependant pas été durable à 90 jours. Les auteurs mettent en lumière les résultats de cette étude par rapport à d'autres études.</p> <p>Il y a une tendance vers un taux plus élevé des complications dans le groupe d'intervention, quoique non significative, qui pourrait être attribuable à une sensibilisation accrue aux symptômes.</p>

	<p>Les résultats en matière d'autosoins sont statistiquement faibles dans les deux groupes. Toutefois, l'amélioration la plus marquée est dans « l'entretien » et « l'auto-confiance » des autosoins dans le groupe d'intervention par rapport aux soins habituels. Les scores de gestion des autosoins ont connu une amélioration numériquement plus importante dans le groupe des soins habituels, ce qui est contre-intuitif et peut-être attribuable à une erreur de mesure.</p> <p>Les limites de cette étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La petite taille de l'échantillon, une des raisons est que le recrutement est difficile. ○ L'impossibilité d'aveugler la personne qui recueille les informations lors du suivi par téléphone. ○ Les coefficients de fiabilité pour l'auto-entretien étaient marginaux. Cependant, les auteurs de l'instrument s'attendent et acceptent des coefficients plus faibles dans cette version en raison de la grande variété de comportements évalués. <p>En conclusion, l'intervention de formation sur les symptômes HF SMART a été conçue pour être une intervention brève et réalisable. À l'heure actuelle, les données probantes sur l'efficacité des interventions d'autosoins sont limitées et les résultats sont contradictoires. L'unique visite à domicile n'est peut-être pas suffisante pour améliorer l'adhésion au programme. Un programme d'éducation thérapeutique visant l'autogestion des personnes, particulièrement dans les 30 premiers jours suivant la sortie de l'hôpital, peut améliorer les résultats pour certains patients. Enfin, les études portant sur des facteurs tels que la capacité d'autogestion de la santé, la littératie en matière de santé, l'état cognitif et le soutien social peuvent aider à déterminer le type approprié d'interventions pour améliorer les résultats de santé.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences des résultats et les recommandations par les chercheurs ont été mises en évidence de manière succincte :</p> <p>Dans l'ensemble, les résultats neutres indiquent la complexité de l'amélioration des résultats dans l'IC. Le profil est très variable chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ce phénomène est lié à de nombreux facteurs, tels que l'âge, la gravité de la maladie, les comorbidités, les capacités d'autogestion de la santé et nécessite</p>

	probablement une adaptation particulière des interventions pour améliorer l'autogestion de la santé. Il est intéressant de noter qu'étant donné l'augmentation de la surveillance du poids dans cet échantillon et dans d'autres études, fournir par exemple des balances peut être intéressant afin d'améliorer la qualité de l'autosoin.
--	--

8.16 Grille de Fortin: Reduction of Heart Failure Rehospitalization Using a Weight Management Education Intervention

Wang, X., Qiu, J., Ju, Y., Chen, G., Yang, J., Pang, J., & Zhao, X. (2014). Reduction of Heart Failure Rehospitalization Using a Weight Management Education.

Journal of Cardiovascular Nursing, 29(6), 528-534.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000092>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre s'intitule « Reduction of Heart Failure Rehospitalisation Using a Weight Management Education Intervention ». Il décrit fidèlement les concepts abordés dans cette étude ainsi que la population étudiée.
Résumé	Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : le contexte, l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La problématique est introduite de manière complète et détaillée. La prévalence et l'incidence de l'insuffisance cardiaque (IC) ont augmenté considérablement partout dans le monde au cours des dernières années. Bien qu'il y ait eu des progrès considérables dans le traitement de l'IC par la médecine et les appareils médicaux, la réadmission après une hospitalisation pour l'IC est courante.

	<p>Pour obtenir des résultats cliniques positifs, les programmes d'autogestion sont devenus une approche prometteuse et globale pour les patients atteints d'IC. Il existe de plus en plus de preuves de l'efficacité de ces programmes, cependant, tous les essais cliniques n'ont pas démontré d'amélioration des résultats de santé. Selon les faibles résultats obtenus dans le cadre de ces programmes, on peut améliorer leurs performances en renforçant leurs capacités en autogestion. La surveillance quotidienne du poids est souvent recommandée dans le cadre de l'autogestion pour prévenir les exacerbations.</p> <p>Les auteurs décrivent l'état des connaissances dans les sujets de l'autogestion et l'éducation thérapeutique grâce à plusieurs études appuyant leurs dires.</p> <p>Une étude antérieure a révélé qu'un gain de poids important était observé jusqu'à quatre jours avant l'apparition de complications. Les recherches de Jones et al ont indiqué que l'observation de la surveillance du poids était associée à une probabilité moindre de visites aux urgences ou d'hospitalisations.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le large panel des connaissances actuelles. Ils définissent le phénomène et la question qui en découle logiquement. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence et définis. L'étude ne décrit pas précisément les bases philosophiques. Au travers de la recension des écrits, les bases théoriques et pratiques sont explicitées et appropriées à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les auteurs ont effectué un essai contrôlé randomisé, dont la recherche découle logiquement des connaissances recensées.</p> <p>L'objectif de cette étude est de déterminer si une intervention d'éducation thérapeutique sur la gestion du poids peut améliorer la capacité et la fonction cardiaque des patients et réduire les taux de réhospitalisation.</p>

	<p>Ils comparent un groupe qui reçoit l'intervention de la gestion du poids (Weight Management) au groupe contrôle qui reçoit des soins habituels afin de vérifier si cette intervention peut augmenter le suivi du poids, réduire les réhospitalisations liées à l'IC et améliorer la fonction cardiaque des patients.</p> <p>Les chercheurs ont émis l'hypothèse :</p> <p>(1) Qu'une intervention de gestion du poids serait efficace pour améliorer le pronostic des patients atteints d'IC.</p> <p>La gestion du poids est un programme d'autogestion simplifié qui met l'accent sur l'objectif de maintien d'un poids corporel stable et qui fournit des compétences sur l'ajustement des doses de diurétiques, de sel et de liquides en fonction des fluctuations du poids.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise. Les patients ont été recrutés pour l'étude sur une période d'environ un an à partir de juin 2011.</p> <p>La population est composée de 66 personnes. Les personnes sont assignées de manière randomisée dans le groupe d'intervention (n=32) et dans le groupe contrôle (n=34).</p> <p>Les critères d'inclusion étaient : les patients devaient avoir reçu un diagnostic clinique d'insuffisance cardiaque chronique conforme aux critères de Framingham et avoir une symptomatologie relative à la classe III de la « NYHA » au moment de l'inscription.</p> <p>Les critères d'exclusion étaient : un refus de participer, une déficience cognitive ou psychologique, une angine de poitrine instable, un infarctus du myocarde ou une chirurgie cardiaque au cours des trois derniers mois, une autre maladie chronique, une maladie rénale ou une comorbidité grave.</p> <p>Les auteurs ne présentent pas de mesure statistique ou de moyens pouvant justifier la construction de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité d'éthique du First Affiliated Hospital of Soochow University a approuvé la réalisation de l'étude.</p>

	<p>Les personnes doivent donner leurs consentements éclairés. Les droits de retrait et la confidentialité ont été présentés.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une étude randomisée contrôlée, qui convient parfaitement pour répondre à l'hypothèse proposée.</p> <p>Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p>Les mesures ont été effectuées au moment de l'inscription et après 6 mois.</p>
Modes de collectes de données	<p>La mode de collecte de données est explicitée, les outils de mesures sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables.</p> <p>L'aptitude des patients à la gestion du poids a été mesurée à l'aide du « Weight Management Questionnaire » (WMQ). C'est un questionnaire d'autoévaluation quantitatif. Les scores plus élevés indiquent de meilleures capacités. Il est composé de 4 sous-échelles, dont le contrôle du poids, connaissance dans la gestion du poids, confiance dans les capacités de gestion du poids et dans la pratique de la gestion du poids. L'alpha du coefficient de cohérence interne était de 0.843 pour le questionnaire et variait de 0.608 à 0.790 pour les 4 sous-échelles.</p> <p>Dans cette étude, la classification « NYHA » a été attribuée à l'aveugle par les médecins ou les infirmières cardiovasculaires, en fonction des symptômes déclarés, des antécédents médicaux et des résultats des essais cliniques sur la structure et la fonction cardiaque au recrutement et après 6 mois.</p> <p>La réhospitalisation due à l'exacerbation des symptômes a été enregistrée au cours de la période de recherche. Les auteurs ont comparé le nombre moyen de réhospitalisations entre le groupe témoin et le groupe d'intervention afin de vérifier l'association entre la surveillance du poids et les réhospitalisations, à six mois. Ils ont analysé le taux de réhospitalisation entre les personnes avec et sans une bonne observance dans le groupe d'intervention.</p> <p>Les outils de mesure sont en adéquation avec le devis, les objectifs et les variables de cette étude.</p>

Conduite de la recherche	<p>Deux chercheurs étaient responsables de la collecte des données, de l'intervention et des appels téléphoniques de suivi. Au début de l'étude, les chercheurs ont reçu une séance de formation d'une heure sur la collecte de données et l'éducation des patients. Ils ont recueilli les renseignements de base de tous les participants, comprenant les données démographiques, les antécédents médicaux ainsi que les médicaments actuels et ont fait passer un questionnaire mesurant la capacité des patients en matière de gestion du poids.</p> <p>L'intervention de cette étude est clairement décrite dans l'article.</p> <p>Tous les participants ont continué de recevoir les soins habituels après leur sortie de l'hôpital. Les patients du groupe d'intervention ont reçu, en plus, un livret sur la gestion du poids, un journal de suivi du poids et une formation individuelle. Le groupe d'intervention a également reçu des appels téléphoniques une fois par semaine au cours du premier mois et une fois par mois pendant les cinq mois suivants.</p> <p>Ceci permettait de discuter sur des compétences des patients en matière de surveillance du poids et répondre à leurs questions. Puis, un questionnaire a été administré au 6^{ème} mois aux deux groupes par le même chercheur.</p> <p>Dans les séances éducatives individualisées, le chercheur et le patient ont examiné ensemble la brochure, mettant l'accent sur les connaissances et compétences nécessaires pour la gestion du poids. Ils ont enseigné aux patients comment effectuer correctement la surveillance du poids au quotidien et consigner le résultat dans le journal de poids.</p> <p>De plus, comment identifier les signes et symptômes lors d'exacerbation en fonction du changement de poids corporel, ainsi que, les attitudes à adopter en cas de prise de poids soudaine.</p> <p>À la fin de la séance d'éducation, les patients doivent s'exprimer sur leur conception de la gestion personnelle du poids, afin d'évaluer si l'éducation était efficace.</p>
---------------------------------	---

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites :</p> <p>Toutes les analyses ont été effectuées avec un niveau de significativité statistique de 0.05 en utilisant « SPSS 16.0 » (SPSS, Inc, Chicago, Illinois).</p> <p>Les différences entre le groupe d'intervention et le groupe témoin ont été analysées à l'aide du test « Student t » ou du test « Chi Square ».</p> <p>Ils ont analysé l'adhésion des patients à la surveillance du poids et les changements dans la classification NYHA avec le test « Chi Square ».</p> <p>Pour la réhospitalisation liée à l'IC, ils ont utilisé « 2-sample t test ».</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a cinq tableaux qui présentent les résultats.</p> <p>De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux.</p> <p>Le tableau 1 présente les données sociodémographiques et cliniques recueillies, qui n'ont pas révélé de différence significative entre les groupes.</p> <p>Le tableau 2 présente l'observance optimale de la surveillance du poids.</p> <p>Il n'y avait pas de différence significative dans l'observance de la surveillance du poids entre les deux groupes au moment de l'inscription. Après 6 mois, l'observance s'est considérablement améliorée dans le groupe d'intervention ($p < 0.01$).</p> <p>Le tableau 3 présente les scores du questionnaire sur la gestion du poids au cours du suivi. Au départ, les scores du questionnaire WMQ de l'ensemble de l'échantillon étaient faibles, et les groupes ne présentaient aucune différence significative. Après 6 mois, le groupe d'intervention a obtenu des scores globaux et des scores selon les 4 sous-échelles significativement plus élevés ($p < 0,001$) par rapport au groupe témoin. Dans le groupe témoin, il n'y a eu aucun changement dans les scores des sous-échelles, à l'exception</p>

	<p>du sous-concept « pratique de la gestion du poids », qui a montré une amélioration significative lors du suivi ($p < 0,05$).</p> <p>Le tableau 4 correspond à l'amélioration de la classe NYHA au sixième mois. Le tableau 4 montre qu'une différence significative a été observée entre les deux groupes ($p = 0,03$), ce qui suggère que l'intervention est associée à une amélioration de l'état fonctionnel du groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle.</p> <p>Le tableau 5 présente les réhospitalisations liées à l'IC pendant le suivi.</p> <p>Les auteurs confrontent l'observance de la surveillance du poids au taux de réhospitalisation. À 6 mois, le groupe d'intervention a été sujet à moins de réhospitalisations, bien que ce ne soit pas statistiquement significatif.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Des études antérieures ont démontré les effets des programmes d'autogestion sur les résultats cliniques.</p> <p>Étant donné qu'une association significative a été établie entre la surveillance du poids et l'hospitalisation chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant des symptômes de classe III de la « NYHA ».</p> <p>Bien qu'une surveillance régulière du poids ait souvent été recommandée aux patients atteints d'insuffisance cardiaque pour déceler une détérioration et prévenir une hospitalisation possible, une mauvaise observance est courante en raison du manque de connaissances en matière de surveillance du poids et de compétences appropriées. De nombreuses réhospitalisations sont potentiellement évitables si les signes précurseurs de décompensation sont reconnus et traités avant que la situation ne se présente.</p> <p>White et collègues ont trouvé qu'un journal de suivi du poids était efficace. Cependant, le journal ne permettait pas de recourir davantage aux professionnels lorsqu'il y a une aggravation de son état.</p>

	<p>Dans cette étude, les patients ayant une bonne observance de la surveillance du poids avaient tendance à avoir des taux de réhospitalisation plus faibles, quoique non significatifs aux six mois d'intervention. La surveillance du poids ne suffisait pas à elle seule à prévenir la réhospitalisation.</p> <p>Les auteurs de l'étude ont émis l'hypothèse que l'éducation thérapeutique enseignée habituellement fournit une certaine connaissance des soins personnels, qui améliore certains comportements. Cependant, les chercheurs ont démontré que la seule éducation thérapeutique reçue à l'hôpital pourrait ne pas être suffisante pour améliorer les résultats cliniques et diminuer le taux de réhospitalisation.</p> <p>Plusieurs limites sont exprimées dans cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ C'est une étude pilote, ayant un petit échantillon et étudiant sur une courte durée. Les auteurs ne peuvent se prononcer si l'amélioration observée pouvait être maintenue à long terme. <p>En conclusion, une intervention d'éducation thérapeutique simple axée sur les connaissances et les compétences liées à la prise de poids pour surveiller le gain de poids liquide s'est révélée efficace pour améliorer l'observance de la surveillance du poids, la capacité de surveillance du poids des patients et la symptomatologie selon la classification NYHA.</p> <p>Par rapport au groupe témoin, les réhospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque ont également été réduites.</p> <p>Ainsi, les interventions ciblées qui fournissent aux patients les connaissances et les compétences nécessaires pour s'engager dans un comportement concret d'autosoins sont efficaces.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats et les recommandations par les chercheurs ont été clairement mises en évidence :</p> <p>La surveillance quotidienne du poids est souvent recommandée pour prévenir les exacerbations. Les auteurs ont mis au point une intervention d'éducation thérapeutique visant l'acquisition de compétence d'autogestion du poids afin d'améliorer l'observance du</p>

	poids et les capacités d'adaptation des patients après un gain de poids. Cette étude pilote a démontré un impact positif sur les résultats cliniques des patients. Concernant le biais méthodologique du suivi des informations, les futures recherches devraient surveiller les gains de poids des patients et documenter si les patients ont réagi correctement.
--	--

8.17 Grille de Fortin: The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation

Meng, K., Musekamp, G., Schuler, M., Seekatz, B., Glatz, J., Karger, G., ... Faller, H.

(2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation.

Patient Education and Counseling, 99, 1190-1197.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre est « The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation ». Ce titre reflète de manière fidèle les concepts abordés, la population et le but de l'étude.
Résumé	Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : l'objectif, la méthode, les résultats, la conclusion, les implications pour la pratique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La problématique est introduite de manière complète et détaillée. L'ICC est une maladie qui nécessite un traitement complexe tout au long de la vie. Par conséquent, l'autosoin et l'autogestion sont des éléments essentiels d'un traitement réussi chez les patients atteints d'ICC. Il existe des preuves de l'efficacité des interventions

	<p>d'autogestion et de l'éducation des patients atteints d'ICC en ce qui concerne les connaissances, l'auto-efficacité, les comportements d'autogestion, la qualité de vie liée à la santé, l'hospitalisation et la mortalité. Cependant, des études révèlent des lacunes méthodologiques et par conséquent, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer les effets des interventions. Il a été mis en évidence de nombreux sujets éducatifs essentiels. Il est possible d'extrapoler ces données pour le domaine de l'ICC. Ainsi, l'accent mis sur la connaissance et l'accès à l'information seulement peut ne pas être suffisant. Les lignes directrices recommandent une éducation complète, ciblant notamment les compétences et les changements de comportements. Divers moyens ayant montré leurs efficacités sont à disposition.</p> <p>L'éducation des patients est un élément essentiel pour le domaine de la réadaptation cardiaque. Il y a de nombreux programmes d'éducation des patients manquant encore de certaines exigences de qualité, comme dans le format en petits groupes et l'évaluation. De plus, peu d'études ont comparé différentes approches éducatives appliquées dans le cadre d'un programme de réadaptation multidisciplinaire en milieu hospitalier.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre la situation actuelle des connaissances, définit les limites du phénomène et de la question, ainsi que la ligne directrice envisagée par cette recherche. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence. L'étude ne décrit pas précisément les bases philosophiques. Au travers de la recension des écrits, les bases théoriques et pratiques sont explicitées et appropriées à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Cette étude cherche à évaluer les effets à court, à moyen et à long terme d'un programme d'autogestion de la santé axé sur le patient par rapport à un programme de soins habituels pour les patients hospitalisés en réadaptation cardiaque.</p> <p>Les chercheurs ont émis les hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Que le programme d'autogestion de groupe est supérieur aux soins habituels en ce qui concerne les compétences en autogestion personnellement mises en avant. (2) Que le nouveau programme soit plus efficace en ce qui concerne plusieurs comportements d'autogestion, la qualité

	<p>de vie liée à la santé (QVLS) et la satisfaction liée au traitement.</p> <p>Pour conclure, ces différents buts sont en adéquation avec le cadre conceptuel présenté ci-dessus.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise. Les patients ont été recrutés sur une période de deux ans depuis janvier 2012. Un médecin a évalué les critères d'inclusion à l'admission de 580 patients à partir de l'entrevue initiale, de l'examen, du dossier du patient et des dernières données diagnostiques. 513 ont signé le formulaire de consentement éclairé. Puis, ils ont été répartis au hasard dans un des groupes d'étude. 475 personnes ont finalement constitué l'échantillon initial de l'étude. 227 personnes ont été réparties dans le groupe contrôle et 248 ont été réparties dans le groupe d'intervention de manière randomisée. Les taux de suivi ont dépassé 80 % en tout temps. La figure 1 présente l'évolution de la population pendant la durée de l'étude.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient : des participants ayant un diagnostic d'insuffisance cardiaque systolique chronique, une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) de 40 et la classification fonctionnelle II ou III de la New York Heart Association (NYHA).</p> <p>Les critères d'exclusion étaient : les cas aigus de décompensation, de troubles cognitifs, d'aptitudes linguistiques insuffisantes en allemand et de graves troubles visuels ou auditifs.</p> <p>Les auteurs ne mettent pas en évidence d'éventuels moyens d'estimation et d'optimisation de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette recherche est conforme aux principes énoncés dans la déclaration d'Helsinki et a été approuvée par le comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université de Würzburg. Les participants signent un formulaire de consentement éclairé.</p>
Devis de recherche	<p>Cette étude est une recherche avec des groupes randomisés et contrôlés, menée dans quatre cliniques de réadaptation cardiaque en Allemagne. Les groupes ont été répartis au hasard par ordinateur. La randomisation a été effectuée par un assistant scientifique de l'équipe de recherche, garant de l'anonymisation et de l'attribution des participants.</p> <p>La taille de l'échantillon a été optimisée pour détecter les effets à court, moyen et long terme. Il fallait donc 352 personnes. De plus,</p>

	<p>les chercheurs ont supposé qu'il fallait une taille d'échantillon nécessaire de 416 patients. Le pouvoir de détecter les effets plus faibles d'un groupe à l'autre sur les résultats secondaires peut être trop faible ; par conséquent, l'ampleur de l'effet a été signalée tout au long de l'étude, avec la considération de la méthode selon CONSORT.</p> <p>Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p>Les résultats ont été l'autogestion des ICC, la QVLS et la satisfaction à l'égard du traitement.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>La mode de collecte de données est explicitée, les outils de mesure sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables. Le résultat principal était la compétence subjective des patients en matière d'autogestion (autosurveillance et connaissance, acquisition de compétences et de techniques, auto-efficacité). Les résultats secondaires comprenaient les comportements d'autogestion de la santé (maîtrise des symptômes, activité physique, observance du traitement), le questionnaire « HRQL » et la satisfaction à l'égard du traitement. Les outils de mesure ont généralement été évalués au moyen de mesures validées. Pour évaluer la maîtrise des symptômes, une nouvelle mesure a été mise au point. Les auteurs se sont donné les moyens de mesurer les résultats recherchés par l'utilisation de multiples et diverses échelles référencées.</p> <p>Les deux premières concernent l'acquisition de compétences d'autogestion et de connaissances :</p> <p>Deux échelles de la version allemande du Health Education Impact Questionnaire (heiQ) comportant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Six éléments sur la capacité d'auto-surveillance d'une personne, ainsi que ses réactions physiques et/ou émotionnelles, ce qui lui permet d'acquérir des connaissances et de prendre des mesures appropriées pour s'autogérer. ○ Quatre éléments mesurent les habiletés et les techniques subjectives fondées sur les connaissances des patients pour faire face aux symptômes et aux problèmes de santé liés à la maladie. <p>La fiabilité est évaluée sur Cronbach de 0,84 à 0,85.</p> <p>L'auto-efficacité a été évaluée par la sous-échelle de « Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) », qui comprend deux éléments permettant d'évaluer si un patient se sent bien informé sur</p>

	<p>la façon de gérer sa maladie. Pas d'information sur le niveau de preuve, excepté la source de celle-ci.</p> <p>Pour la mesure des symptômes, une nouvelle méthode a été mise au point sur la base d'autres instruments. Cette échelle est divisée en 3 concepts, la surveillance des symptômes, la réponse aux symptômes et la prévention/régime alimentaire. Un score élevé correspond à de plus grandes efficacités des stratégies d'autogestion respective. L'alpha de Cronbach est évalué entre 0,73 et 0,74.</p> <p>L'exercice physique a également été mesuré, utilisant une version modifiée du « Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire ». Le score est établi par la fréquence et la durée de l'activité physique. Pas d'informations supplémentaires sur la qualité de cette mesure, excepté la source de celui-ci.</p> <p>Les patients ont rempli la version allemande de l'échelle MARS-D (Medication Adherence Report Scale), qui évalue le comportement de non-adhésion des patients. La fiabilité est évaluée à 0,68.</p> <p>La qualité de vie liée à la santé est évaluée par le KCCP, 23 items sont utilisés pour quantifier la fonction physique, les symptômes (fréquence, gravité et changements récents), la fonction sociale, l'auto-efficacité et la qualité de vie. Les résultats les plus élevés reflètent un meilleur état de santé. Le Cronbach est estimé à 0,92 pour être satisfaisant.</p> <p>La satisfaction du traitement a été évaluée par les patients afin de juger le programme éducatif vis-à-vis de 3 concepts : le contenu, les interactions dans le groupe et le matériel utilisé. Les scores ont montré une bonne fiabilité avec un Cronbach recherché de 0.77 à 0.85.</p> <p>Les outils de mesure sont en adéquation avec le devis, les objectifs et les variables de cette étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Dans le groupe d'intervention (IG), les patients ont reçu le nouveau programme éducatif d'autogestion centré sur le patient, tandis que dans le groupe témoin (CG), les patients ont reçu un court programme de cours de soins habituels. Les données ont été évaluées à l'admission (t1) et à trois occasions de suivi, à la sortie de l'hôpital (t2), après 6 mois (t3) et 12 mois (t4), au moyen de questionnaires d'autoévaluation.</p>

	<p>L'intervention de cette étude est clairement décrite dans l'article. Les patients du groupe d'intervention ont reçu un programme éducatif d'autogestion qui consistait en cinq séances interactives centrées sur le patient, d'une durée de 60 ou 75 minutes. Le programme était interdisciplinaire avec des séances dirigées par un médecin, une infirmière, un psychologue et un physiothérapeute. Lors de chaque séance, les patients ont été activement impliqués dans le processus éducatif en utilisant une combinaison de méthodes didactiques. Les leçons portaient notamment sur les maladies les plus fréquentes, les connaissances vis-à-vis des traitements et des besoins individuels d'informations. De plus, le programme était axé sur les comportements d'autogestion et l'observance thérapeutique. Afin de promouvoir l'activité physique, des techniques d'intervention se sont fondées sur une théorie. Les problèmes quotidiens liés à la maladie et les signes de détresse émotionnelle ont été abordés.</p> <p>Pour le groupe contrôle, le programme est constitué d'une conférence d'une durée d'environ 60 minutes sur l'éducation de base liée à la maladie et donnée par un médecin. Le contenu comprenait les soins médicaux de base de l'ICC.</p>
Analyse des données	<p>Les moyens d'analyse statistique sont spécifiés : les auteurs ont utilisé le « SPSS 21.0 », « R statistics » et « Mplus 7.2 ». Pour les données manquantes, ils se sont conformés au protocole du « SPSS ». Les estimations globales ont été calculées à l'aide du progiciel « BaBooN » et « Zelig » dans « R ».</p> <p>Les analyses de non-réponse et d'abandon ont été analysées par des comparaisons de groupes indépendants à l'aide de « test t » pour les variables continues et de « Chi square test » pour les variables qualitatives.</p> <p>Les effets du programme (effets entre les groupes) ont été évalués séparément à chaque moment du suivi à l'aide de l'analyse de la covariance « ANCOVA ». Des méthodes de minimisation statistiques ont été utilisées pour toutes les différences entre les groupes. Pour deux résultats primaires (échelles heiQ « autosurveillance et connaissance » et « acquisition de compétences et de techniques »), les covariances « ANCOVA » ont été calculées en plus avec les variables latentes.</p> <p>Le troisième résultat principal (auto-efficacité) n'est mesuré que par deux éléments et par conséquent, les variables latentes n'ont pu être identifiées.</p> <p>Pour les résultats secondaires, aucun ajustement n'était prévu par des tests multiples.</p>

RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article il y a trois tableaux qui présentent les résultats. Le tableau 1 présente les données sociodémographiques recueillies. Il n'y avait pas de différences systématiques entre les participants des deux groupes. Le tableau 2 présente l'effet à moyen terme (6 mois) au sein de groupe et entre les groupes sur les résultats primaires et secondaires. Le tableau 3 présente l'effet à long terme (12 mois) au sein de groupe et entre les groupes sur les résultats primaires et secondaires. Les tableaux présentant les résultats primaires et secondaires à moyen et à long terme, ne montrant pas de différences significatives de l'apport de l'intervention. De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant ou non aux divers tableaux.</p> <p>Les auteurs ont constaté un effet significatif, malgré qu'il soit faible, de l'intervention entre les groupes sur une certaine dimension de la compétence des patients lors de la prise en compte des variables latentes.</p> <p>Les participants du groupe d'intervention, par rapport à l'autre groupe ont fait preuve d'une auto-surveillance et d'un niveau de connaissances supérieures ($p = 0,039$) et une meilleure acquisition de compétences et de techniques ($p = 0,069$), mais pas sur l'auto-efficacité ($p = 0,424$), car ils n'ont pas utilisé de variables latentes.</p> <p>Concernant les résultats à court terme, c'est-à-dire à la sortie de l'hôpital, les patients du groupe d'intervention ont indiqué des taux significativement plus élevés de la satisfaction à l'égard du traitement et du programme d'étude qu'ils ont suivi. Ils se sont montrés plus satisfaits en général ($p = 0,001$)</p> <p>Après six mois de suivi, le groupe d'intervention et contrôle ont montré de légères améliorations significatives dans le contrôle des symptômes ($p=0.031$). Le groupe d'intervention s'est amélioré davantage que le groupe contrôle en ce qui concerne l'activité physique ($p=0.40$). Il n'y a pas eu d'augmentation significative de l'observance du traitement dans les deux groupes. Les « ANCOVA » ont montré un effet significatif, mais faible en faveur du groupe d'intervention pour la surveillance des symptômes. Cependant pour le reste, aucune différence significative entre les deux groupes n'a toutefois été observée.</p> <p>Un an après la réadaptation, les patients des deux groupes ont maintenu une augmentation significative du contrôle des symptômes et de l'activité physique. Encore une fois, l'observance du traitement est demeurée inchangée et à niveau élevé. Le groupe d'intervention s'est amélioré davantage en ce qui concerne la prévention/régime alimentaire, l'activité physique et l'observance</p>

	<p>thérapeutique. Cependant, les « ANCOVA » n'ont montré aucun effet significatif en faveur de l'IG pour les résultats comportementaux.</p> <p>Les effets sur la qualité de vie à 6 et 12 mois ont montré des améliorations significatives dans les deux groupes. Cependant, les analyses intergroupes (ANCOVA) n'ont révélé aucun effet significatif d'une intervention sur la HRQL.</p> <p>Les résultats sont dans l'ensemble non significatifs, excepté dans une certaine dimension des compétences et de la satisfaction du traitement. Néanmoins, des imprécisions dans la présentation des mesures demeurent.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Dans l'ensemble, nous avons constaté un effet d'intervention significatif, mais faible, sur une certaine dimension de la compétence d'autogestion à court terme de nos patients ayant des résultats primaires.</p> <p>De plus, on a observé des effets minimes et significatifs sur la satisfaction du traitement à la sortie ainsi que sur la surveillance des symptômes après 6 mois et selon la tendance de la surveillance des symptômes et de l'activité physique après 12 mois. Cependant, il n'y a eu aucun effet sur d'autres dimensions de la maîtrise des symptômes, de l'observance du traitement et de la QVAS. Ainsi, nos hypothèses primaires et secondaires n'ont été que partiellement confirmées.</p> <p>Les auteurs ont comparé leurs résultats avec des études antérieures menées sur le même sujet :</p> <p>Une étude testant un programme de groupe éducatif en réadaptation pour patients hospitalisés suivis d'un appel téléphonique de suivi, des effets similaires sur les résultats proximaux tels que la connaissance et l'auto surveillance, mais aucun effet sur l'auto-efficacité ou la santé subjective/QLVRS n'a été démontré.</p> <p>D'autres études menées dans différents milieux fournissent des données probantes sur les effets de séances uniques d'éducation sur les comportements d'autogestion de la santé, mais pas sur la qualité de vie.</p> <p>Ainsi, le programme d'éducation était plus susceptible de produire des effets sur des comportements particuliers liés à la maladie que la compétence subjective générale (c.-à-d. l'auto-efficacité et la connaissance ou la compréhension subjective liée au comportement) qui s'est fortement améliorée dans les deux</p>

	<p>groupes. Néanmoins, les effets comportementaux ont diminué au fil du temps et n'étaient pas significatifs après 12 mois de suivi. Cela pourrait être dû à des problèmes de motivation.</p> <p>Un biais est envisageable, car il n'est pas clair si les scores élevés sont dus à une adhésion élevée ou à une surévaluation. Des effets positifs sur la satisfaction à l'égard du traitement ont également été démontrés pour d'autres programmes interactifs d'éducation des patients. Cela pourrait résulter des besoins subjectifs élevés de la population en matière d'information et de communication.</p> <p>Les limitations de l'étude sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tous les résultats ont été mesurés par auto-déclaration, bien qu'ils aient été recherchés à l'aide de questionnaires validés. ○ Le contrôle des symptômes a été évalué à l'aide d'un questionnaire spécifique à l'étude. Même si la fiabilité a toutefois été prouvée dans le cadre de l'étude. ○ Les critères d'exclusion de la déficience cognitive n'ont pas été évalués par des tests psychométriques. Les influences possibles des performances cognitives n'ont pas été examinées. ○ Le calcul de la taille de l'échantillon a été optimisé pour détecter les effets de petite à moyenne taille, comme on pouvait le supposer pour le résultat principal. ○ L'étude n'a pas porté sur les résultats cliniques distaux, car cela n'était pas faisable en milieu hospitalier <p>Il s'agissait de la première étude contrôlée randomisée sur l'autogestion du patient. Celle-ci a démontré que le programme pourrait être plus efficace en ce qui concerne certains résultats qu'une formation en soins habituels à court et à long terme. Afin d'explorer davantage ces résultats, les chercheurs procéderont à une analyse des effets du traitement et les mécanismes de traitement.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Pour les patients atteints d'ICC, l'éducation complète des patients est justifiée, mais l'information spécifique sur les caractéristiques des programmes de groupe et les stratégies éducatives font défaut. Un programme de groupe d'autogestion centré sur le patient pourrait être plus efficace en ce qui concerne certains résultats de l'autogestion qu'un cours standard sur les soins habituels.</p>

8.18 Grille de Fortin: Effect of patient activation on self-management in patients with heart failure

Shively, M. J., Gardetto, N. J., Kodiath, M. F., Kelly, A., Smith, T. L., Stepnowsky, C.,

... Larson, C. B. (2013). Effect of patient activation on self-management in

patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 20-34.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f9f9>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre s'intitule « Effect of Patient Activation on Self-Management in Patients With Heart Failure ». Il décrit fidèlement les concepts abordés dans cette étude ainsi que la population étudiée.
Résumé	Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : contexte/objectif, méthode, résultats, conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La problématique est introduite de manière complète et détaillée. Les chercheurs débutent en démontrant la place de l'IC dans le système de la santé publique. L'IC est devenue un diagnostic courant chez les adultes de plus de 65 ans et un facteur de risque primaire de réadmission à l'hôpital dans les 60 jours suivants la fin de l'hospitalisation. Les systèmes de santé subissent des pressions pour améliorer la prestation des soins d'IC et pour ralentir, sinon inverser, les coûts croissants associés aux soins chroniques et les mauvais résultats subséquents. Il existe de multiples obstacles qui empêchent les patients de s'engager et de s'autogérer. Étant donné la nature complexe et progressive de l'IC qui entraîne souvent des événements indésirables, il est important d'identifier les interventions qui aident les personnes atteintes d'ICC à pratiquer une autogestion efficace. Les données actuelles confirment les conclusions selon lesquelles les résultats des soins en cas d'IC dépendent non seulement de l'amélioration des soins prodigués à l'hôpital, mais aussi de la qualité et de la continuité des soins qu'ils reçoivent à l'extérieur de l'hôpital. Les auteurs décrivent les états de connaissances dans les sujets abordés grâce à plusieurs études.

	<p>Une étude réalisée en amont par les mêmes auteurs a démontré l'efficacité d'une intervention comportementale d'autogestion dans un groupe sur l'aspect du fonctionnement physique de la qualité de vie lié à la santé.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre l'état des connaissances actuelles, en définissant les questions qui en découlent. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>La notion « d'engagement du patient » est reprise de Hibbard et ses collègues : elle se définit comme le fait d'avoir l'information, la motivation et les compétences comportementales nécessaires pour gérer soi-même sa maladie chronique, collaborer avec les prestataires de soins de santé, maintenir le fonctionnement et offrir des soins adaptés à ses besoins. Hibbard et ses collègues ont également décrit la théorie de l'activation, celle-ci a servi de base à l'intervention de l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'efficacité d'une intervention de l'engagement des patients comparativement aux soins habituels sur l'autogestion, au taux d'hospitalisation et aux admissions aux urgences chez les patients à risque élevé de réadmission pour des raisons liées à l'IC.</p> <p>Le phénomène de recherche reflète le contenu de la recension des écrits.</p> <p>Les variables sont : l'engagement du patient, l'autogestion, les hospitalisations et les admissions aux urgences. Celle-ci reflète le cadre de recherche.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de manière précise. L'échantillon a été composé sur un seul site de soins à San Diego. 263 personnes étaient éligibles, puis suite à de multiples éléments de sélection et d'autres raisons, l'échantillon est composé au début de l'étude de 84 personnes, qui ont été assignées de manière randomisée dans deux groupes. Un des groupes composés de 43 personnes recevra le programme « heart PACT », l'autre groupe composé de 41 personnes recevra des soins habituels. Dans la figure 1 de l'article, l'évolution de la population pendant la durée de l'étude est mise en évidence.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient : une hospitalisation ou une admission aux urgences au cours des 12 mois précédents, une IC et des personnes âgées de 18 ans ou plus.</p>

	<p>D'autres critères d'inclusion exigeaient que le participant vive dans la région, qu'il lise et parle anglais, qu'il ait accès au téléphone ainsi qu'aux soins de manière courante.</p> <p>Les critères d'exclusion comprenaient l'incapacité de fournir un consentement écrit, des problèmes médicaux aigus au cours du mois précédent, des personnes inscrites à des programmes de soins spécialisés ou ayant fait l'objet d'un suivi à long terme en cardiologie après leur admission à l'hôpital, une espérance de vie inférieure à un an, un abus aigu de substances, des problèmes psychiatriques ou des personnes sans-abri.</p> <p>Les auteurs ne décrivent pas de méthode cherchant à déterminer la valeur statistique de l'échantillon. Néanmoins, cette étude se base sur une recherche antérieure et dont les auteurs s'inspirent.</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité d'examen institutionnel a approuvé l'étude et toutes les stratégies de recrutement. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit à la fois pour la vérification de l'admissibilité et pour l'étude. Tous les participants ont reçu une rémunération pour l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Cette étude a utilisé un modèle randomisé à deux groupes et à mesures répétées.</p> <p>Une mesure basée sur le niveau de référence de la mesure d'activation du patient (PAM) a été utilisée pour s'assurer que les patients soient répartis de manière égale entre les groupes par niveau.</p> <p>Les participants du groupe d'intervention ont reçu les soins habituels plus une intervention, un programme dénommé « Heart PACT » sur une durée de 6 mois. Les résultats ont été mesurés au départ, à 3 mois et à 6 mois. Les patients du groupe contrôle ont reçu les soins habituels.</p> <p>Les choix du devis permettent de respecter les critères scientifiques.</p>
Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte de données est explicité, les outils de mesure sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables.</p> <p>Après la vérification de l'admissibilité et le consentement, les participants ont été assignés au hasard dans les groupes.</p> <p>La mesure de l'engagement, « patient activation » est évaluée à l'aide de l'échelle « patient activation measure » (PAM), qui est constituée de 13 items et qui a été élaborée et testée par Hibbard et ses collègues. La valeur de Cronbach alpha pour cette étude est de 0,88. La fiabilité du « test-retest » a été évaluée et la validité du concept et des critères a été confirmée.</p> <p>Les responsables de l'intervention ont également eu recours à une brève entrevue clinique pour évaluer le niveau d'engagement.</p>

Le concept de l'autogestion a été évalué à l'aide de l'échelle « self-care of heart failure index » (SCHFI). Riegel et Dickson décrivent l'entretien et la gestion des soins personnels comme des éléments essentiels des soins personnels. Le SCHFI est une mesure d'auto-évaluation qui comporte trois parties, l'entretien des autosoins (5 items), la gestion des autosoins (6 items) et de la confiance en soi (4 items). Un score de > 70 indique que les soins personnels sont adéquats. Les coefficients alpha de fiabilité des échelles de cette étude sont ; entretien 0.50 ; gestion 0.42 ; confiance en soi 0.88.

La « medical outcomes study specific adherence scale » (MOS) est utilisée pour déterminer la capacité des patients de respecter les recommandations de traitement formulées par un médecin et la fréquence d'exécution de l'activité spécifique. Les auteurs ont utilisé 8 items qui mettaient l'accent sur les comportements habituels de santé. La valeur de Cronbach alpha pour cet échantillon à la première mesure est de 0,54.

Les relations entre les instruments PAM, SCHFI et MOS ont été investiguées. Il n'y avait pas de corrélation significative entre les scores PAM et MOS de base ($r = 0,09$, $P = 0,44$, $n = 84$). Toutefois, il y a une corrélation significative entre les éléments des échelles de maintenance SCHFI et MOS ($r = 0,51$, $P < 0,001$, $n = 84$), indiquant une variance commune de 25 % entre ces mesures.

Les hospitalisations et les admissions aux urgences ont été obtenues auprès des participants de manière auto-déclarée par entrevue au départ, après 3 et 6 mois. Ils ont également recherché des informations supplémentaires sur cette hospitalisation, grâce aux données nationales électroniques dans le site de soins. Ces données ne sont pas présentées dans cet article.

Les auteurs ont cherché l'impact de variables ou covariables potentielles qui ont été décrites dans l'article : -les caractéristiques sociodémographiques et cliniques

-le « Short Test of Functional Health Literacy in Adults » (STOFHLA) qui évalue la littératie de la santé (ce concept peut être défini comme la capacité d'obtenir, de lire, de comprendre et d'utiliser les informations pour prendre des décisions appropriées en matière de santé).

– de plus, en utilisant l'auto-évaluation, l'entrevue des patients et la révision des dossiers médicaux, les auteurs ont évalué la capacité fonctionnelle (marche de 6 minutes), les connaissances, la perception de la santé, l'utilisation des services de soins, le contrôle perçu, l'anxiété et la dépression.

Les outils de mesure sont en adéquation avec le devis, les objectifs et les variables de cette étude.

Conduite de la recherche	<p>Le dossier médical de chaque participant a été examiné après avoir recueilli leur consentement par écrit. Les participants ont été convoqués à une réunion de sélection dans le mois suivant leur inscription et à une visite d'évaluation des données de base. Puis, les participants ont été répartis au hasard dans les différents groupes. Enfin, tous les participants ont répété les diverses évaluations, décrites dans la figure 1, après 3 et 6 mois.</p> <p>Les soins habituels consistaient en des soins médicaux de routine dans des cliniques de soins primaires et des cliniques spécialisées. L'intervention est clairement décrite dans l'étude.</p> <p>L'intervention « HeartPACT » a été élaborée à partir de travaux antérieurs des auteurs sur l'autogestion et fondée à partir de la théorie de Hibbard. C'est un programme de six mois conçu pour améliorer l'autogestion, donné par une infirmière de pratique avancée. La figure 2 montre les objectifs individualisés pour les compétences et les comportements en fonction du niveau d'engagement de base. Le tableau 1 présente des exemples d'interventions pour chaque niveau d'activation.</p> <p>Lors de la première rencontre individuelle, les responsables de l'intervention ont évalué le niveau d'engagement des patients comme faible, moyen ou élevé selon la PAM. Le programme comprend six séances, par téléphone ou en personne. Lors de chaque réunion ou appel téléphonique avec les patients du groupe d'intervention, les objectifs et les progrès réalisés en vue de les atteindre ont été discutés.</p> <p>La fidélité de l'intervention a été évaluée par de multiples méthodes. Des moyens ont été mis en place pour permettre le suivi des résultats après chaque visite.</p> <p>Le groupe d'intervention a reçu, à la première visite d'intervention, une trousse d'outils d'autogestion. Le groupe contrôle a reçu la trousse d'outils après les six mois.</p> <p>La seule composante expérimentale est l'intervention « HeartPACT ».</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites :</p> <p>Les covariables potentielles ont été évaluées pour déterminer les différences entre les groupes au départ. L'âge était la seule covariable sur laquelle les groupes sont différents.</p> <p>Les données manquantes ont été analysées par le test « little's MCAR » ainsi que par le logiciel SPSS (version17).</p> <p>La normalité des distributions de toutes les variables dépendantes et des mesures des résultats a été vérifiée. L'intérêt principal des analyses est l'évaluation de similarité entre les groupes ou non au fil du temps.</p>

RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, quatre tableaux et trois figures présentent les résultats.</p> <p>Le tableau 2 présente les données sociodémographiques et cliniques recueillies au début de l'étude. L'âge moyen est de 66 ans.</p> <p>Le tableau 3 montre les scores moyens des outils de mesure (PAM, MOS, SCHFI) utilisés dans l'étude, à la base, à 3 mois et à 6 mois.</p> <p>Le tableau 4 décrit les moyennes auto-déclarées des participants par rapport aux hospitalisations et aux admissions aux urgences, à la base, à 3 mois et à 6 mois.</p> <p>Le tableau 5 montre les résultats du test F, la signification, l'ampleur de l'effet et les valeurs de puissance de ces outils de mesure utilisés. De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux.</p> <p>Le groupe d'intervention a comparativement montré une augmentation significative des scores d'engagement du test PAM entre le début de l'étude et 6 mois ($F = 3,73$, $P = 0.03$), en référence à la figure 3.</p> <p>Il y a eu une différence significative entre les groupes en fonction du temps du niveau d'engagement ($F = 3,89$, $P = 0,005$), en référence à la figure 4.</p> <p>Le groupe d'intervention s'est amélioré davantage avec le temps par rapport au groupe de soins habituels, l'effet étant le plus fortement présent chez les personnes ayant un niveau d'activation de base moyen.</p> <p>Pour les mesures de l'autogestion, il n'y a pas eu d'interactions significatives entre les groupes et la temporalité pour l'échelle SCHFI et ses trois sous-échelles, aucun effet significatif d'interaction entre les groupes et la temporalité par rapport aux niveaux d'engagement (PAM) pour l'échelle SCHFI.</p> <p>Bien que la moyenne de l'échelle d'adhérence « MOS » était au départ plus faible dans le groupe d'intervention, les résultats ont montré un effet significatif entre les groupes et la temporalité ($F = 7,48$, $P = 0,001$), avec une amélioration pour le groupe d'intervention, en référence à la figure 5.</p> <p>La fréquence des hospitalisations auto déclarée dans l'échantillon est mise en évidence dans l'article. Il y a une interaction significative pour les hospitalisations ($F = 2,57$, $P = 0,041$). Les participants du groupe d'intervention ont eu moins d'hospitalisations que le groupe de soins habituels lorsque le niveau de base d'engagement était faible ou élevé. Les participants du groupe d'intervention avec un niveau moyen d'engagement par rapport aux soins habituels ont été plus hospitalisés entre 3 et 6 mois.</p>

	<p>La fréquence de l'admission aux urgences est mise en évidence dans l'article.</p> <p>Les résultats des autres covariables ont été décrits de manière succincte dans l'article.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats les plus importants de cette étude étaient que le niveau d'engagement du patient pouvait être amélioré par une intervention ciblée et que l'effet était plus prononcé chez les personnes ayant un niveau de base moyen. Il peut y avoir un effet de plafond pour les personnes ayant un niveau élevé. Il faut tenir compte des facteurs qui peuvent influencer sur les niveaux d'engagement chez les personnes dont le niveau est faible au départ, comme la dépression et la perception négative de soi et des émotions. Finalement l'âge en tant que covariable n'a pas modifié significativement les résultats.</p> <p>Les auteurs se sont basés sur plusieurs études pour comparer leurs résultats. Cette étude soutient le travail de Hibbard et de ses collègues. Par exemple, elle démontre qu'une intervention de ce type est bénéfique et accompagne des changements dans certains comportements d'autogestion.</p> <p>Il y a une compréhension limitée de l'effet de l'activation du patient sur les comportements d'autogestion ainsi qu'un manque de preuves que de meilleurs comportements d'autogestion se traduisent par de meilleurs résultats. Cette étude n'a pas expliqué quels comportements d'autogestion sont les plus touchés par l'activation.</p> <p>Les limites de cette étude comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la taille de l'échantillon ○ les données démographiques (sexe, ethnie) ○ les données manquantes ○ les problèmes d'instrumentation ○ le petit nombre d'hospitalisations et d'admissions aux urgences ○ les changements dans la pratique clinique pendant l'étude <p>Malgré ses limites, cette étude est l'une des premières à tester une intervention d'activation dans un essai randomisé et à examiner les résultats de l'autogestion de l'IC. Cependant, les liens de causalité entre l'activation, l'autogestion et les hospitalisations n'ont pas encore été établis ou appuyés par d'autres études. La base de connaissances de l'engagement et de l'autogestion se développe.</p> <p>La conclusion de cet article est décrite dans un encadré (perles cliniques) :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ l'activation du patient peut être améliorée par une intervention ciblée ○ la mesure de l'engagement du patient et une brève entrevue clinique peuvent être utiles ○ le niveau d'engagement n'a pas eu d'effets significatifs sur les soins de l'IC ○ des recherches plus approfondies doivent être menées sur des liens de cause à effet entre l'engagement de l'autogestion et les hospitalisations.
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs recommandent l'utilisation de la théorie de l'activation et l'évaluation dans le contexte clinique devrait être envisagée pour les patients atteints d'une maladie chronique comme la transition de l'hôpital au domicile et les programmes d'autogestion.</p> <p>Cependant, dans cet article, les auteurs recommandent qu'il est nécessaire d'effectuer plus de recherches dans ce domaine.</p>

8.19 Grille de Fortin: A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; a longitudinal follow-up

Zakrisson, A., Ställberg, B., Arne, M., Hasselgren, M., Lisspers, K., & Theander, K.

(2019). A complex intervention of self - management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities ; A longitudinal follow - up. *Journal of Advanced Nursing*, 75, 175-186. <https://doi.org/10.1111/jan.13899>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre s'intitule « A complex intervention of self-management for patients with COPD or CHF in primary care improved performance and satisfaction with regard to own selected activities; a longitudinal follow-up ».</p> <p>Il décrit fidèlement les concepts abordés dans cette étude ainsi que la population étudiée.</p>

Résumé	Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : l'objectif, le contexte, la méthode, les résultats, la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La problématique est introduite de manière complète et détaillée. Ils débutent en démontrant les similarités entre deux pathologies chroniques, la maladie pulmonaire obstructive chronique ou l'insuffisance cardiaque chronique, notamment au niveau de la symptomatologie. Les symptômes entraînent une augmentation de la fatigue, des altérations de la capacité fonctionnelle, une réduction de la capacité et une diminution de la qualité de vie.</p> <p>Les personnes reçoivent habituellement des informations individuelles sur la gestion de la maladie de la part des professionnels, sans garantie que les patients ne l'intègrent dans leur vie pour créer des changements de comportement. Il y a quelques différences entre l'éducation du patient et l'éducation à l'autogestion. Dans cette dernière, les problèmes sont identifiés par le patient et l'intention est que le changement de comportement résulte de la confiance du patient dans sa capacité à s'autogérer.</p> <p>Les auteurs décrivent l'état des connaissances dans les sujets de l'autogestion et l'éducation thérapeutique grâce à plusieurs études appuyant leurs dires.</p> <p>Une étude a montré que la prise en charge des comportements induits par la maladie et des désagréments liés aux symptômes peut aider les patients atteints d'ICC à améliorer leur état fonctionnel et leur bien-être. Les examens systématiques ont décrit les améliorations de la qualité de vie à santé (QVLS) des interventions d'autogestion chez les patients atteints de MPOC et d'ICC. D'autres études ont décrit l'amélioration de la santé après avoir participé à des interventions d'autogestion dans des groupes de diagnostic distincts. Il n'est pas clair si les groupes ayant deux diagnostics différents pouvaient bénéficier de la même intervention d'autogestion.</p>
	La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le large panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.
	Les auteurs ont utilisé le modèle révisé de « Wilson et Cleary » comme cadre de référence. Ils décrivent ce modèle, celui-ci inclut

	<p>les composantes symptomatologiques, fonctionnelles et générales de perception de la santé.</p> <p>Ce modèle incorpore les éléments clés de cette recherche et définit des bases théoriques sur lesquelles les auteurs s'appuient.</p> <p>Les auteurs s'appuient également sur Bandura. Selon ce cadre théorique, l'amélioration des résultats de santé nécessite des compétences d'auto-efficacité. Elles peuvent se développer à partir de l'expérience de maîtrise, d'expérience indirecte, de persuasion verbale et des états psychologiques.</p>
Buts et question de recherche	<p>L'objectif de cette étude est de tester une intervention d'éducation thérapeutique visant un résultat d'autogestion sur l'auto-efficacité, les symptômes, le fonctionnement et la santé dans le contexte des soins primaires pour les patients atteints de MPOC ou d'ICC.</p> <p>Le phénomène de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découle logiquement du but de la présente étude. Cependant, aucune hypothèse n'est mise clairement en avant.</p> <p>Les variables sont l'auto-efficacité, les symptômes, le fonctionnement physique et la santé (VD), celles-ci reflètent le cadre de recherche.</p> <p>L'objectif de l'étude se base de manière générale sur le cadre théorique.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise. L'échantillon a été composé dans neuf centres de soins de santé. L'essai a été réalisé de septembre 2013 à septembre 2015.</p> <p>La population est composée de patients ayant reçu un diagnostic de MPOC (N = 935) ou d'ICC (N = 878) au cours de l'année et demie précédente. Après de multiples éléments de sélection et autres raisons, l'échantillon est de 150 personnes. Dans le groupe d'intervention, ils sont 73, dont 34 avec MPOC et 39 avec ICC à la base. Dans le groupe témoin, ils sont 77, dont 44 avec MPOC et 33 ICC à la base. Dans la figure 2 de l'article, l'évolution de la population pendant la durée de l'étude est mise en évidence.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient le diagnostic d'ICC effectué par un médecin ou le diagnostic de MPOC vérifié par spirométrie et tout symptôme caractéristique.</p> <p>Dans le groupe MPOC, les deux diagnostics ont été permis parce que de nombreuses personnes atteintes de MPOC étaient également atteintes d'ICC.</p> <p>Les critères d'exclusion étaient un diagnostic incertain, l'absence de symptômes, oxygénothérapie, déficience cognitive, des signes</p>

	<p>d'aggravation des maladies ou autre situation qui pourraient nuire à l'intervention.</p> <p>Cette étude se base sur des recherches précédentes, malgré tout, les auteurs ne mettent pas en évidence d'éventuel moyen d'estimation et d'optimisation de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche à Uppsala et selon la « déclaration d'Helsinki ». Le consentement du patient a été obtenu avant le début de l'étude et les informations ont été fournies par écrit et par oral. Les auteurs ne décrivent pas si des moyens ont été mis en place afin de sécuriser les données.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une étude multicentrique randomisée contrôlée. Le devis de recherche semble permettre d'examiner les variables.</p> <p>Elle a été menée pour examiner les effets d'une intervention complexe, d'une durée de trois mois, visant l'autogestion.</p> <p>Une intervention complexe peut être décrite comme contenant plusieurs composantes interactives et est décrite dans l'étude plus précisément.</p> <p>Après les évaluations de base, les patients ont été divisés aléatoirement en deux groupes. Le groupe d'intervention a reçu les soins habituels et l'intervention. Le groupe contrôle a reçu seulement les soins habituels.</p> <p>Le choix de devis permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p>Les mesures ont été faites au départ, après 3 mois et après 1 an. De plus, dans le cadre de la participation des patients et du public, l'association de patients suédoise du cœur et du poumon a été invitée afin de discuter du but, de l'intervention et du questionnaire de l'étude.</p>
Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte de données est explicité, les outils de mesures sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables :</p> <p>L'auto-efficacité par rapport à la fatigue est évaluée à l'aide d'une échelle « perceived self-efficacy for fatigue self-management » (PSEFSM). Les auteurs ne précisent pas plus pour l'interprétation des scores ou sur le niveau de fiabilité.</p> <p>L'auto-efficacité par rapport à l'exercice physique est évaluée à l'aide de l'échelle « Exercise Self Efficacy Scale » (ESES) a été développée par Kroll et al et sa fiabilité et sa validité sont testées, y compris en Suède.</p> <p>L'anxiété et la dépression ont été évaluées à l'aide de l'échelle « Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS). L'HADS est divisé</p>

en deux sous-échelles et évalue l'anxiété sur 7 items et la dépression également sur 7 items. Les valeurs de 0 à 6 indiquent qu'il n'y a pas d'anxiété ou de dépression, de 7 à 10 troubles anxieux légers à modérés ou d'humeur dépressive et des valeurs supérieures à 10 troubles anxieux ou d'humeur dépressive potentiels. HADS a été largement utilisé et sa fiabilité et sa validité ont été testées.

La dyspnée par rapport aux limitations physiques a été évaluée à l'aide de l'échelle « modified Medical Research Council » (mMRC) pour les patients atteints de MPOC. Elle est composée de cinq items. L'échelle est largement utilisée et a été validée.

Ils ont utilisé la classification de « New York Heart Association » (NYHA) pour classer les symptômes de patients atteints d'ICC. La classification NYHA est couramment utilisée pour la plupart des essais cliniques.

Les limitations fonctionnelles dues à la fatigue ont été évaluées à l'aide de la « Fatigue Impact Scale » (FIS). Elle mesure les limitations fonctionnelles dues à la fatigue par rapport aux capacités cognitives (10 items), physiques (10 items) et psychosociales (20 items). La FIS est largement utilisée parmi différents groupes de patients et validée pour le contexte suédois.

L'évolution du rendement fonctionnel et de la satisfaction au fil du temps ont été évaluées à l'aide de « Canadian Occupational Performance Measure ». Les patients ont identifié leurs propres difficultés en matière d'autosoins, de productivité et de loisirs et les ont évalués séparément, en fonction de leur niveau actuel de performance et de satisfaction, en attribuant une note de 1 (non exécuté ou insatisfait) à 10 (extrêmement bien exécuté ou extrêmement satisfait).

La capacité fonctionnelle a été évaluée au moyen du test de la marche de 6 minutes.

La santé a été évaluée au moyen du test « 36-Item Short Form Survey » (SF-36) et de l'échelle analogique visuelle de 0 à 100, où 0 est la meilleure expérience de santé et 100 la pire expérience. Le SF-36 évalue huit domaines de la santé, le fonctionnement physique (10 items), le rôle-physique (4 items), la douleur physique (2 items), la santé générale (6 items), la vitalité (4 items), le fonctionnement social (2 items), le rôle émotionnel (3 items) et la santé mentale (5 items). Les scores les plus élevés indiquent une meilleure santé et pour cette recherche, la version suédoise a été utilisée.

Toutes les données ont été évaluées au départ, après 3 mois et après 1 an, à l'exception de la mesure du rendement professionnel au Canada qui a été évalué au départ et après 3 mois.

Les outils de mesure sont en adéquation avec le devis, les objectifs et les variables de cette étude.

Conduite de la recherche	<p>Après avoir obtenu un consentement éclairé écrit et recueilli des données sociodémographiques et sur les modes de vie, les patients ont été répartis au hasard dans des groupes de diagnostic distincts.</p> <p>Les professionnels administrant l'intervention ont été initiés à l'étude dans le cadre d'un cours de deux jours comprenant une approche pédagogique et des fiches d'information sur les symptômes, le comportement et les limitations fonctionnelles les plus courants, ce qui peut diminuer les biais.</p> <p>Un essai pilote a été effectué, en amont, pour tester le protocole d'étude, l'intervention avec l'approche pédagogique et les évaluations avant le début de l'intervention. Les évaluations de l'essai pilote ne sont pas incluses dans l'étude.</p> <p>L'intervention de cette étude est clairement décrite dans l'article. L'intervention d'autogestion reçue était fondée sur les théories de Bandura.</p> <p>Le programme comprenait un physiothérapeute et une infirmière dans chaque centre. Les patients (trois patients atteints de MPOC et trois patients atteints d'ICC et leurs proches) ont assisté à des réunions d'une heure et demie toutes les deux semaines au centre de soins de santé, pour un total de six réunions. La première réunion de groupe visait à créer une atmosphère positive et de soutien parmi les membres du groupe. Des plans d'action individuels basés sur les problèmes personnels et la mise en place d'objectifs pour une meilleure autogestion et des changements de comportement ont été réalisés lors de la première réunion. La deuxième à la sixième réunion s'est poursuivie en soutenant les patients à mettre en pratique leurs connaissances et à acquérir des compétences.</p> <p>Six et neuf mois après le début de l'intervention, des réunions avec l'infirmière ou le physiothérapeute ont eu lieu avec les professionnels de soutien pour créer une relation permettant de maintenir le contact et étudier les effets à long terme.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites :</p> <p>Les différences entre le groupe d'intervention et le groupe témoin ont été analysées à l'aide du « test-T de Student ». Pour les données ordinales et d'intervalle, le test de Mann-Whitney a été utilisé.</p> <p>Le niveau de signification statistique était une valeur p inférieure à 0,05.</p> <p>L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS 22.0.</p> <p>Les auteurs ont calculé que cette étude avait besoin de 72 patients par groupe.</p> <p>La taille de l'échantillon était fondée sur un niveau de signification bilatéral inférieur à 0,05 et une puissance de 95 %.</p>

RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a quatre tableaux qui présentent les résultats. Le tableau 1 présente les données sociodémographiques recueillies. Le tableau 2 présente les données de base de l'étude par rapport au groupe d'intervention et le groupe contrôle selon toutes les mesures récoltées. Le tableau 3 est la comparaison des différences des moyennes entre les groupes à 3 mois et à 1 an après l'intervention. Le tableau 4 est la présentation des résultats du rendement professionnel canadien à la base et à trois mois.</p> <p>De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux.</p> <p>Dans cette étude, 150 (93 %) patients ont effectué l'évaluation de base, 123 (76 %) ont effectué le suivi à trois mois et 94 (58 %) le suivi à un an.</p> <p>Au départ, les patients du groupe d'intervention avaient en moyenne 74 ans et les patients du groupe témoin 71 ans. Les différentes caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont présentées dans le tableau 1.</p> <p>Les comparaisons entre les groupes d'intervention et les groupes témoins au départ en ce qui concerne : la capacité fonctionnelle, l'auto-efficacité par rapport à l'exercice et à la fatigue, les limitations fonctionnelles dues à la fatigue, l'anxiété, la dépression et la santé ne montrent aucune différence significative sur le plan statistique sauf dans le SF-36 dans le domaine de la santé des fonctions sociales ($p=0,025$). Ces données sont conciliées dans le tableau numéro 2.</p> <p>Les résultats des diverses échelles de mesure à 3 mois et à 1 an n'ont montré aucune différence statistiquement significative, à l'exception de la fonction sociale dans le domaine de la santé SF-36 au suivi à 1 an ($p=0.005$) présentés dans le tableau numéro 3.</p> <p>Après 3 mois, les patients du groupe d'intervention ont signalé des améliorations statistiquement significatives de la performance et de la satisfaction par rapport à l'évaluation de référence de « Canadian Occupational Performance Measure ». Les changements moyens dans le groupe d'intervention n'étaient pas statistiquement significatifs comparativement aux changements moyens dans le groupe témoin (tableau 4).</p>

DISCUSSION

Interprétations des résultats

L'isolement social est une situation bien connue, pour les patients atteints de maladies chroniques. Entre le groupe d'intervention et les groupes témoins, des différences significatives dans l'amélioration de la santé de la fonction sociale ont été observées. Dans cette étude, un modèle théorique a été testé dans une intervention d'autogestion, aucune étude antérieure n'a révélé que l'auto-efficacité était une approche pédagogique. Cette recherche oriente l'idée qu'il faut guider, former, encadrer et éduquer les professionnels de la santé aux interventions de l'autogestion pour que celles-ci soient efficaces. L'un des points forts de cette étude est d'impliquer les patients dans le processus de conception du protocole.

Plusieurs limites sont exprimées dans cette étude :

- La plupart des interventions d'autogestion proviennent de milieux spécifiques, ce qui limite la généralisation des résultats.
- Les professionnels participant à cette étude avaient besoin de plus de supervision pour gérer le soutien à l'autogestion.
- La qualité du soutien à l'autogestion dépend souvent des perceptions et des connaissances actuelles des professionnels.
- Le taux d'abandon était d'environ 40 % après un an. Les auteurs recommanderaient un échantillon de 120 patients par groupe.
- Le nombre important de professionnels impliqués et leur interprétation individuelle des instructions.

Seule la «Canadian Occupational Performance Measure», qui mesure les occupations et les activités que la personne perçoit comme limitantes où affectant sa performance dans sa vie quotidienne et pour lesquelles elle souhaite voir une amélioration a produit des résultats qui ont montré une différence significative dans le groupe d'intervention après 3 mois, la question est de savoir si les auteurs ont analysé les bonnes variables dans l'étude. Les différences entre le groupe d'intervention et le groupe témoin n'ont pas été démontrées dans les autres résultats.

Les principales conclusions sont décrites dans un encadré :

Il est possible d'avoir des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'insuffisance cardiaque chronique ensemble dans le cadre d'une intervention d'autogestion. Les patients ont amélioré leurs activités par le programme d'autogestion.

	<p>Les professionnels de la santé ont besoin de plus d'introduction et de supervision en pédagogie lors des interventions en autogestion. La mesure du rendement professionnel au Canada semble être un outil précieux pour évaluer les effets d'une intervention fondée sur l'expérience des patients. Comme l'exécution du programme et l'expertise des professionnels peuvent varier, même après le cours d'introduction de deux jours, il aurait peut-être été utile de tester une intervention plus normalisée avec moins de centres de soins. Les auteurs ont brièvement comparé leurs résultats aux études antérieures.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats et les recommandations par les chercheurs ont été clairement mises en évidence :</p> <p>Cette étude suggère que les patients atteints de maladies chroniques mériteraient une approche centrée sur la personne. Elle recommande également que les techniques d'intervention visant l'autogestion, selon Bandura, doivent être introduites, car c'est un besoin pour les professionnels de santé. Les soins de santé primaires devraient tenir compte de la nécessité de soins centrés sur la personne lors de l'organisation du soutien et des ressources pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Les implications pour la pratique sont donc multiples. Les auteurs soutiennent que les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'insuffisance cardiaque chronique doivent améliorer leur autogestion des symptômes.</p>

8.20 Grille de Fortin: Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms

Lee, K. S., Moser, D. K., & Dracup, K. (2018). Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms.

European Journal of Cardiovascular Nursing, 17(6), 496-504.

<https://doi.org/10.1177/1474515117745056>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre est le suivant : « Relationship between self-care and comprehensive understanding of heart failure and its signs and symptoms ».

	Il décrit fidèlement les concepts abordés dans cette étude ainsi que la population étudiée.
Résumé	Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : le contexte, l'objectif, la méthode, les résultats, la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement formulé dans l'article et il est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles.</p> <p>L'autosoin adéquat est essentiel à une bonne qualité de vie et à la prévention de l'hospitalisation chez les patients atteints d'IC. Cependant, la non-adhésion à l'autosoin est fréquente chez les personnes atteintes d'IC. Cela peut être lié à la complexité de l'autosoin, qui implique un processus décisionnel où les patients choisissent d'agir pour maintenir la stabilité physiologique (p. ex. surveillance régulière des symptômes) et pour réagir à la détérioration des symptômes d'insuffisance cardiaque. De nombreux efforts ont été faits pour améliorer l'autosoin chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. L'éducation des patients a été la pierre angulaire de l'accroissement des connaissances des patients sur l'insuffisance cardiaque et de l'amélioration de leurs compétences en matière d'autosoin.</p> <p>L'un des objectifs de cette éducation est d'aider les patients à bien comprendre l'insuffisance cardiaque et ses signes et symptômes afin de traduire l'éducation des patients en de bons soins personnels.</p> <p>Bien qu'une compréhension incomplète de l'insuffisance cardiaque et de ses signes et symptômes semble être un obstacle à la réussite des autosoins, peu d'études à ce jour ont examiné la relation entre les autosoins et les niveaux de compréhension globale de l'insuffisance cardiaque et ses signes et symptômes.</p> <p>Si les patients apprennent les signes et les symptômes de l'insuffisance cardiaque sans comprendre les causes de l'exacerbation de l'insuffisance cardiaque, ils peuvent être en mesure de surveiller leurs symptômes et d'éviter les activités qui peuvent aggraver les symptômes d'insuffisance cardiaque dans leur vie quotidienne.</p>
Recension des écrits	La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le large panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle

	présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés de cette étude s'inscrivent dans le cadre de références et celui-ci est lié au but de l'étude.</p> <p>Les auteurs se sont basés sur une étude de Dikson et al, qui ont constaté lors d'entrevues avec des patients atteints d'insuffisance cardiaque que la caractéristique distinctive des patients experts en autosoins était la capacité de comprendre le lien entre les symptômes, leurs causes et les mesures spécifiques pour prévenir l'exacerbation de l'IC.</p>
Buts et question de recherche	<p>Ainsi, le but de cette étude est énoncé de façon claire. Il était de décrire les niveaux de compréhension globale de l'insuffisance cardiaque et des signes et symptômes associés, et de déterminer, chez les patients atteints d'IC qui sont récemment sortis de l'hôpital en raison d'une exacerbation, si la compréhension de l'insuffisance cardiaque et de ses signes et symptômes est associée à l'autosoin. Le but de la recherche s'appuie sur des données empiriques et sur le cadre de référence.</p> <p>Les questions de recherche et les hypothèses ne sont pas formulées dans cette partie-là.</p> <p>Les variables ne sont pas précisées dans cette partie-là, mais elles sont citées un peu plus loin dans l'article.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise. Les participants ont été recrutés par auto-recrutement au moyen des dépliants affichés ou par recommandation d'un fournisseur dans les cliniques ou les hôpitaux de trois États des États-Unis.</p> <p>Sur les 636 patients admissibles à l'étude mère, 34 ne répondaient pas aux critères d'admissibilité, ont refusé de participer ou se sont retirés. Sur les 602 patients inscrits à l'étude mère, les chercheurs ont inclus 571 patients qui ont fourni des données complètes sur toutes les variables d'intérêt. Selon le tableau 1 et 2 de l'article, l'échantillon a été divisé en trois groupes selon le niveau de compréhension de l'insuffisance cardiaque et de ses signes et symptômes : 126 personnes sont attribuées au niveau pauvre de compréhension, 229 personnes sont attribuées au niveau modéré de compréhension et 216 personnes sont attribuées au niveau complet de compréhension.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient : le diagnostic d'insuffisance cardiaque confirmé par le médecin, l'hospitalisation en raison d'une exacerbation de l'insuffisance cardiaque dans les six mois précédant l'inscription, la fonction cognitive intacte définie comme un score de test Mini-Cog >2, 6, 7, de parler anglais.</p>

	<p>Les critères d'exclusions étaient : la transplantation cardiaque, les affections comorbides mettant la vie en danger, telle qu'une insuffisance rénale terminale et de vivre dans un établissement de longue durée.</p> <p>Cette étude se base sur une étude antérieure, malgré tout, les auteurs ne mettent pas en évidence d'éventuels moyens d'estimation et d'optimisation de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude mère a été approuvée par le Conseil d'examen institutionnel de chaque site d'étude et conforme aux principes éthiques contenus dans la Déclaration d'Helsinki.</p> <p>Les participants ont volontairement fourni un consentement éclairé écrit et signé.</p>
Devis de recherche	<p>Cette étude comportait une analyse secondaire des données transversales de référence dans le cadre d'un essai clinique randomisé et à emplacements multiples, afin de déterminer l'impact d'une intervention éducative sur les résultats chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque vivant en milieu rural aux États-Unis.</p> <p>Les méthodes d'étude détaillées utilisées dans l'étude parente ont été décrites ailleurs.</p>
Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte de données est explicité, les outils de mesure sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables :</p> <p>Un questionnaire auto-déclaré a été utilisé pour recueillir de l'information sur les données sociodémographiques. L'examen des dossiers médicaux a été effectué par des infirmières de recherche formées pour recueillir des renseignements cliniques. La catégorie fonctionnelle de la New York Heart Association a été déterminée par les infirmières de recherche au moyen d'entrevues structurées.</p> <p>Les comorbidités ont été évaluées à l'aide de l'indice de comorbidité de Charlson (Charlson Comorbidity Index), les scores les plus élevés indiquant qu'un fardeau plus lourd en raison de conditions comorbides.</p> <p>Concernant l'autosoin, « European Heart Failure Self-care Behavior scale » en 9 items a été utilisée pour évaluer les autosoins. Des scores plus élevés indiquent que les soins personnels sont moins bons. La validité et la fiabilité de l'échelle ont été démontrées dans de multiples échantillons.</p>

	<p>Concernant les connaissances sur l'IC et les signes et symptômes, « Heart Failure Knowledge Scale » en 20 items, dont 16 items ont été sélectionnés pour l'étude concernant la nature de l'insuffisance cardiaque, la liste de signes, des symptômes et la pratique des autosoins. La validité du contenu de l'échelle de connaissances sur l'insuffisance cardiaque a été établie par un groupe d'experts en cardiologie.</p> <p>Le contrôle perçu a été mesuré avec « Control Attitude Scale Revised » de 8 items. Les scores les plus élevés indiquant un meilleur contrôle perçu.</p> <p>Le questionnaire « Patient Health Questionnaire » a été utilisé pour déterminer le niveau de dépression. Questionnaire sur la santé des patients en 9 items qui mesurent les humeurs et les comportements dépressifs. Les scores plus élevés indiquant des niveaux plus élevés de dépression.</p> <p>Les outils de mesure sont en adéquation avec le devis, les objectifs et les variables de cette étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les patients admissibles contactés par les infirmières de recherche ont reçu une explication détaillée de l'étude et ont eu l'occasion de poser toutes les questions relatives à l'étude.</p> <p>Les participants qui ont fourni un consentement éclairé écrit et signé ont rempli des questionnaires sur l'autosoin, la connaissance de l'IC, de ses signes et symptômes ainsi que le questionnaire de données sociodémographiques.</p> <p>Selon les résultats des questionnaires sur l'autosoin et les connaissances de l'IC, de ses signes et symptômes, les personnes ont été divisées dans les 3 groupes cités ci-dessus (tableau 1 et 2). Ils ont été séparés dans les trois groupes selon les scores obtenus de leurs questionnaires, ceux-ci sont bien expliqués dans l'article.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse de variance (ANOVA) ou le test du « Chi-square » a été utilisé pour comparer les caractéristiques des trois groupes de patients.</p> <p>Une régression linéaire à multi variables a été utilisée pour déterminer si les niveaux de compréhension permettaient de prédire les autosoins en tenant compte des données sociodémographiques et cliniques ainsi que les comorbidités, contrôle perçu et la dépression</p>

	Les données ont été analysées avec IBM SPSS 22.0.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés dans trois tableaux et une figure.</p> <p>Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et cliniques.</p> <p>Le tableau 2 démontre l'observance de l'autosoin par rapport aux différents niveaux de compréhension de l'IC, de ses signes et symptômes.</p> <p>La prise de médicaments était le comportement d'autogestion le plus souvent observé, tandis que la restriction des liquides était le comportement d'autogestion le moins souvent pratiqué par tous les patients. Les patients du groupe de compréhension complète étaient plus susceptibles d'adhérer à la surveillance quotidienne du poids, à la restriction des liquides et à la consultation avec les cliniciens en raison du gain de poids, comparativement aux patients des groupes de compréhension modérée et faible (valeurs $p < 0,05$)</p> <p>Le tableau 3 démontre les prédicteurs de l'autosoin. Comparativement aux patients du groupe à faible compréhension, les patients du groupe à compréhension complète et modérée étaient plus susceptibles d'avoir une meilleure observance des activités d'autosoins, respectivement $p = 0.010$ et $p = <0.001$. Parmi les covariables, les niveaux de contrôle perçus plus faibles et les symptômes dépressifs plus marqués prédisaient un autosoin plus faible, respectivement $p = 0.002$ et $p = 0.001$.</p> <p>La figure 1 démontre les connaissances de l'IC, de ses signes et symptômes. Parmi les deux questions sur la nature de l'insuffisance cardiaque, la majorité des patients du groupe ayant une mauvaise compréhension (87,3 %) n'ont pas identifié la surcharge liquidienne comme une cause d'exacerbation des symptômes. Le nombre d'éléments correctement différenciés entre insuffisances cardiaques et les signes et symptômes d'insuffisance cardiaque non cardiaque différaient de façon significative dans trois groupes (valeur $p < 0,001$).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les chercheurs ont examiné l'association entre les niveaux de compréhension de l'IC, ses signes et symptômes et l'autosoin chez les patients qui sont récemment sortis de l'hôpital pour exacerbation d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Les chercheurs ont constaté que la majorité des patients atteints d'insuffisance cardiaque, qui sont sortis d'hospitalisation pour</p>

exacerbation de l'insuffisance cardiaque au cours des six derniers mois, n'avaient pas une compréhension complète de l'insuffisance cardiaque, de ses signes et symptômes.

Les résultats sont surprenants, car l'enseignement sur l'insuffisance cardiaque à la sortie de l'hôpital est considéré comme une pratique courante. Les chercheurs ont également constaté qu'une compréhension incomplète était associée à des autosoins médiocres. Par conséquent, les constatations qui ont été faites suggèrent que des stratégies efficaces d'éducation des patients devraient être élaborées et mises en œuvre pour améliorer leur compréhension de l'insuffisance cardiaque et leur adhésion à l'autosoin.

Les chercheurs ont comparé leurs résultats avec plusieurs études effectuées sur le même sujet :

Des études montrent que l'éducation du patient, qui lie explicitement les mécanismes de l'exacerbation de l'insuffisance cardiaque et ses signes et symptômes, améliore les connaissances, les soins personnels et le pronostic.

Dans l'étude de van der Wal et al., les patients avec des niveaux plus élevés de connaissances sur l'insuffisance cardiaque étaient plus susceptibles de contrôler leur poids et de gérer leur restriction liquidienne, comparativement aux patients ayant des niveaux moins élevés de connaissances sur l'insuffisance cardiaque. Chose que les chercheurs de cette étude ont également démontrée.

Une connaissance insuffisante des signes et des symptômes d'insuffisance cardiaque peut conduire à la perception erronée des ceux-ci alors qu'ils doivent être surveillés et gérés pour éviter une exacerbation de l'IC.

Les chercheurs ont mis en évidence des limites d'études :

- Pauvre diversité ethnique
- Les chercheurs ne connaissaient pas avec précision comment l'éducation des patients à la sortie de l'hospitalisation était dispensée dans chaque hôpital.
- L'autosoin a été mesuré à l'aide d'un questionnaire auto-déclaré.

Cependant, malgré les limitations mentionnées ci-dessus, les résultats apportent une contribution importante à la connaissance actuelle des autosoins chez les patients insuffisants cardiaques avec la grande base de données existante.

La conclusion la plus importante de l'étude est qu'une compréhension incomplète des liens entre les mécanismes

	d'exacerbation de l'insuffisance cardiaque et ses symptômes prédit une mauvaise gestion des autosoins.
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats suggèrent donc que les cliniciens devraient expliquer l'interdépendance des symptômes de l'IC et comment les activités d'autosoin recommandées peuvent réduire la gravité des symptômes et améliorer efficacement leur vie quotidienne. Les cliniciens et les chercheurs doivent élaborer des stratégies éducatives pour accroître et assurer la compréhension globale par le patient de l'insuffisance cardiaque, de ses symptômes et des soins personnels.</p> <p>Cette étude suggère donc que l'éducation du patient devrait inclure des contenus visant à promouvoir une compréhension globale de l'insuffisance cardiaque et de ses symptômes, ainsi que de l'importance des comportements de prise en charge personnelle.</p> <p>Les implications pour la pratique sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'éducation à la sortie de l'insuffisance cardiaque est considérée comme une pratique courante pour améliorer les soins personnels. ○ La compréhension limitée de l'insuffisance cardiaque et de ses symptômes était liée à des soins auto-administrés médiocres. ○ L'éducation en matière d'insuffisance cardiaque devrait aider les patients à comprendre le lien qui existe entre les symptômes et les soins personnels pour améliorer les résultats. <p>Toutes ces données sont suffisamment riches pour appuyer la conclusion qui est que l'étude confirme l'importance de la relation entre les connaissances sur l'insuffisance cardiaque et les activités de soins personnels.</p>

8.21 Grille de Fortin: Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference?

Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, K., & Stewart, S. (2010). Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference?

European Journal of Cardiovascular Nursing, 9, 92-100.

<https://doi.org/10.1016/j.cjcnurse.2009.10.004>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre est : « Self-care behaviours and heart failure: does experience with symptoms really make a difference? » Il décrit les concepts abordés dans cette étude ainsi que la population étudiée.
Résumé	Le résumé synthétise l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article : le contexte, l'objectif, la méthode, les résultats, la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La problématique est introduite de manière complète et détaillée. L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) est un problème de santé mondial associé à des coûts de soins de santé en plein essor, une morbidité significative et une mortalité.</p> <p>Des autosoins inadéquats ont été identifiés comme un facteur contribuant à ces résultats médiocres pour la santé et ont été un catalyseur pour la mise en œuvre de stratégies autres que de pharmacothérapie dans les programmes de gestion de l'ICC.</p> <p>Il est évident que les programmes de gestions d'insuffisance cardiaque avec une forte éducation et conseils ont réussi avec succès à réduire les coûts liés aux hospitalisations et à améliorer la mortalité.</p> <p>Les autosoins sont apparus comme un moyen de favoriser l'empowerment des patients, c'est-à-dire de donner aux patients plus de contrôle sur leur vie quotidienne grâce à une participation active à leur gestion de santé.</p> <p>L'autosoin signifie que le patient s'engage à adopter un panel de principe de maintien de la santé. Les principes liés à l'IC sont cités de manière explicite dans l'introduction. Malgré les stratégies éducatives universelles visant à améliorer les autosoins, sa globalité est encore mal comprise et la maîtrise des compétences en autosoins n'est pas facile pour de nombreux patients atteints d'ICC. Étant donné le vieillissement de la population et le fardeau croissant de l'ICC sur le système de santé, les patients et leur famille, il est encore plus impératif que les stratégies d'éducation et de conseil des patients aident efficacement les patients à gérer eux-mêmes leur maladie</p>

Recension des écrits	La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.
Cadre de recherche	<p>La théorie « Naturalistic Decision Making » soutient que les décideurs compétents ont développé un niveau d'expertise leur permettant de faire des choix spécifiques au contexte. L'expérience est un facteur déterminant dans le développement de cette expertise. Les autres facteurs qui influencent les choix sont la connaissance de la situation, la capacité d'agir sur les décisions et les actions doivent être compatibles avec les valeurs personnelles.</p> <p>Riegel et al, ont développé l'échelle SCHFI qui utilise la naturalistic decision making (NDM) pour expliquer le processus d'autosoins de l'ICC qui contient trois domaines de compétences décrits dans le tableau 1.</p> <p>Ce modèle incorpore les éléments clés de cette recherche et définit des bases théoriques sur lesquelles les auteurs s'appuient.</p>
Buts et question de recherche	<p>Cet article examine si l'hypothèse logique, que le niveau d'expérience a une incidence sur l'autosoin, est vraie.</p> <p>Si les hypothèses sont confirmées, cela suggèrera la nécessité d'une approche individualisée de l'éducation thérapeutique du patient qui tienne compte du niveau d'expérience avec les symptômes pour déterminer l'intensité de l'effort éducatif requis.</p> <p>Le but de cette étude non expérimentale était de tester les patients admis à l'hôpital avec une insuffisance cardiaque chronique.</p> <p>Les hypothèses nulles sont bien étayées :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) Il n'y a pas de différence dans les comportements d'autosoins entre les patients qui sont récemment diagnostiqués et qui sont novices et ceux qui ont une expérience des symptômes de l'ICC (2) Il n'y a pas de différence dans les décisions et les actions en matière de gestion d'autosoins entre les patients nouvellement diagnostiqués et novices et ceux qui ont une expérience des symptômes de l'ICC (3) Il n'y a pas de différence dans la confiance en soi avec les décisions et les actions en matière de gestion d'autosoins

	<p>entre les patients nouvellement diagnostiqués et novices et ceux qui ont une expérience des symptômes de l'ICC</p> <p>L'objectif de l'étude se base de manière générale sur le cadre théorique.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population est définie de façon précise.</p> <p>L'échantillon comporte 143 patients à la fin de toutes les exclusions de diverses causes. En fonction du moment où le diagnostic a été confirmé, les patients ont été attribués en deux groupes, les novices (n=53) et les expérimentés (n=90).</p> <p>Les critères d'inclusion étaient : le diagnostic d'ICC, les symptômes de l'ICC inclus ont été bien définis dans l'article, le patient devait être âgé de 45 ans et plus</p> <p>Les critères d'exclusion étaient : des problèmes neurologiques (AVC, AIT, perte de mémoire et démence), des personnes soignées dans un établissement de soins de longue durée, une incapacité à répondre aux questionnaires de manière indépendante en raison des barrières linguistiques, d'une faible acuité visuelle ou auditive.</p>
Considérations éthiques	<p>Les patients répondant aux critères d'inclusion ont été d'abord contactés par une responsable d'ICC de l'hôpital puis ils devaient signer un consentement éclairé.</p> <p>Cette étude a été approuvée à la fois par le domaine concerné « Health Network Research Committee » et « University Human Research Ethics Committee » et conformes aux principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki.</p>
Devis de recherche	<p>Cette étude comportait une analyse secondaire prospective planifiée des données à partir d'une étude descriptive qui a examiné le lien entre la déficience cognitive et l'autosoin de l'ICC.</p> <p>Le devis de recherche semble permettre d'examiner les variables.</p>
Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte de données est explicité, les outils de mesure sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables :</p> <p>Les patients répondant aux critères d'inclusion ont été approchés par le responsable de cas d'ICC pour participer à l'étude.</p> <p>Les entretiens ont été réalisés par le chercheur principal, qui connaissait le statut clinique des participants.</p> <p>Le chercheur principal a recueilli des données cliniques avec des outils décrits dans l'article.</p>

	<p>La SCHFI comprend 15 items notés sur une échelle et divisés en 3 sous-échelles pour mesurer le processus d'autosoins. Les scores les plus élevés reflètent des autosoins supérieurs. Les trois sous-échelles étaient : entretien des autosoins, gestion des autosoins et la confiance concernant les autosoins. Le SCHFI a été largement utilisé par diverses populations, ce qui l'a établi comme l'une des mesures les plus fiables et les plus valables des autosoins de l'ICC. Dans cette étude, la fiabilité des échelles de l'entretien des autosoins (Cronbach's alpha. 0,59) et de gestion des autosoins (Cronbach's alpha. 0,52) était faible, mais la cohérence interne de la confiance en soi pour les soins personnels était élevée (Cronbach's alpha. 0,80).</p>
Conduite de la recherche	<p>Les participants ont été désignés prospectivement comme « novices » ou « expérimentés » en fonction du moment où le diagnostic confirmé d'ICC avait été établi et où le traitement avait été instauré. Les participants avec un diagnostic de 2 mois et moins ayant reçu un minimum à l'éducation ont été désignés comme novices. Les participants avec un diagnostic de 2 mois et plus et ayant participé à une éducation du patient sont désignés comme expérimentés.</p> <p>Le chercheur principal a entrepris d'évaluer les comportements liés aux autosoins au moyen du questionnaire SCHFI (Self Failure Heart Failure Index).</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites :</p> <p>L'analyse statistique a été faite avec le SPSS (version 12.0.1 pour Windows, Chicago, IL).</p> <p>Pour comparer les groupes de patients en fonction de leur profil démographique et clinique, nous avons utilisé l'analyse du « Chi Square test », le « test- t de Student » et l'analyse de la variance pour les variables continues normalement réparties.</p> <p>Trois analyses de régression hiérarchiques ont été effectuées en contrôlant la variance démographique, les variables cliniques et en vérifiant si le niveau d'expérience était capable de prédire une part significative de la variance de l'entretien de l'autosoin, de la gestion de l'autosoin et de la confiance en soi pour les autosoins.</p> <p>Avec une taille d'échantillon minimale de 50, l'étude disposait d'une puissance de 80 % pour détecter une différence significative ($p = 0,05$) de huit points dans les scores moyens d'autosoins avec un écart-type de 16.</p>

RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a cinq tableaux qui présentent les résultats. Les résultats démographiques et cliniques sont exposés de manière claire dans le tableau 2.</p> <p>Le tableau 3, c'est la comparaison des scores des moyennes du self-care à travers le groupe de 143 patients atteints d'IC.</p> <p>Seulement la moitié du groupe (53 %) avait des scores d'entretien d'autosoins suffisants, moins d'un tiers (23 %) avaient des scores en gestion d'autosoins adéquats et moins de la moitié (43 %) avaient des scores suffisants de confiance en soi pour les autosoins.</p> <p>La régression hiérarchique a été réalisée pour déterminer si le niveau d'expérience prédisait une grande partie de la variance dans les autosoins tout en tenant compte des données démographiques et cliniques :</p> <p>Le tableau 4 montre le modèle de régression hiérarchique de l'entretien de l'autosoin.</p> <p>Le niveau d'expérience expliquait le 7 % supplémentaire et est statistiquement significatif ($p=0.001$). La première hypothèse nulle selon laquelle il n'y avait pas de différence dans les comportements d'entretien des autosoins entre les novices et les patients expérimentés qui présentaient des symptômes d'ICC a été rejetée.</p> <p>Le tableau 5 montre le modèle de régression hiérarchique de la gestion de l'autosoin.</p> <p>Le niveau d'expérience expliquait le 3 % supplémentaire et est statistiquement significatif ($p = 0,02$) de la variance. La deuxième hypothèse nulle selon laquelle il n'y avait pas de différence dans les décisions et actions en matière de gestion d'autosoins entre les novices et les expérimentés avec symptômes d'ICC, a également été rejetée.</p> <p>Le tableau 6 montre le modèle de régression hiérarchique de la confiance en soi pour les autosoins.</p> <p>Le niveau d'expérience expliquait le 2 % supplémentaire et est statistiquement non significatif ($p=0.06$). Sur la base de ces résultats, la troisième hypothèse nulle a été acceptée selon laquelle il n'y avait pas de différence de confiance en soi en matière d'autosoins entre les novices et les expérimentés qui présentaient des symptômes d'ICC.</p> <p>De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif :</p> <p>Les novices sont moins susceptibles que les patients expérimentés d'avoir un entretien des autosoins adéquat ($p=0,05$).</p> <p>Les novices sont moins d'un tiers susceptible d'avoir une gestion des autosoins adéquats que les patients expérimentés ($p= 0,003$)</p>

	Cependant, la différence de la moyenne des scores de la confiance aux autosoins entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative ($p = 0,4$).
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette analyse secondaire prospectivement planifiée de deux ensembles de données a mis en évidence plusieurs résultats importants ayant des implications pour la pratique infirmière.</p> <p>Le niveau d'expérience comme prévu, a permis de prédire les compétences en matière d'entretien et de gestion des autosoins. Les patients expérimentés présentant des symptômes d'ICC étaient plus susceptibles que leurs pairs débutants de : surveiller leurs symptômes, d'avoir des comportements qui les aident à maintenir leur stabilité physiologique et prendre les décisions appropriées lorsque leurs symptômes changent.</p> <p>Malgré l'expérience et l'exposition aux symptômes de l'ICC, la majorité des patients classés comme expérimentés manquaient de compétences adéquates pour prendre des décisions appropriées en matière d'autosoins, ce qui suggère qu'enseigner à leurs patients des compétences en matière d'autosoins est un investissement à long terme.</p> <p>Moins du tiers des patients expérimentés ont correctement reconnu les symptômes et mis en œuvre des mesures appropriées et plus de la moitié n'avait pas confiance en la gestion de leurs symptômes. Les conséquences d'une mauvaise prise en charge de soi sont importantes et pourraient contribuer à l'aggravation des symptômes et à la dégradation des résultats pour la santé.</p> <p>L'un des principes sous-jacents des autosoins est que la reconnaissance précoce des changements de symptômes et le lancement d'actions en matière d'autosoins appropriés entraîneront une utilisation proactive des services de santé et une réduction à long terme de la progression de l'insuffisance cardiaque. En revanche, une mauvaise prise en charge de soi peut entraîner davantage de limitations physiques et une qualité de vie médiocre, une augmentation du recours à un recours accru aux services de soins aigus (urgence) et les hospitalisations.</p> <p>Les auteurs ont comparé les résultats avec plusieurs études, mises en évidence de façon claire et concise dans leurs discussions.</p>

	<p>Plusieurs limites sont exprimées dans cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'étude s'est déroulée sur deux périodes de temps et il ne peut être exclu que les pratiques de gestion du réseau de gestion des patients aient changé et influencé certaines différences dans les résultats. ○ La fiabilité interne des sous-échelles d'autosoins était particulièrement faible dans cet échantillon. ○ Le chercheur qui a effectué les essais connaissait l'état clinique des patients, il est possible qu'il y ait eu un certain biais dans l'enregistrement des réponses. ○ Les autos-soins ont été mesurées pendant l'hospitalisation aiguë lorsque les patients étaient potentiellement très malades, physiologiquement compromis <p>Les principales conclusions sont décrites et découlent des résultats : Le niveau d'expérience était un facteur déterminant des compétences en matière d'entretien et de gestion des autosoins, mais ne semblait pas prédire la confiance des patients en la matière. Bien que les patients ayant plus de 2 mois d'expérience avec des symptômes d'ICC aient entrepris plus d'actions de gestion d'autosoins que les novices, leurs compétences de gestion étaient sous-optimales. La différence d'acquisition de compétences en matière de soins personnels renforce la nécessité d'une évaluation continue des comportements de prise en charge autonome de l'ICC, de sorte que les stratégies éducatives soient adaptées aux besoins individuels, plutôt que d'adopter une approche globale. De cette manière, l'éducation du patient pourrait avoir un avantage plus important, aboutissant à une amélioration des résultats pour la santé.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats et les recommandations par les chercheurs ont été clairement mises en évidence :</p> <p>Cela met en évidence la nécessité d'une évaluation continue des compétences en autosoins d'ICC et suggère que cela même avec une expérience de la vie et de l'adaptation à l'ICC, les patients ont besoin de conseils continus en matière d'éducation visant à améliorer leur niveau de confiance en eux et leur capacité à gérer eux-mêmes leurs symptômes.</p> <p>Au fur et à mesure que les patients connaissent davantage les symptômes de l'ICC, il peut être nécessaire de cibler les interventions éducatives sur des stratégies de conseils visant à améliorer la confiance en soi et la dépression. De cette manière, les décisions et les actions de gestion des soins personnels peuvent être améliorées.</p>

	<p>La variance dans les autosoins reste inexpliquée, des recherches continues sont nécessaires pour mesurer et approfondir notre compréhension des facteurs qui influent sur les autosoins et déterminer le temps optimal nécessaire aux patients pour développer des compétences en autosoins suffisants.</p> <p>Les enseignements tirés d'autres programmes efficaces d'autogestion de maladies chroniques ont démontré la nécessité d'adapter les interventions d'autosoins aux besoins individuels, plutôt que d'adopter une approche éducative unique en son genre, c'est-à-dire à élaborer des stratégies de conseil spécifiques adaptées aux besoins individuels.</p>
--	--

8.22 Grille de Fortin: Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community

Schumacher, C., Hussey, L., & Hall, V. (2018). Heart failure self-management and

normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community.

Heart & Lung, 47(4), 297-303. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.03.013>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre de l'article « Heart failure self-management and normalizing symptoms: an exploration of decision making in the community » précise clairement les concepts clés de l'article. En effet, on peut visualiser les termes « heart failure », « self management » et « symptoms ».
Résumé	Le résumé est complet et construit avec les sous-titres suivants : contexte, objectif, méthode, résultats et conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La problématique est introduite de manière détaillée. L'IC est l'une des principales causes d'hospitalisation chez les patients âgés de 65 ans et plus. L'IC présente un taux de morbidité de 50 % à 5 ans et est associée à une gravité accrue d'altération importante de la santé au stade terminal. L'accès à des cliniques spécialisées est limité, au Canada, par la géographie et la capacité de volume, de sorte que la majorité de l'autogestion de l'éducation et du soutien en matière

	<p>d'autogestion de la santé est assurée par les soins primaires dans la communauté.</p> <p>Les stratégies visant à promouvoir l'autogestion ont mis l'accent sur l'éducation des patients et l'acquisition de connaissances, y compris la prise de médicaments sur ordonnance, la surveillance du poids, les restrictions de liquide et de sel dans l'alimentation. Cependant, les stratégies d'éducation mises en œuvre dans les hôpitaux, les cliniques et les groupes ne se traduisent pas par des comportements d'autogestion efficaces dans la communauté. Malgré les efforts déployés pour améliorer l'autogestion, certains patients ne font pas recours à une assistance médicale précoce lorsque leurs symptômes s'aggravent, ce qui entraîne des retards dans la prise en charge. Le savoir ne se traduit malheureusement pas toujours en comportements efficaces pour leur santé.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est riche et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le large panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence et définis de façon claire, par exemple le concept de l'autogestion, décrit comme un processus complexe qui comprend des tâches d'entretien, de surveillance et de prise en charge qui obligent le patient à identifier les changements de symptômes et à agir en conséquence. La participation active aux soins quotidiens comprend la collaboration avec les professionnels de la santé.</p> <p>Cette partie de l'article ne met pas en évidence un cadre de référence ou des bases d'ordre philosophique sur lesquelles les auteurs se sont basés.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de manière claire, il va se concentrer sur l'exploration de l'expérience quotidienne de l'autogestion, les mécanismes d'adaptation, la reconnaissance des symptômes et les processus décisionnels impliqués dans la détermination des circonstances où la recherche d'aide est nécessaire. Comme peu d'articles donnent des informations sur les façons dont les patients réagissent dans leur milieu familial quand la symptomatologie change, il est donc intéressant d'investiguer ces données-là.</p> <p>Cette étude se concentre sur les patients atteints d'IC résidant dans la communauté et sur la façon dont l'autogestion est pratiquée dans la vie et servira de base aux stratégies futures visant à améliorer les interventions d'autogestion.</p>

	<p>Le phénomène de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découle logiquement du but de la présente étude. Les variables sont l'auto-efficacité, les symptômes, le fonctionnement physique et la santé, celles-ci reflètent le cadre de recherche. L'objectif de l'étude se base de manière générale sur plusieurs cadres théoriques, sans préciser quelle théorie est liée aux interventions et méthodes.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Des dépliants de recrutement ont été distribués aux participants potentiels. Les patients étaient alors libres d'appeler le numéro de téléphone figurant sur la circulaire s'ils étaient intéressés à participer à l'étude. Les participants potentiels ont été examinés au cours de cet appel initial afin de déterminer s'ils répondaient aux critères d'inclusion et s'ils étaient en mesure de répondre aux exigences. Après cela, les heures d'entrevue ont été fixées. Le consentement écrit a été obtenu le jour de l'entrevue.</p> <p>Les critères d'admissibilité sont les suivants : être capable de comprendre et de parler suffisamment l'anglais pour obtenir un consentement éclairé et participer à une entrevue, avoir souffert d'une exacerbation de symptômes de l'IC nécessitant une hospitalisation au cours des trois derniers mois, avoir reçu une formation en autogestion, avoir plus de 18 ans. Les patients qui avaient été jugés palliatifs ou qui présentaient une déficience cognitive documentée ont été exclus.</p> <p>Les patients ayant fait une demande de soins palliatifs ou présentant des troubles cognitifs documentés médicalement ont été exclus. La taille de l'échantillon a été estimée entre 15 et 22 individus. Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la taille idéale de l'échantillon, les recommandations vont de 10 à 30 sujets.</p>
Considérations éthiques	<p>L'institut « Review Board for Ethical Standards in Research » de l'Université Walden a approuvé l'étude. Les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit aux entrevues, un pseudonyme a été attribué à chaque participant dans le rapport des résultats afin de s'assurer de la confidentialité. Cette enquête est conforme aux principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki.</p> <p>Une piste de vérification des procédures de collecte et d'analyse des données a été conservée afin de fournir des preuves de fiabilité. Toutes les entrevues ont été menées par une seule personne à l'aide d'un guide d'entrevue pour assurer l'uniformité. Un journal de recherche a été tenu afin de documenter l'autoréflexion et d'aborder</p>

	les biais potentiels des chercheurs, ce qui a permis d'obtenir confirmation et impartialité.
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but. La méthode de recherche choisie est adaptée avec les divers outils de collecte de données.</p> <p>Il s'agit d'une étude théorique fondée sur un cas de critère initial suivi d'une stratégie d'échantillonnage théorique menée de février à mai 2017.</p>
Modes de collectes de données	<p>Une entrevue en face à face a été réalisée avec chacun des 18 participants. Un protocole d'entrevue comportant des questions semi-structurées est utilisé pour recueillir les données, comprenant 14 questions. D'autres questions axées sur les thèmes émergents ont été ajoutées.</p> <p>Des questions ouvertes ont été utilisées pour permettre aux participants de partager leur expérience personnelle de la vie avec les symptômes de l'IC et de leur prise en charge. Au cours des entretiens, les observations et les données contextuelles ont été consignées à la main. Les données démographiques et de santé de base ont été recueillies auprès des participants. La classification fonctionnelle de la NYHA (New York Heart Association) a été déterminée à partir des questions d'entrevue qui ont suscité des réponses sur les niveaux d'activité et les symptômes quotidiens. Les médicaments ont été examinés au moment de l'entrevue.</p> <p>Toutes les entrevues ont été menées par un professionnel (N1) qui est un infirmier ayant de l'expérience en cardiologie et formée en entrevue qualitative.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données ou d'enregistrement est décrit de façon claire, comme explicité ci-dessus. Les entrevues sont menées par des infirmières ayant de l'expérience en cardiologie, ce qui signifie que les données sont recueillies par du personnel compétent et connaissant la pathologie de l'IC.</p> <p>Les infirmières offrent lors de l'intervention des informations sur l'autogestion, le bilan comparatif des médicaments, l'évaluation physique et la communication avec le médecin à la suite d'une hospitalisation. Les professionnels visitent les patients à leur domicile en moyenne trois fois sur une période d'un mois, les visites durent environ une heure. La formation standard sur l'autogestion fournie par les infirmières d'intervention est tirée de « Managing Heart Failure » et comprend des instructions sur la surveillance du poids et une aide à la prise de décision notamment dans les situations de nécessité. Les objectifs de ce programme sont de faciliter l'acquisition de compétences en autogestion, de promouvoir</p>

	<p>un état de santé optimal et d'améliorer la communication pendant les transitions des soins.</p> <p>Le processus d'entrevue a commencé par permettre aux participants de décrire ce que l'autogestion signifie pour eux, leur expérience de l'autogestion et l'expérience des symptômes. Les participants ont été encouragés à préciser ce qu'ils pensaient de l'évolution de leurs symptômes, des options ou des ressources perçues et de ce qu'ils ressentaient à ce moment-là. Un compte rendu après l'entrevue a assuré la validation des réponses et a renforcé leur crédibilité.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites :</p> <p>L'analyse des données a été effectuée en même temps que la collecte des données. Les enregistrements audios ont été transférés sur un ordinateur, analysés avec la reconnaissance vocale et convertis en un document Word. La transcription automatisée a été vérifiée. Les notes de terrain et les réflexions des chercheurs ont été transcrites et ajoutées pour en faciliter l'interprétation. Les diverses données ont été codées.</p> <p>Des fonctions logicielles qualitatives ont été utilisées pour trianguler les données et améliorer l'analyse. Des fréquences de mots et des diagrammes de comparaison ont été exécutés pour illustrer les connexions. Les chercheurs se sont réunis afin de consentir de la signification des thématiques et du développement du modèle, puis discutés jusqu'au consensus, pour assurer la fiabilité et la rigueur de l'analyse.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a 4 tableaux qui présentent les résultats. Le tableau 1 renseigne sur les questions posées par les examinateurs. Le tableau 2 s'intitule « normalisation de l'évolution des thèmes », il présente les thèmes abordés en entretiens et leur progression. Le tableau 3 présente les données sociodémographiques recueillies. Le tableau 4 présente les informations liées à la santé.</p> <p>Au total, 18 entrevues en personne ont été réalisées. Les participants de cette étude ont tous décrit leurs expériences lors d'une exacerbation aiguë, ce qu'ils ressentaient physiquement et émotionnellement, les personnes impliquées au moment où elles demandent de l'aide, et leurs pensées sur ce qui a conduit à l'exacerbation.</p> <p>Les résultats sont présentés comme des thèmes de la perception des symptômes, des actions apaisantes et le contrôle des</p>

symptômes, la réalisation d'une diminution des capacités fonctionnelles et la perception de soi, la normalisation des symptômes, étant les mesures prises par les patients pour diminuer leur intensité.

Une analyse plus approfondie des thèmes a révélé que la normalisation des symptômes était le concept central.

Les participants ont décrit 2 types de changements de symptômes, les exacerbations croissantes et aiguës, ainsi que les symptômes quotidiens.

Les participants décrivent tous qu'ils ont l'impression d'avoir atteint un point précis où ils avaient besoin que quelque chose soit fait, ou qu'ils ne pouvaient pas continuer avec les symptômes qui persistent. Lors de la description d'événements menant à l'exacerbation de symptômes, les participants ne réagissent pas en demandant de l'aide ou en prenant des décisions en matière d'autosoins.

Contrairement aux symptômes d'exacerbation qui marquent un point critique, les symptômes quotidiens sont plus difficiles à différencier et se rapprochent d'une expérience continue.

Les participants ont eu recours à diverses stratégies pour réduire au minimum les symptômes quotidiens. Les plus fréquemment utilisées en termes d'actions ont été le repos, la position assise et la sieste. Les participants ont révélé qu'ils prennent des précautions pour prévenir les épisodes de symptômes en surveillant ou en "connaissant son corps".

La recherche d'aide ne s'est pas produite avec les symptômes quotidiens normaux. De plus, la recherche d'aide en cas d'aggravation des symptômes s'est faite principalement auprès des membres de la famille, qui ont ensuite contacté les services d'urgence.

Les symptômes quotidiens tels que le souffle court, la fatigue et les œdèmes sont les plus fréquents.

Trois processus de normalisation des symptômes sont ressortis des données :

Le premier est le repos.

Le deuxième processus consiste à changer la routine quotidienne et la planification d'activités. Au fur et à mesure que les activités quotidiennes sont ajustées, les symptômes sont assimilés à la vie quotidienne et représentent donc la nouvelle norme. Néanmoins, ajuster les activités en fonction de l'évolution de la maladie, équivaut à une progression vers une vie plus sédentaire.

	<p>Le troisième processus implique une diminution des responsabilités et un abandon de certaines activités de la vie quotidienne, ou autrement, un rôle dans le cercle familial ou social. Ayant pour objectif de minimiser le stress et les efforts.</p> <p>Les actions et les compétences de contrôle des symptômes réduisent l'idée de l'instabilité et qu'elle peut se produire. Cette désensibilisation retarde la recherche d'aide, entraînant une escalade des symptômes et une perte de contrôle.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de cette étude ont abouti à l'élaboration d'un cadre théorique de normalisation des symptômes de l'IC, voir figure numéro 1. Avec des thèmes pertinents pour la prise de décision et la définition du sens lorsque les symptômes de l'insuffisance cardiaque changent, incluant la perception des symptômes, la normalisation des symptômes et l'adaptation à ces derniers.</p> <p>La théorie commence par la perception des symptômes. Elle reprend la capacité de distinguer les changements par rapport à la norme. Le modèle illustre les processus de prise de décisions ainsi que les actions prises par les participants de cette étude et offre une explication du délai de demandes d'aide lors d'épisodes d'exacerbation des symptômes, constatés dans la littérature.</p> <p>Dans la littérature, les descriptions de l'autogestion ne comprennent pas le concept de prise de décisions lors d'altérations de la symptomatologie. La surveillance a été décrite comme une tâche facile, mais les changements n'ont pas suscité de recherche d'aide. La compréhension qu'ont les participants de l'objectif et du rôle qu'ils doivent jouer dans le cas de détections anormales diffère des attentes du médecin quant aux mesures à prendre. Les résultats de cette étude suggèrent que les structures de soins de santé peuvent soutenir l'amélioration de l'autogestion des personnes de leur pathologie.</p> <p>Les résultats n'appuient pas l'idée que les patients atteints d'IC sont des experts en autogestion, même après l'éducation. Le comportement décrit au cours de ces épisodes ressemblait à un relâchement du contrôle des symptômes. Il y a un certain nombre de stratégies d'adaptation inadaptées dans la gestion de l'insuffisance cardiaque, comme l'attente des symptômes, l'évitement des situations qui provoquent les symptômes et la réduction de l'activité physique. Nos résultats suggèrent que des</p>

	<p>stratégies alternatives d'éducation et de soutien à l'autogestion peuvent être nécessaires pour renforcer les actions souhaitées.</p> <p>Les résultats de notre étude concordaient avec ceux selon lesquels des niveaux d'anxiété élevés sont associés à des comportements inappropriés de maîtrise de soi. En particulier lors d'exacerbation des symptômes, les processus de prise de décision décrits par les participants se constituent d'incertitudes, de panique et de non mis en œuvre de stratégies d'autogestion.</p> <p>Les participants de cette étude ne perçoivent pas les symptômes quotidiens de l'insuffisance cardiaque comme préoccupants. Ces comportements ont des conséquences, notamment la capacité à détecter, interpréter et réagir à une augmentation progressive des symptômes quotidiens.</p> <p>Plusieurs limites sont exprimées dans cette étude, pouvant influencer sur la généralité des résultats :</p> <p>La diversité de l'échantillon limite la capacité de généralisation. Tous les participants ont suivi un programme spécialisé sur la gestion de l'IC à domicile. Bien que ce programme soit offert de manière standard dans la province de l'étude, il se peut que ce ne soit pas la norme dans d'autres régions.</p> <p>La force de cette étude réside dans l'approche systématique et cohérente de la collecte de données par un seul enquêteur, impliquant plusieurs chercheurs impliqués dans l'analyse de données et les méthodes de triangulation utilisant une analyse logicielle qualitative.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats et les recommandations par les chercheurs ont été clairement mises en évidence :</p> <p>Cette étude donne un aperçu de la façon dont le patient qui habite dans une communauté autogère ses symptômes. La collaboration patient-médecin est indiquée dans le processus d'aides à la décision en matière d'autogestion ne sont pas démontrées, ce qui indique que les mécanismes du système doivent être développés et soutenus.</p> <p>Un modèle théorique visant la normalisation des symptômes a été généré et peut être utilisé pour éclairer les recherches futures ainsi que pour appuyer les recommandations de pratique. Les résultats appuient le besoin de stratégies éducatives pour promouvoir la reconnaissance des symptômes précoces, l'éducation accrue sur les bienfaits d'une activité physique sécuritaire et l'élaboration d'un système de soutien.</p>

8.23 Grille de Fortin: Improving heart failure symptom recognition: a diary analysis

White, M. M., Howie-Esquivel, J., & Caldwell, M. A. (2010). Improving heart failure symptom recognition : a diary analysis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(1), 7-12.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre de l'article «Improving heart failure symptom recognition» met en évidence certains concepts, mais pas tous ceux étudiés dans l'article, notamment le concept de l'autosoin, celui de la gestion des symptômes, même s'il y a la notion de la reconnaissance.
Résumé	Le résumé est complet et construit avec les sous-titres suivants : contexte, objectif, méthode, résultats et conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La problématique est introduite de manière complète et détaillée. L'insuffisance cardiaque (IC) est un syndrome coûteux et hautement invalidant qui touche près de 5 millions de personnes chaque année. Cette pathologie présente une détérioration significative de la qualité de vie avec des pronostics souvent indéterminés. L'insuffisance cardiaque est un syndrome compliqué qui nécessite des modifications essentielles du mode de vie pour optimiser la gestion de la maladie. De telles modifications impliquent de jongler avec des régimes médicamenteux complexes, d'assurer un exercice physique et une discrétion alimentaire adéquats, et d'avoir un œil vigilant sur le poids quotidien. Bien que ce concept soit compris par les prestataires de soins de santé, certaines données suggèrent que les patients eux-mêmes demeurent incertains quant à leur rôle dans la gestion de la maladie.</p> <p>Une prise en charge réussie de l'IC exige une communication et une action équilibrées de la part du patient et des prestataires de soins. Le manque d'adhésion du patient aux stratégies d'autosoins</p>

	<p>prescrites est, de plus, bien documenté. Une recherche évaluant la connaissance des symptômes courants de l'insuffisance cardiaque a révélé que 60 % des patients qui ont connu une prise de poids rapide n'ont pas reconnu ce signe comme un indicateur de l'aggravation de la maladie.</p> <p>Les programmes d'enseignement les plus réussis ont été dispensés dans les grands centres universitaires, où les spécialistes sont nombreux et où des ressources sont facilement accessibles. Ces programmes sont souvent complexes et portent sur plusieurs aspects des autosoins. Il est difficile d'appliquer ces programmes à la plupart des cabinets de médecins.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le large panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Le concept de l'autorégulation est décrit comme « les efforts conscients utilisés pour diriger et surveiller les pensées, les affects et les comportements ». Selon la théorie de la « self-regulation », les interventions efficaces sont celles qui aident les personnes à réguler leurs émotions et à élaborer des stratégies d'adaptation axées sur les problèmes. Les patients reçoivent les connaissances nécessaires pour identifier plus facilement leurs symptômes en les reliant à un processus de décompensation particulier.</p> <p>Le modèle de Leventhal d'autorégulation des comportements liés à la maladie fournit le cadre permettant de comprendre comment les patients atteints d'IC perçoivent leur maladie et, par la suite, comment cette perception influence leur comportement.</p> <p>La théorie repose sur la compréhension des problèmes qui, face à une menace pour la santé, développent une représentation cognitive de la menace, qui dicte finalement la réponse en lien.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de cet article est d'analyser les journaux de suivi des symptômes des patients. Dans l'objectif de mesurer le potentiel de l'amélioration de la reconnaissance des symptômes et inciter les personnes à adopter des comportements axés sur l'action et l'anticipation des complications de l'IC.</p> <p>Les objectifs spécifiques de cette analyse sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Déterminer l'adhésion des patients à la surveillance quotidienne du poids.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ D'identifier les raisons du non-respect de la surveillance quotidienne. ○ De déterminer la prévalence d'un gain de poids d'au moins 3 livres (poids) en 1 jour. ○ D'établir la fréquence à laquelle les participants ont consulté un médecin suite à une prise de poids. <p>Les variables sont les symptômes, l'adhésion aux comportements d'autosurveillance, la prévalence du gain de poids et la demande d'aide vers des professionnels consécutifs à la prise de poids.</p> <p>L'objectif de l'étude se base de manière générale sur le cadre théorique.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>Les critères d'inclusion sont un diagnostic d'IC stable et symptomatique de classe II, III ou IV de la New York Heart Association. Les patients atteints d'IC de classe I ont été inclus s'ils présentaient des symptômes aggravés qui ont nécessité une visite non planifiée au cabinet du médecin ou aux urgences au cours de l'année précédente. Les patients devaient aussi vivre de façon autonome. Les patients ont été exclus s'ils présentaient une comorbidité grave compliquant la maladie, telle qu'une maladie psychiatrique, une tumeur maligne non traitée ou un trouble neurologique qui altère la cognition, l'incapacité de comprendre l'anglais, l'incapacité de tenir son journal quotidien ou une perte auditive ou visuelle majeure et non corrigée.</p> <p>Au total, 36 patients ont été répartis de manière randomisée dans le groupe d'intervention (n = 20) et dans le groupe de soins témoin (n = 16). Les auteurs ne font pas part de la méthodologie complète de sélections des sujets. Ils ne décrivent pas de méthode visant à accroître la représentativité de leur échantillon ou de se justifier sur une base statistique de la taille de ce dernier. Néanmoins, les auteurs se basent sur une étude mère.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel de la recherche sur les humains de l'Université de Californie, à San Francisco.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une étude de cohorte randomisée. Le devis de recherche semble permettre d'examiner les variables selon les critères scientifiques.</p> <p>L'étude parente a utilisé un plan expérimental randomisé de 2 groupes pour mettre à l'essai une intervention éducative spécialisée administrée par une infirmière dans le but d'accroître</p>

	la reconnaissance des symptômes. Cet article reporte seulement les journaux des symptômes des patients se trouvant dans le groupe d'intervention.
Modes de collectes de données	<p>Dans ce papier, les auteurs ne détaillent que les journaux de suivi.</p> <p>Les participants du groupe d'intervention ont reçu des journaux de suivi pour consigner les poids et les symptômes quotidiens et un espace pour la documentation de toutes visites non planifiées chez le médecin ou à l'hôpital pendant trois mois. Les instructions du journal indiquent les symptômes à noter, comprenant l'enflure des chevilles, l'enflure des mains, le gain de poids, l'essoufflement et la réduction de la capacité d'exercice. Les renseignements supplémentaires fournis dans le journal rappelaient aux participants de se peser quotidiennement et d'appeler leur médecin pour une prise de poids de 3 livres ou plus en une journée ou de 5 livres en une semaine. L'information sociodémographique a été obtenue à partir d'un questionnaire papier-crayon et des antécédents cliniques du dossier médical.</p>
Conduite de la recherche	<p>Cet article rend compte de l'analyse des agendas et se limite aux données des groupes d'intervention. L'intervention a été adaptée du groupe de travail du « National Heart, Lung, and Blood Institute » et a été modifiée pour la population d'IC.</p> <p>L'intervention d'ETP consistait en une rencontre individuelle avec le patient afin de mettre en évidence diverses informations de l'IC et ses symptômes, notamment les œdèmes comprenant le gain de poids. L'accent a été mis sur la réaction rapide à ces symptômes. Les réactions émotionnelles, que les patients peuvent ressentir en raison de l'aggravation des symptômes de l'IC, ont également été explorées au cours de la séance d'information afin d'aborder les obstacles potentiels et perçus durant les séances. Les participants ont été encouragés à amener leurs conjoints ou proches aux séances d'intervention afin d'intégrer la composante sociale.</p> <p>À la fin de la séance, les patients du groupe d'intervention ont reçu un journal des symptômes. Il est rempli par le participant lui-même de manière quotidienne. Ceci permet des réponses totalement subjectives sans qu'elle soit biaisée par les professionnels.</p> <p>La méthodologie est un peu courte, mais ce fait est compréhensible en vue de l'objectif de cet article.</p>

Analyse des données	<p>Les données du journal ont été analysées 3 mois après l'intervention à l'aide du logiciel statistique SPSS version 12.0. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser l'échantillon de l'étude, l'adhésion à la surveillance quotidienne du poids est évaluée en divisant le nombre de jours pendant lesquels les participants ont enregistré leur poids par le nombre de jours de l'étude, ainsi que les raisons de la non-conformité à la surveillance du poids. Elles sont déterminées par les commentaires des patients. Ils ont également examiné les journaux des symptômes pour déterminer la prévalence d'un gain de poids, la fréquence à laquelle les participants ont consulté un médecin pour ce gain de poids.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a 1 tableau, 2 figures qui présentent les données et les résultats. Le tableau met en lumière les données sociodémographiques des sujets. La figure numéro 1 présente un exemple du suivi quotidien du journal avec les instructions. La figure numéro 2 renseigne par un graphe sur les raisons de non suivi quotidien de la pesée.</p> <p>Les résultats démontrent que sur les 20 participants du groupe d'intervention, 16 ont tenu le suivi sur les trois mois. Deux participants ont retiré leur participation avant la fin de l'étude et deux patients ont affirmé avoir rempli leur journal, mais ne les ont jamais remis.</p> <p>L'âge moyen des participants était de 70 ans, la majorité d'entre eux étaient des hommes (75 %) et d'ethnie blanche (94 %). Il y a une description détaillée des caractéristiques cliniques de l'échantillon.</p> <p>Il en ressort que 75 % des participants étaient d'anciens fumeurs et 13 % fumaient encore. 40 % ont déclaré avoir un mode de vie sédentaire. Au départ, seulement 27 % des membres du groupe ont déclaré qu'ils se pesaient quotidiennement et 9 % ont déclaré qu'ils communiqueraient avec leur médecin s'ils prenaient du poids.</p> <p>Le comportement de surveillance quotidienne du poids après l'intervention a été caractérisé par la création d'un score d'observance en divisant le nombre de jours pendant lesquels les patients se sont pesés par le nombre de jours au cours de la période de suivi des trois mois. Le score moyen d'observance a été calculé comme étant de 79,4 %. Les patients ne se sont pas pesés principalement à cause des vacances (57 %), de repas</p>

	<p>(14 %), d'oubli (14 %) et d'autres raisons (14 %). La figure 2 illustre la fréquence de chaque raison. 75 % de l'échantillon a présenté des gains de poids de 3 livres ou plus par jour. Parmi ceux qui avaient pris du poids, 33 % ont connu 5 épisodes ou plus durant les 3 mois. Finalement, un seul des participants a communiqué avec son médecin au moment de la prise de poids.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette étude a révélé que les patients participant à une intervention d'éducation ont un taux d'adhésion élevé (près de 80 %) à la surveillance quotidienne du poids. Que 75 % du groupe d'intervention avaient connu un épisode de prise de poids et que très peu de participants alertent des professionnels lors de prise de poids.</p> <p>Les résultats sont encourageants, car d'autres études ont démontré une faible adhésion à la surveillance du poids quotidien. Une autre recherche a montré que parmi les patients qui croyaient que la prise de poids quotidienne était importante, seulement 58 % se pesaient quotidiennement, ce qui suggère que la surveillance du poids est un concept mal accepté chez les patients atteints d'IC.</p> <p>Une autre étude démontre que 76 % des patients du groupe d'intervention ont utilisé le journal de manière quotidienne. Ceux qui l'utilisaient ont montré un intérêt plus grand pour les séances de formation. Ils étaient également plus susceptibles de se peser au moins une fois par semaine.</p> <p>Cette étude a révélé que les vacances étaient la raison la plus courante pour laquelle la pesée quotidienne était négligée. Cette constatation suggère le besoin pour les infirmières d'insister sur l'importance de la surveillance quotidienne du poids même pendant les vacances.</p> <p>Des obstacles à l'autosoin ou à la recherche d'aide n'ont pas encore été entièrement expliqués par cette étude ou d'autres. Les auteurs encouragent l'exploration de ces freins dans le cadre de recherches futures.</p> <p>Les limites de cette étude sont naturellement la petite taille de l'échantillon et la composition peu diversifiée, ce qui limite la validité des résultats.</p> <p>Un instrument d'auto-évaluation tel qu'un journal est un outil efficace de collecte de données. Cependant, il faut tenir compte</p>

	<p>du biais des informations reportées, qui sont à risque de ne pas être fiables. Un autre biais de cette étude est que les vacances et les jours fériés sont les principales raisons de la négligence quotidienne à l'égard du poids, les futurs chercheurs pourraient envisager d'éviter les vacances et les jours fériés pour la collecte des journaux intimes.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il est possible d'obtenir une grande adhérence à la surveillance quotidienne du poids à l'aide de carnet de suivi. Ils sont un outil d'autosurveillance acceptable et ingénieux pour impliquer activement les patients dans l'autogestion de leur propre maladie.</p> <p>Cela amène la réflexion que les journaux de surveillance des symptômes représentent un outil d'auto-surveillance acceptable et ingénieux, en particulier dans un environnement où les ressources et les outils éducatifs sont limités.</p> <p>Des études futures doivent être menées sur des échantillons de plus grande taille pour confirmer cette constatation. Les carnets de suivi ont un grand potentiel dans la population étudiée en facilitant l'implication des patients dans la gestion de la maladie.</p> <p>Le fait qu'un seul participant ait signalé un gain de poids important à son médecin souligne la nécessité d'améliorer à l'avenir la compréhension des raisons pour lesquelles les patients n'ont pas besoin de conseils médicaux hebdomadaires pour négocier et mettre au point des méthodes visant à encourager des réponses rapides. L'établissement de solides relations patient-soignant, la participation de patients actifs et l'encouragement de l'équipe multidisciplinaire contribueront à de bons résultats.</p>

8.24 Grille de Fortin: Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial

Lohrmann, C., Mittag, O., Dassen, T., & Köberich, S. (2015). Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial.

Journal of Clinical Nursing, 24, 1643-1655. <https://doi.org/10.1111/jocn.12766>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre s'intitule « Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure – a randomised controlled trial ».</p> <p>Il décrit fidèlement les concepts abordés dans cette étude, mais pas précisément la population.</p>
Résumé	<p>Le résumé est présent, il comprend le but et les objectifs, le contexte, la conception de l'étude, la méthode, les résultats, une conclusion ainsi que la pertinence pour la pratique clinique.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème de l'étude est clairement formulé et circonscrit. L'insuffisance cardiaque est l'une des maladies chroniques les plus répandues dans les pays industrialisés occidentaux et est associée à des taux élevés de mortalité, de morbidité et de réhospitalisation. De plus, l'IC a un effet considérable sur la capacité des patients à accomplir les activités de la vie quotidienne et sur leur qualité de vie. Après avoir été diagnostiqués ou hospitalisés pour l'IC, les patients présentent un déclin de leur état fonctionnel qui peut entraîner une dépendance, un isolement social et une charge familiale. En conséquence, on observe une baisse de la qualité de vie perçue.</p> <p>Plusieurs études ont démontré que l'ETP contribue à favoriser les connaissances et les comportements d'autosoins. C'est la meilleure façon de prendre en charge cette population de patients vulnérables pour atteindre l'objectif d'augmenter les capacités d'autosoins et, par conséquent, de réduire la morbidité, la mortalité et la réhospitalisation ou améliorer la qualité de vie.</p> <p>Dans une autre étude, les auteurs ont évalué les moyens les plus efficaces de transmettre des connaissances aux patients atteints d'IC. Ils suggèrent que l'éducation aux autosoins est plus efficace si elle est fournie par une individualisation du contenu, par l'utilisation de supports combinés par la diffusion et par une éducation sur une base individuelle ainsi qu'en plusieurs sessions.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits est présentée et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le large panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base solide pour l'étude. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>

Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence et décrivent de façon adéquate en s'appuyant sur diverses études ainsi que sur la théorie de soins de Barbara Riegel « <i>Theory of Self-Care of Chronic Illness</i> ».</p> <p>Selon Riegel, l'autosoin dans les maladies chroniques vise à maintenir la santé par des pratiques de promotion de la santé et de gestion de la maladie, en s'appuyant sur trois concepts :</p> <p>L'entretien de l'autosoin, qui fait référence aux comportements de l'observance du traitement pour maintenir la stabilité physique et émotionnelle.</p> <p>La surveillance des autosoins, étant le processus de surveillance du corps effectué de façon routinière pour détecter tout type de changement cliniquement significatif dans l'état du patient.</p> <p>La gestion des autosoins, étant le processus en cas de symptômes récurrents de détérioration et comprend la reconnaissance des symptômes spécifiques de l'IC, l'évaluation des symptômes, la mise en œuvre.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but est énoncé de façon claire et concise. Cette étude évalue les effets d'une formation dispensée par une infirmière dans un hôpital universitaire du sud de l'Allemagne sur les comportements d'autosoins, la dépendance aux soins et la qualité de vie des patients atteints d'ICC.</p> <p>Les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits, elles découlent de manière logique et la population est clairement définie. L'étude se base sur le cadre théorique.</p> <p>Les variables sont les comportements d'autosoins, la qualité de vie, la dépendance des soins.</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie de façon précise avec des critères spécifiques d'inclusion ainsi que d'exclusion. Les patients devaient avoir une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) inférieure à 40 % et pouvant être classés dans les classes fonctionnelles II – IV de la New York Heart Association (NYHA).</p> <p>Les critères d'exclusion sont les suivants : un diagnostic récent ou aigu d'IC, plus de 18 ans, une désorientation, antécédents de démence, une espérance de vie inférieure à 3 mois, une implantation d'un dispositif cardiaque ou d'un défibrillateur, pontage coronarien ou remplacement d'une valve dans les trois derniers mois, pas de téléphone, renvoyé dans un centre de réadaptation ou dans un autre hôpital, qui ne comprend pas ou ne lit pas l'allemand, qui ont déjà participé à un programme</p>

	<p>d'éducation pour les patients atteints d'IC ou ont participé à une étude ayant le même objectif.</p> <p>Sur la base d'une étude précédente, un échantillon de 57 patients par groupe est évalué comme nécessaire. Avec une prévoyance d'un taux d'attrition de 12 %, ce qui donne un échantillon de 64 patients par groupe.</p>
Considérations éthiques	<p>Les participants ont signé un formulaire de consentement. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université Albert-Ludwig de Fribourg, Allemagne. L'étude est conforme aux principes énoncés dans la Déclaration de Helsinki.</p> <p>Cette recherche n'a reçu aucune subvention de la part d'un organisme de financement du secteur public, commercial ou secteur à but non lucratif. Les auteurs déclarent ne pas avoir eu de conflits d'intérêts.</p>
Devis de recherche	<p>Cette étude est contrôlée, randomisée, « single-center », « non-blinded », avec un devis mixte, réalisée sur deux sites d'un centre médical affilié à une université dans le sud de l'Allemagne entre avril 2011 et décembre 2013. Le choix de devis permet de respecter certains critères de la recherche scientifique. Les éléments tels que le petit échantillon, le non-aveuglement des examinateurs créent des biais à l'étude, la méthode de randomisation reste scientifiquement valide. Cependant, les résultats demandent de prendre des précautions dans leur utilisation.</p> <p>Le principal critère d'évaluation de cette étude était le changement de comportement en matière d'autosoins sur une période de 3 mois. Les critères d'évaluation secondaires étaient le changement dans le degré de dépendance aux soins et la qualité de vie. En se basant sur des recherches antérieures, l'hypothèse qu'une seule séance d'éducation sur les comportements d'autogestion de la santé avec suivi téléphonique consécutif, est capable d'améliorer l'autogestion de la santé, la qualité de vie et la dépendance positive à l'égard des soins du patient.</p>
Modes de collectes de données	<p>La méthode de collecte de données est explicitée, les outils de mesure sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables.</p> <p>Après la séance d'éducation se sont les patients qui documentent un livret et donc récoltent les informations de manière quotidienne.</p>

	<p>La version allemande de l'échelle européenne en neuf points (G9-EHFScBS) a été utilisée pour évaluer le comportement du patient en matière d'autosoins et pour optimiser l'éducation.</p> <p>Sur la base d'une étude précédente qui a évalué la validité et la fiabilité de l'échelle « G9-EHFScBS », les auteurs ont émis l'hypothèse qu'une session de formation améliore l'autosoin. Le score total varie de 9 à 45, les scores les plus faibles indiquant une meilleure autogestion de la santé. Un effet de $d = 0,53$ est attendu, avec un niveau significatif de 5 % et un « power » de 80 %.</p> <p>La dépendance aux soins a été mesurée à l'aide de l'échelle « Care Dependency Scale » (CDS), un instrument de mesure de la dépendance aux soins fondé sur la théorie des besoins humains en soins infirmiers de Virginia Henderson. Le score total varie de 15 à 75, les scores les plus faibles indiquant un degré de dépendance plus élevé. Un seuil de 68 est considéré comme le seuil de dépendance. Pour cette étude, ils ont utilisé la version auto-administrée du CDS.</p> <p>La qualité de vie des patients atteints d'IC a été mesurée à l'aide du questionnaire de Kansas City (KCCQ). Cette échelle est constituée de six domaines ; la qualité de vie globale, les limitations physiques, les symptômes, les limitations sociales, l'auto-efficacité et un résumé clinique. Dans l'ensemble, les scores standardisés vont de 0 à 100, les scores les plus élevés indiquant une meilleure santé.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les patients ont reçu tous les questionnaires pendant leur séjour à l'hôpital de référence, afin de récolter les données sociodémographiques et les données spécifiques à l'IC. Ces informations sont détaillées dans l'étude. Les données de base sur les caractéristiques ont été recueillies directement auprès des patients et par l'examen de leur dossier médical pendant l'hospitalisation.</p> <p>L'intervention de l'étude comprenait une session d'éducation unique et standardisée sur les différents aspects de l'autogestion de la santé avec un suivi téléphonique ultérieur de trois mois en plus des soins médicaux habituels. La séance de formation et le suivi téléphonique ont été effectués par le chercheur principal. Seuls le patient et le « relative took » ont participé à la séance d'éducation.</p>

	<p>Les patients du groupe d'intervention ont reçu neuf fiches décrivant les sujets possibles pour la séance d'éducation et qui devraient donner au patient une idée du contenu de la séance, notamment sur les signes et symptômes d'aggravation, la physiologie de la circulation et du système respiratoire, etc. Le patient peut choisir si tous les sujets ou seulement certains d'entre eux devaient être abordés au cours de la séance d'éducation. Toutes les informations ont été discutées avec le patient et des objectifs individuels ont été fixés.</p> <p>Après la séance d'éducation, le patient a reçu un livret sur l'IC ainsi qu'un journal dans lequel il est conseillé de documenter quotidiennement son poids corporel, sa tension artérielle, sa fréquence cardiaque, d'éventuels œdèmes, si nécessaire, tout problème ou symptôme pouvant être relié à l'IC. Si le patient le désire, il peut recevoir de l'information par un groupe de soutien spécialisé dans la cardiologie et/ou sportif.</p> <p>Après la sortie de l'hôpital, le patient a reçu 4 appels téléphoniques dans les 3 mois (1, 4, 8 et 12 semaines après sa sortie). Au cours de ces appels téléphoniques, le patient est interrogé sur la surveillance des symptômes, la restriction hydrique, tout signe d'aggravation de l'IC et, le cas échéant, ce que le patient avait fait à ce sujet, les changements apportés aux traitements et les objectifs individuels. Si des signes indiquaient que le patient avait besoin de plus d'informations sur ses besoins liés à l'autogestion de sa santé, le patient recevait des informations au cours des appels téléphoniques. Le groupe témoin a reçu un traitement médical, sans aucune information fournie par l'infirmière au sujet de l'IC et des autosoins spécifiques à l'IC.</p> <p>Le dernier sondage a été effectué par la poste. Les patients du groupe d'intervention ont reçu les questionnaires à nouveau après le dernier appel téléphonique, et les patients du groupe témoin ont reçu le questionnaire trois mois après leur sortie de l'hôpital.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites :</p> <p>Pour décrire les caractéristiques des patients, des statistiques descriptives sont utilisées.</p> <p>Pour chacune des échelles, les valeurs manquantes ont été considérées afin d'en minimiser l'effet. De plus, les ensembles de données sur les patients n'ont été intégrés à l'analyse que si moins de 30 % des données étaient manquantes.</p>

	<p>Les différences dans les caractéristiques de base des groupes ont été analysées à l'aide du test « Khi2 » pour les variables nominales et des variables d'intervalle, le « t-test » pour les groupes indépendants ou le « Mann–Whitney U-Test ».</p> <p>À l'aide d'une analyse, « ANOVA » mixte, à mesures répétées, les modifications du comportement en matière de soins au travers du temps, les modifications de la dépendance aux soins et de la qualité de vie au sein d'un groupe ont été analysées.</p> <p>Une valeur p bilatérale de $<0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. La correction de Bonferroni pour les valeurs p a été effectuée en testant l'interaction d'intervention temporelle au niveau du test G9EHFScBS avec un niveau de signifiante de $p = 0006$; l'échelle du KCCQ avec un niveau de signifiante de $p = 00083$.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Un total de 3 735 patients a été évalué pour déterminer leur admissibilité. Après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, 128 patients ont donné leur consentement éclairé et ont été recrutés pour cette étude. Seulement 58 des 64 patients ont terminé l'étude dans le groupe d'intervention et 52 sur 64 patients dans le groupe témoin. Ce processus est présenté par la figure numéro 1. Les auteurs décrivent les standards de leur population dans l'article.</p> <p>Dans l'article, 5 tableaux présentent les résultats. Le premier tableau présente le contenu de la séance de formation. Le second présente les données sociodémographiques et les caractéristiques générales recueillies. Le troisième tableau présente les résultats de l'échelle « G9-EHFScBS » par rapport au groupe d'intervention et au groupe contrôle, au départ et à trois mois. Le quatrième tableau présente les scores de l'échelle « KCCQ » par rapport au groupe d'intervention et au groupe contrôle, au départ et à trois mois. Le cinquième présente les résultats de l'échelle de dépendance aux soins, au début et à trois mois, entre les différents groupes.</p> <p>De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux. De plus, les auteurs ont procédé à une révision critique de l'article.</p> <p>Au départ, les autosoins spécifiques à l'IC mesurés avec l'échelle « G9EHFScBS » sont similaires entre le groupe d'intervention et le</p>

	<p>groupe témoin ($p = 0.294$). Les résultats démontrent que les deux groupes ont montré une augmentation des comportements d'autosoins après trois mois. Au cours de la période à l'étude, les autosoins se sont améliorés de façon significative dans le groupe d'intervention ($p < 0.001$), tandis que les autosoins ne se sont pas améliorés à un niveau statistiquement significatif dans le groupe témoin ($p = 0.15$).</p> <p>Au niveau des items, une analyse « ANOVA » a montré une influence significative de l'intervention seulement en ce qui concerne la pesée ($p = 0.0003$). Dans le groupe témoin, aucun élément ne s'est amélioré de façon significative.</p> <p>La qualité de vie mesurée avec le test « KCCQ » est semblable au départ pour les deux groupes. Elle s'est améliorée dans les deux groupes au bout de 3 mois. L'analyse « ANOVA » n'a, cependant, montré aucun effet statistiquement significatif entre les groupes. Dans le groupe d'intervention, les limitations physiques et sociales ne se sont pas améliorées à un niveau statistiquement significatif après la correction de Bonferroni. Le groupe témoin ne s'est amélioré dans aucune sous-échelle, à l'exception de l'efficacité personnelle. ($P < 0.001$).</p> <p>Le degré de dépendance n'était pas différent entre le groupe d'intervention et le groupe témoin au départ ($p = 0.199$). Il n'y a pas eu au niveau statistique de changements dans les groupes au fil du temps.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cet essai comparatif randomisé est le premier en Allemagne, qui évalue les effets d'une séance d'éducation individuelle dirigée par une infirmière sur les autosoins spécifique à l'IC, les comportements d'autosoins, la dépendance aux soins et la qualité de vie.</p> <p>Les résultats de cet essai indiquent qu'une séance de formation unique standardisée avec un suivi téléphonique consécutif sur une période de trois mois permet d'améliorer les autosoins spécifiques à l'IC, notamment en ce qui concerne la surveillance des symptômes. Les résultats concordent avec ceux d'autres études.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures. Il en ressort que les séances d'éducation thérapeutique améliorent les comportements d'autosurveillance et d'autosoins. Néanmoins,</p>

l'ETP plus intensif a un effet beaucoup plus important sur l'amélioration des comportements d'autosoins que la séance unique.

Dans cette étude, l'amélioration de la qualité de vie n'était pas influencée par l'intervention. Ce qui est cohérent avec les résultats d'autres études qui ont examinés l'influence d'une unique session d'éducation à l'autosoin de l'IC sur la qualité de vie.

Une pesée régulière pourrait permettre aux patients de reconnaître l'aggravation des symptômes à un stade précoce, mais ce comportement d'autosoins devrait toujours être associé à une réponse adéquate à l'apparition. Dans le cadre de cette étude, les patients ont appris à demander l'aide d'un professionnel de la santé en cas de prise de poids, toutefois, on n'a pas pu déceler une amélioration dans la recherche d'aide.

Il est possible que cette séance d'éducation n'ait pas réussi à faire comprendre aux patients les raisons, parfois complexes, des comportements d'autosoins et d'autogestion. Une autre explication possible est que les patients ne savent pas quoi faire ou à qui s'adresser en cas d'apparition d'un symptôme d'aggravation ou qu'ils en craignent les conséquences, par exemple l'hospitalisation.

Les résultats de cette étude indiquent qu'une seule séance de formation sur les autosoins spécifique à l'IC n'a pas d'influence sur la dépendance aux soins. Même s'il semble raisonnable de penser qu'une meilleure gestion de l'autosoin mène à un meilleur état physique et psychologique.

Les auteurs mettent en relation les résultats de l'étude et la théorie de l'autosoin de Riegel, leur cadre de référence.

Les limites de cette étude ont été clairement définies :

L'échantillon n'est pas représentatif de tous les patients. Car les auteurs ont exclu certains patients qui ont reçu des interventions médicales spécifiques.

Cette étude n'a été menée que dans un seul centre, d'autres centres, organismes médicaux auraient pu influencer les résultats.

L'intervention n'a été menée que par un chercheur principal. Il est possible que le non-aveuglement de ce professionnel influence les résultats. Si la séance de formation avait été menée par d'autres personnes, les résultats auraient pu être différents.

	Pour améliorer le taux de réponse, la collecte de données après 3 mois a été effectuée avec un appel téléphonique. Cela pourrait conduire à des réponses socialement désirées de la part des patients.
Conséquences et recommandations	Les conséquences des résultats et les recommandations par les chercheurs ont été clairement mises en évidence : L'intervention éducative est facile à mettre en œuvre et constitue un moyen simple et peu coûteux d'améliorer l'autosoin des patients. Elle est reproductible et simple à traduire dans d'autres contextes de l'hôpital. Les résultats de cette étude indiquent que cette intervention a un effet moyen sur le comportement des patients en matière d'autosoins. Cependant, il n'a aucun effet sur la qualité de vie et n'est pas en mesure de prendre en charge la dépendance des patients. Pour une réponse positive sur la qualité de vie et la dépendance aux soins, les infirmières doivent appliquer d'autres mesures.

8.25 Grille de Fortin: Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure

Wang, Q., Dong, L., Jian, Z., & Tang, X. (2017). Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(262), 1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12872-017-0698-8>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre s'intitule « Effectiveness of a PRECEDE-based education intervention on quality of life in elderly patients with chronic heart failure ». Il présente clairement les concepts-clés de cette étude comme l'insuffisance cardiaque (IC), l'ETP, les comportements d'autosoins, la qualité de vie, la personne âgée, le modèle « PRECEDE », mais ne décrit pas le concept des symptômes avec notamment la dépression.
Résumé	Le résumé synthétise clairement l'étude en donnant un fil rouge de la composition de l'article, c'est-à-dire le contexte, méthode, résultats et conclusion.

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé et circonscrit : L'IC est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées et impose un lourd fardeau économique aux familles et à la société. Les patients atteints d'IC sont caractérisés par une qualité de vie diminuée en raison du risque imprévisible de détérioration et de décompensation, des symptômes coexistants, du coût élevé du traitement, un taux de réadmission élevé et du mauvais pronostic.</p> <p>Pour améliorer la qualité de vie et les résultats chez les patients âgés atteints d'IC, des programmes de formation théoriques complets et exclusifs sont nécessaires en plus du traitement conventionnel pour cibler les facteurs liés à l'insuffisance cardiaque. Bien des facteurs influencent la qualité de vie des personnes souffrantes d'IC, tels que la symptomatologie, les comportements d'autosurveillance, le type de personnalité et bien d'autres éléments détaillés dans l'étude.</p> <p>De plus, la dépression est une comorbidité fréquente chez les patients atteints d'IC, et la plupart des patients éprouvent ces symptômes. La dépression, la capacité de prendre soin de soi et la qualité de vie interagissent et s'influencent mutuellement. L'âge avancé prédit de moins bons résultats pour la santé et est associé à un risque de dépression plus important, à un plus grand déficit d'autosoins et à une moins bonne qualité de vie.</p>
Recension des écrits	<p>La recension fournit une synthèse de l'état de la question et complète les affirmations des auteurs. Elle montre le large panel des connaissances actuelles. Elle définit les phénomènes et les questions qui en découlent. Elle présente une base solide pour l'étude. De plus, des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Le modèle PRECEDE (predisposition, renforcement, habilitation des constructions dans le diagnostic, l'évaluation de l'éducation et de l'environnement) utilisé dans l'étude a été élaboré par Green et al. La stratégie de ce modèle implique une analyse approfondie de multiples dimensions, y compris la sociologie, l'épidémiologie, le comportement, l'environnement, l'éducation, l'organisation et la politique de gestion, pour le développement d'une intervention d'éducation thérapeutique, la mise en œuvre de l'intervention et l'évaluation du processus, de son impact et de ses résultats.</p> <p>Ce modèle convient particulièrement bien aux maladies chroniques, et son efficacité à réduire la dépression et à améliorer la qualité de</p>

	<p>vie a été démontrée dans diverses situations. Il n'y a pas d'information sur les bases philosophiques de ce sujet détaillées dans l'article.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise, il s'agit de démontrer si le modèle PRECEDE de promotion de l'éducation à la santé est efficace pour soulager les symptômes de dépression, améliorer l'auto-surveillance et améliorer la qualité de vie des patients âgés atteints d'IC.</p> <p>La question de recherche reflète le contenu de la recension des écrits et découle logiquement du but. Le modèle PRECEDE est efficace pour certaines pathologies, mais doit encore être testé pour l'IC, c'est donc le but de cet article.</p> <p>Les variables sont donc la qualité de vie, les comportements d'autosoins, la symptomatologie dont la dépression. De plus, les variables personnelles et supplémentaires sont prises en comptes et détaillées dans l'étude.</p> <p>Les facteurs individuels qui affectent leur qualité de vie comprennent le sexe, l'âge, la classification de la New York Heart Association (NYHA), la personnalité, l'auto-surveillance, la connaissance de l'ICC, le niveau de scolarité, la situation financière, la fréquence des hospitalisations, les comorbidités, le soutien des familles et des aidants, la profession et les facteurs psychosociaux.</p>
<p>MÉTHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>Les patients atteints d'IC qui répondaient aux critères d'inclusion ont été sélectionnés au département de gériatrie et de cardiologie. Les patients recrutés ont été répartis au hasard dans le groupe d'intervention (31) et le groupe témoin (31). Les critères d'inclusion sont : un diagnostic d'IC de classe II-IV selon la NYHA, plus de 60 ans, la présence de symptômes typiques, un état stable et une sortie de l'hôpital. Les critères d'exclusion sont les suivants : incapacité de remplir le questionnaire ; chirurgie prévue dans les six mois ; autres maladies ou survie à moins de 1 an ; état instable ; ou maladies ayant une incidence importante sur leur capacité de faire des activités physiques.</p> <p>Les auteurs ne mentionnent pas de moyen par lesquels ils ont testé la représentativité ou la grandeur de leur échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Toutes les informations ont été recueillies lors d'entretiens en face à face par un personnel ayant reçu une formation. Cette étude a</p>

	<p>été approuvée par le comité d'éthique institutionnel de l'hôpital Xiangya de l'Université du Centre-Sud ainsi que par un groupe d'experts en cardiologie. Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé par écrit. Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une étude randomisée et contrôlée. En tenant compte d'écrits antérieurs, le devis de recherche semble permettre d'examiner les variables. Il permet de respecter les critères scientifiques. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte de données proposés. La méthode est bien expliquée.</p>
Modes de collectes de données	<p>La mode de collecte de données est explicite, les outils de mesures sont présentés ci-dessous et permettent de mesurer les variables. En tout, quatre questionnaires ont été utilisés pour recueillir les informations.</p> <p>Le premier a été produit à partir du modèle PRECEDE pour estimer les facteurs prédisposants, habilitants ou renforçants. Ils influencent les connaissances et les attitudes en matière d'autosoins. Les facteurs habilitants sont examinés à l'aide de questions sur les ressources éducatives, les facteurs renforçants à l'aide de questions sur le soutien et l'encouragement des proches et des travailleurs de la santé.</p> <p>Le questionnaire « 9-item European Heart Failure Self-care Behavior Scale » (EHFScBS-9) est utilisé pour évaluer les comportements d'autosoins. L'échelle d'origine comporte 12 items. Le score peut varier de 12 à 60 points, un score inférieur indique un meilleur comportement en matière d'autosoins. La fiabilité de ce questionnaire a été confirmée.</p> <p>Le questionnaire « 9-item Patient Health Questionnaire » (PHQ-9) est un outil d'auto-évaluation largement utilisé pour le dépistage, le diagnostic et l'évaluation de la dépression. Le questionnaire contient 9 items concernant les symptômes et a été testé pour sa fiabilité et sa validité chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque et peut identifier efficacement les patients dont la qualité de vie est faible. Les scores totaux vont de 0 à 27, 0-4 n'indique aucune dépression ; 5-9 une dépression légère ; 10-14 une dépression modérée ; 15-19 une dépression importante ; et ≥ 20 une dépression grave.</p> <p>Le quatrième questionnaire est le « Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire » (MLHFQ), utilisé pour évaluer la qualité de vie des patients atteints d'IC. Il comporte 21 éléments, qui</p>

	<p>comprennent la dimension physique, la dimension émotionnelle et la dimension additionnelle. Le score total varie de 0 à 105. Un score plus faible indique une meilleure qualité de vie. Les auteurs ne décrivent pas de manière suffisamment détaillée les éléments de ce questionnaire.</p> <p>Les outils de mesure sont en adéquation avec le devis, les objectifs et les variables de cette étude.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Après avoir obtenu le consentement éclairé par écrit et recueilli des données sociodémographiques, des éléments médicaux sont investigués tels que les comorbidités, les hospitalisations antérieures et la classification NYHA, etc. Ces éléments sont détaillés dans l'étude. Les patients ont été répartis au hasard dans des groupes de diagnostics distincts.</p> <p>Les deux groupes ont reçu les soins standards. Le groupe d'intervention a reçu également une intervention éducative basée sur le modèle PRECEDE avec 9 sessions de 60-90 min une fois par semaine pendant deux mois. Après un examen exhaustif de la documentation et des consultations d'experts, des programmes éducatifs personnalisés ont été élaborés. Les éléments ayant eu un effet négatif sur le comportement et la qualité de vie des patients ont été identifiés au moyen d'entrevues en face à face, de documents écrits, de conférences, de séances de questions et réponses, de discussions et d'interactions avec les autres patients. Ces derniers sont détaillés dans l'étude.</p> <p>Conformément au modèle, le programme de promotion de l'éducation comprend différents éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'intégration et la recherche des facteurs prédisposants tels que les motivations, la connaissance de la maladie comme les signes et symptômes de décompensation, etc. ○ L'accès à des ressources en matière d'éducation, tels que des dépliants, des groupes, etc. ○ L'intégration et la recherche des facteurs de renforcement tels que les récompenses et les incitations y compris le soutien émotionnel. ○ Permettre la pratique des comportements d'autosoins selon « European Heart Failure Selfcare Behavior Scale ». <p>Tous ces éléments sont détaillés de manière plus précise dans l'étude.</p>

	<p>Les patients ont été suivis pendant 3 mois. Pendant cette période, les patients ont continué à participer au programme. Toutes les deux semaines, ils ont fait part de leurs comportements d'autosoins. Toutes les informations ont été recueillies lors d'entretiens en face à face par un personnel ayant reçu une formation spéciale. Les questionnaires ont été administrés aux patients avant et trois mois après l'intervention. De plus, les informations des membres de la famille, des professionnels de la santé et des dossiers médicaux ont été recueillies à ces moments précis.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS 18.0. Toutes les données ont été testées pour une distribution normale. Le « test-T de Student » ou le test de « Mann-Whitney U » sont utilisés pour les comparaisons statistiques entre les groupes. L'analyse de corrélation de Pearson a été utilisée pour analyser les corrélations. Les différences ont été jugées statistiquement significatives aux valeurs $P < 0,05$.</p>
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a 4 tableaux qui présentent les résultats. Le premier tableau renseigne sur les notes moyennes des facteurs prédisposants, habilitants et renforçants dans les deux groupes avant et après l'intervention. Le second présente les scores du EHFSBS-9 des deux groupes avant et après l'intervention. Le troisième renseigne les scores du PHQ-9 des deux groupes avant et après l'intervention. Le quatrième présente les scores du MLHFQ des deux groupes avant et après l'intervention. De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux. Aucune différence significative ($P > 0,05$) n'a été observée au niveau des caractéristiques générales entre les groupes.</p> <p>Aucune différence significative n'a été constatée sur les notes moyennes des facteurs prédisposants, habilitants et renforçants entre les groupes avant l'intervention. Cependant, après l'intervention, les scores moyens de ces facteurs n'ont augmenté de façon significative que dans le groupe d'intervention montrant également une différence significative entre les groupes.</p> <p>Avant l'intervention, le score moyen de chaque question et le score EHFSBS-9 total étaient identiques entre les groupes. Après l'intervention, les scores de tous les items sauf un, l'exercice, et les scores totaux ont diminué de façon significative dans le groupe</p>

	<p>d'intervention et étaient significativement différents de ceux du groupe témoin. Cette constatation a montré que l'intervention éducative a considérablement amélioré les comportements d'autosoins.</p> <p>Aucune différence significative dans les symptômes et la moyenne totale du PHQ-9 n'a été observée entre les groupes avant l'intervention. Après l'intervention, certains symptômes ont été soulagés de façon significative. Le score total moyen du PHQ-9 a diminué de façon significative dans l'intervention, montrant également une différence significative entre les groupes.</p> <p>Avant l'intervention, les scores pour les divers items et le score total de la QMLHFQ ne différaient pas de façon significative entre les groupes. Après l'intervention, les scores des items et les scores totaux se sont améliorés dans les deux groupes, mais cela n'était statistiquement significatif que pour le groupe d'intervention. Les différences entre les groupes étaient statistiquement significatives.</p> <p>L'analyse de corrélation de Pearson a révélé que le score MLHFQ était significativement et positivement corrélé avec les scores EHFScBS-9 ($r = 0,463$, $P < 0,001$) et PHQ-9 ($r = 0,584$, $P < 0,001$) après l'intervention. Ces résultats indiquent que les symptômes de dépression et la capacité d'autogestion de la santé influencent directement la qualité de vie des patients âgés atteints d'IC.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de cette étude sont mis en parallèle d'études antérieures. Ils démontrent qu'après l'intervention éducative basée sur la théorie du modèle PRECEDE, l'ensemble des scores des échelles se sont améliorés comparativement au groupe témoin.</p> <p>L'absence de comportements d'autosoins et la présence de symptômes de dépression sont courantes chez les patients atteints d'ICC, en particulier chez les personnes âgées, comme le montre cette étude. Les patients avaient des scores EHFScBS-9 et PHQ-9 montrant de mauvais résultats avant l'intervention, ce qui suggère de l'importance d'une intervention d'ETP. L'autogestion des soins, la dépression et la qualité de vie ont des causes réciproques et s'exacerbent les unes les autres.</p> <p>La dépression entraîne un manque de motivation et d'enthousiasme et compromet l'adhésion aux comportements d'autosoins. Les</p>

	<p>comportements inadéquats en matière d'autosoins et la dépression sont des prédicteurs d'une mauvaise qualité de vie et sont associés à des taux de réadmission et de mortalité élevés. Les programmes d'autosoins peuvent améliorer la fonction cardiaque et renforcer la capacité et l'efficacité du patient à prendre soin de lui-même.</p> <p>D'autres stratégies d'éducation à la santé ont été signalées comme étant bénéfiques pour les patients atteints d'ICC. Par exemple, les programmes d'éducation à l'autogestion sont efficaces pour améliorer la qualité de vie et la satisfaction à l'égard du traitement, et les programmes de soins infirmiers éducatifs de soutien peuvent atténuer la fatigue et améliorer la qualité de vie. Les programmes d'autosoins peuvent améliorer la fonction cardiaque et renforcer la capacité et l'efficacité du patient à prendre soin de lui-même.</p> <p>Aucune amélioration n'a été constatée dans le résultat du questionnaire comprenant la question «exercice physique régulier», probablement car les sujets de cette étude étaient des personnes âgées, qui souffrent de multimorbidités qui influencent leurs capacités physiques.</p> <p>Cette étude a élargi l'application de l'intervention éducative basée sur le modèle PRECEDE et, pour la première fois, a démontré son utilité dans le soulagement des symptômes de dépression, la promotion de l'auto-surveillance et l'amélioration de la qualité de vie.</p> <p>Les auteurs décrivent le faible nombre de sujets comme une limite de leur étude. Les résultats ne suffisent pas pour en tirer des conclusions significatives. D'autres études seront nécessaires avec un plus grand nombre de patients.</p> <p>Les limites présentées par les auteurs sont quelque peu faibles en regard d'autres études plus exhaustives vis-à-vis de cet élément de leur recherche.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats et les recommandations par les chercheurs ont été clairement mises en évidence :</p> <p>Cette étude suggère que le programme de promotion de l'éducation basé sur PRECEDE est une méthode utile pour améliorer les comportements d'autosoins, améliorer l'état dépressif et la qualité de vie des patients âgés atteints d'ICC. Il fournit une base rationnelle pour de futurs essais cliniques à grande échelle qui pourraient démontrer davantage l'application et l'efficacité de ce modèle d'éducation.</p>

8.26 Grille de Fortin: Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients

Smeulders, E., van Haastregt, J., Janssen-Boyne, J., Stoffers, H., van Eijk, J., &

Kempen, G. (2009). Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients. *Heart and Lung*, 38(6), 499-512.

<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2009.01.007>

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre «Feasibility of a group-based self-management program among congestive heart failure patients» précise clairement les concepts clés de l'article par exemple «self management program», ou «heart failure patients».
Résumé	L'article comprend un résumé succinct, avec l'objectif de l'étude, la méthode, les résultats et la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La problématique est introduite de manière complète et détaillée. Le problème est pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles.</p> <p>L'ICC a un impact considérable sur le fonctionnement au quotidien, la qualité de vie et le recours aux soins médicaux, outre les conséquences du vieillissement. Cette pathologie touche presque tous les aspects importants de la vie, c'est pour cela que les patients cherchent à améliorer leurs capacités de gestion autonome et assumer la responsabilité de la gestion quotidienne.</p> <p>Par conséquent, l'autogestion semble nécessairement complémentaire aux soins de santé des professionnels. Malheureusement, de nombreux patients atteints d'ICC montrent des comportements d'autogestion défaillants qui peuvent être liés aux traitements trop complexes. De nombreux programmes d'intervention ont été développés et évalués pour améliorer le comportement d'autogestion chez les patients atteints d'ICC. Certains de ces programmes, comme les interventions par téléphone ou à domicile, les programmes en milieu clinique et les programmes de groupe ont eu des résultats positifs sur la qualité de vie.</p>

	<p>Cependant, la plupart des programmes d'intervention mettent uniquement l'accent sur les aspects médicaux de l'autogestion de l'ICC (p. ex., la reconnaissance des symptômes), alors que les patients font face à des difficultés égales pour faire face aux conséquences sociales et émotionnelles de la maladie.</p> <p>Actuellement, le CDSMP « chronic disease self-management program » est un programme de groupe bien connu et largement diffusé visant à aider les personnes atteintes de diverses maladies chroniques à adopter un mode de vie positif et actif en matière d'autogestion en améliorant leurs capacités personnelles dans cette dernière.</p> <p>Des études antérieures ont mis en lumière les effets favorables du CDSMP sur des résultats, tels que l'espérance de vie, les capacités d'auto-efficacité, le comportement en matière de santé et le taux d'hospitalisation, chez des groupes de patients atteints de diverses maladies chroniques.</p> <p>L'efficacité et la faisabilité du programme, cependant, n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation au sein d'un groupe composé uniquement de patients souffrant d'ICC.</p> <p>Une évaluation détaillée du processus a été menée parallèlement à cet essai pour évaluer la faisabilité du CDSMP chez les patients et les dirigeants ainsi que déterminer les facteurs permettant d'établir une bonne participation dans cette population.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise et complète les affirmations des auteurs. Elle présente une base solide pour l'étude. Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles du phénomène en question. La recension des écrits est présentée. Les sources sont présentées pour soutenir les affirmations et des sources primaires sont utilisées.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence et définissent le plan conceptuel de manière adéquate. Ils s'inscrivent dans un cadre de référence, en effet ici le CDSMP est basé sur la théorie de Bandura (théorie de l'auto-efficacité) et enseigne aux patients 3 compétences :</p> <p>Comment gérer les conséquences médicales de la maladie (prise en charge médicale, p. ex, l'observance du traitement et les changements de mode de vie, tels que l'exercice régulier).</p> <p>Comment rester socialement actif dans la vie quotidienne (gestion des rôles).</p> <p>Comment gérer les conséquences émotionnelles d'une maladie chronique (gestion des émotions).</p>

	<p>Le CDSMP se concentre sur les aspects médicaux (physiques) et sociaux, les conséquences émotionnelles et met l'accent sur le rôle central du patient dans la prise en charge de leur maladie.</p> <p>Selon l'une des premières définitions, le terme « autogestion », qui est souvent utilisé de façon interchangeable avec le terme « autosoin », indique la participation active des patients au traitement des maladies (chroniques). En général, l'autogestion de l'ICC comprend 4 domaines qui sont le traitement (p. ex. l'observance des médicaments prescrits), l'autosurveillance (p. ex. la pesée quotidienne), les modifications du mode de vie (p. ex. le respect des restrictions alimentaires et l'exercice), la reconnaissance des symptômes (p. ex. dyspnée, œdème).</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon précise, il s'agit d'évaluer un programme visant l'acquisition de compétences d'autogestion. Cette étude évalue les effets du CDSMP sur les attributs psychosociaux (p. ex. les attentes d'auto-efficacité), le comportement en matière de santé (les autosoins), la qualité de vie et l'utilisation des soins de santé uniquement chez les patients atteints d'ICC. Car l'amélioration des compétences d'autogestion chez ce groupe de patients peut avoir une influence positive sur leur autosoin, leur qualité de vie liée à la santé et leur utilisation des soins médicaux.</p> <p>Cette étude se fonde sur les résultats de l'évaluation du processus, puis formulera des recommandations pour accroître la faisabilité du programme et améliorer l'assiduité des patients afin de faciliter la mise en œuvre du programme dans les soins externes réguliers (examens réguliers chez le cardiologue ou l'infirmière spécialisée en ICC).</p>
MÉTHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon est constitué de 186 patients atteints d'ICC. Ils ont été sélectionnés dans ses cliniques de cardiologie de 6 hôpitaux. Les patients étaient admissibles à l'étude s'ils souffraient d'ICC avec un dysfonctionnement systolique ou diastolique depuis au moins 6 mois. En plus, ils devaient avoir été hospitalisés pour une insuffisance cardiaque, éprouvée des limitations légères à importantes dans leurs capacités physiques, des symptômes des classes II et III selon la « New York Heart Association » (NYHA).</p>

	<p>Une description plus détaillée de la sélection des patients et de la formation des « leaders patients » a été publiée en annexe de l'étude.</p> <p>Les auteurs ne détaillent pas la possible façon dont ils ont déterminé la taille et la représentativité de leurs échantillons.</p>
Considérations éthiques	Les auteurs ne mentionnent pas de détails à ce sujet.
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une recherche par un essai randomisé et contrôlé avec un total de 317 sujets.</p> <p>Le format et le contenu du protocole d'intervention, ainsi que la conception de l'essai randomisé et contrôlé sont décrits plus en détail en annexe de l'étude.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les données concernant les patients ayant participé à au moins la moitié du programme ont été collectées au moyen de questionnaires directement après le programme et à nouveau 1 an après. Les données des patients leaders ont été collectées pendant et directement après l'intervention au moyen de questionnaires. Ils ont discuté des expériences, lors du programme, lors de réunions structurées tous les deux mois et lors d'un entretien structuré en groupe à la fin de la période d'intervention, à l'aide de formulaires d'évaluation semi-structurés.</p> <p>Pour déterminer la faisabilité du programme, 3 principales mesures des résultats ont été évaluées auprès des patients et des patients leaders :</p> <p>Les auteurs ont mesuré la conformité du programme par rapport au protocole. Les animateurs ont noté après chaque séance s'ils s'étaient écartés du protocole, par exemple : s'ils avaient dépassé les limites de temps spécifiées par activité ou s'ils avaient sauté des activités.</p> <p>La mesure de l'adhésion des patients au programme est évaluée en mesurant la régularité, l'observance des patients lors des séances. Pour chaque séance, les animateurs ont fait un rapport sur l'adhésion générale du groupe au niveau du programme. Immédiatement après, les leaders patients et les patients ont rendu un rapport sur le suivi des instructions à domicile. L'ensemble des patients ont fait état du nombre de plans d'action qu'ils ont élaborés et réalisés avec succès pendant le programme et ont indiqué s'ils avaient mis sur pied un programme d'exercices personnels.</p> <p>La mesure des opinions des participants sur le programme est évaluée immédiatement après l'intervention. En questionnant les patients dans quelle mesure, ils avaient bénéficié du programme et</p>

	<p>quelles parties du programme ils avaient appréciées ou non. De plus, les patients ont rendu des notes sur la qualité de l'enseignement des professionnels et des pairs leaders, ainsi que pour le programme en lui-même. Le programme a-t-il contribué à améliorer certains comportements et stratégies d'adaptation en matière de santé ? Après un an, les patients ont reçu le questionnaire CDSMP pour réévaluer les avantages perçus au cours des 12 mois précédents. Les animateurs et les patients leaders ont évalué chaque séance et ont fait un rapport sur les forces et les faiblesses de leur intervention. De plus, ils ont fait des recommandations pour améliorer le programme. Enfin, les animateurs ont évalué la faisabilité du protocole, en jugeant la durée, le nombre de séances nécessaires et ont formulé des recommandations pour améliorer le programme.</p> <p>Les moyens de collecte de données semblent être en mesure d'apporter des informations sur les hypothèses posées.</p>
Conduite de la recherche	<p>L'évaluation du processus a été effectuée auprès de 186 patients atteints d'ICC, qui ont été affectés à l'un des 21 groupes du CDSMP composés de 18 leaders, 9 leaders professionnels et 9 patients leaders, qui ont dirigé le programme pendant la période d'intervention après avoir été formés pendant 4 jours au protocole du CDSMP.</p> <p>Les leaders professionnels étaient des infirmières spécialistes en cardiologie.</p> <p>Les patients de l'étude ont été sélectionnés dans les cliniques de cardiologie de 6 hôpitaux participants dans le sud des Pays-Bas d'octobre 2004 à janvier 2006.</p> <p>Le CDSMP est un programme de groupe structuré qui traite des problèmes de gestion générale des patients atteints de maladies chroniques. Le programme vise à motiver les patients à modifier leurs comportements en leur fixant des objectifs personnels et en les décomposant en petites étapes, décrites dans des plans d'action. Il consiste en 6 séances hebdomadaires (2,5 heures/session) et enseigne aux patients à devenir des autogestionnaires actifs dans les domaines de la gestion médicale, du rôle et de la gestion émotionnelle. En ce qui concerne la gestion médicale, les sujets suivants sont abordés comme l'utilisation des médicaments, la prise de décisions éclairées en matière de traitement et l'élaboration d'un plan d'exercice personnel. Les sujets qui permettent d'améliorer le maintien d'une vie sociale active sont, par exemple, la planification des autosoins et les aptitudes à communiquer. Enfin, des sujets comme la gestion de la colère, de la peur, de la frustration et de la</p>

	<p>dépression sont abordés pour mettre l'accent sur les questions de gestion émotionnelle.</p> <p>L'auto-efficacité est considérée comme le mécanisme clé du CDSMP, car elle est associée aux changements de comportements et d'un meilleur état de santé. Pour améliorer les attentes en matière d'auto-efficacité, le programme comprend quatre stratégies :</p> <p>La maîtrise des compétences inclut l'établissement de buts et la préparation de plans d'action hebdomadaires. Afin d'améliorer au maximum les chances de succès, les patients sont interrogés sur leur niveau de confiance. Si ce niveau est trop faible, les difficultés sont identifiées et des conseils sont donnés, ajustant ainsi le plan d'action. Au cours des sessions suivantes, les plans d'action de la semaine écoulée sont discutés et la résolution de problèmes prend la forme d'un exercice de réflexion en groupe. La décision des participants de créer et de compléter un plan d'action est entièrement volontaire, ce qui met en évidence la responsabilité des patients.</p> <p>La réinterprétation des symptômes est une technique de gestion des symptômes, qui consiste à modifier les croyances des patients afin de les aider à les gérer.</p> <p>La modélisation et la persuasion sociales, comprenant les aspects du soutien et de la motivation des patients à faire des changements dans leurs comportements et leurs croyances. Les patients ont reçu lors de la première session du programme un ouvrage de référence « Vivre une vie saine avec des affections chroniques », au cours de chaque session, les patients ont été invités à lire la partie du livre correspondante.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyses sont décrites et analysées au moyen de statistiques descriptives.</p> <p>Trois types de variables sont utilisées pour évaluer la participation au programme. Les aspects sociodémographiques, tels que le sexe, l'âge, conditions de vie, et niveau d'éducation. Les variables liées à la santé, donc la qualité de vie, les comportements d'autosoins, l'état cognitif et la classification de la symptomatologie selon la NYHA. Les caractéristiques psychosociales sont également prises en compte, tels que les symptômes d'anxiété et de dépression, les attentes au niveau de leur auto-efficacité, ainsi que le contrôle perçu.</p> <p>Des analyses univariées ont été effectuées pour comparer les 2 groupes sur les questions sociodémographiques, de santé et</p>

	psychosociales à l'aide du test « t-Student », l'évaluation de l'échantillon par le test « Khi2 », et le « Mann — Whitney U test. Les analyses ont été effectuées à l'aide de SPSS version 12.0.1.
RÉSULTATS	
Présentation des résultats	<p>Dans l'article, il y a 6 tableaux qui présentent les résultats. Le premier tableau présente le contenu du CDSMP et le temps moyen passé par session. Le second présente les mesures de la faisabilité au départ et pendant le suivi. Le troisième montre les raisons et l'adhésion générale des patients au CDSMP. Le quatrième est la présentation des avis et des recommandations des patients. Le cinquième présente le niveau de contribution du CDSMP selon les patients et les patients leaders. Le sixième met en avant les résultats des opinions et recommandations des professionnels.</p> <p>De plus, les résultats sont présentés dans un texte narratif correspondant aux divers tableaux.</p> <p>Les patients ayant assisté à plus de 4 séances sont considérés comme des participants ayant un haut niveau de fréquentation au programme, comparativement à ceux ayant suivi moins de 4 séances. La moyenne d'âge des patients (n186) était de 66,6 ans. La majorité des patients étaient des hommes (76 %), ne vivaient pas seuls (67 %), étaient sans emploi (91 %) et avaient un diplôme d'études secondaires (64 %). Environ, les deux tiers des patients (65 %) ont présenté des symptômes de classe II selon la NYHA, avec de légères limitations physiques. Le nombre moyen de participants par groupe était de 7,8. Au total, 75 % de l'échantillon ont assisté à au moins 4 des 6 séances. Le pourcentage de femmes était significativement plus élevé parmi les patients qui ont assisté à plus de 4 séances en comparaison avec les patients ayant assisté à moins de 4 séances ($p = 0.042$). Aucune différence significative dans les caractéristiques sociodémographiques n'a été constatée entre les 2 groupes. Comparativement, moins de patients ayant des symptômes de classe III selon la NYHA ont assisté à plus des 4 séances ($p = 0.044$). À la première mesure, aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes au niveau de la qualité de vie, les comportements d'autogestion de la santé et de l'état cognitif, ni des symptômes d'anxiété ou de la dépression, les attentes en matière d'auto-efficacité et le contrôle perçu. Les auteurs déterminent que la symptomatologie selon la NYHA et le sexe ne sont pas des variables interreliées.</p> <p>79 % des patients ont suivi au moins la moitié du programme, et 47 % ont assisté à l'entier du programme. Sur les 146 patients qui ont participé à au moins la moitié des séances, 95 % des participants</p>

ont rempli le premier formulaire d'évaluation. Après 1 an, 86 % des patients ont répondu au deuxième formulaire d'évaluation.

De plus, les professionnels ont déclaré que 101 des 126 séances (80 %) se sont déroulées conformément au protocole. Seuls de petits écarts par rapport au protocole ont été signalés.

Le temps moyen par session était conforme au protocole, malgré des durées qui variaient beaucoup, elles faisaient entre 100 à 180 minutes. En général, les patients leaders avaient besoin d'un peu plus de temps pour se préparer à une séance que les professionnels.

L'adhésion des patients au programme a été considérée bonne dans 90 % des séances. En ce qui concerne les instructions pour le domicile, la plupart des participants ont élaboré des plans d'action hebdomadaires et les ont réalisés avec succès. Parmi les patients qui ont suivi un programme d'exercice personnel, 46 % faisaient encore de l'exercice selon leur programme après 1 an.

Après le programme, la plupart des patients (73 %) ont déclaré en avoir bénéficié. Cependant, certains patients ont exprimé qu'ils n'appréciaient pas les techniques de prise en charge des symptômes, en particulier l'imagerie guidée, qui était une imagination guidée pour la relaxation. Les patients sont satisfaits quant à la qualité des prestations des patients leaders et des professionnels. La majorité des patients ont confirmé que le programme avait amélioré certains comportements de santé et stratégies d'adaptation. Plus de 80 % des patients se sentaient capables d'améliorer leur condition physique, d'utiliser des plans d'action pour traiter leur condition plus efficacement et de faire plus d'exercice après avoir suivi le programme.

Les patients ont suggéré des améliorations pour le programme. Les commentaires parlent de consacrer plus de temps à des sujets spécifiques tels que la prise en compte des différentes caractéristiques des patients, inviter les partenaires ou la famille pour participer au programme. Un an plus tard, les patients ont indiqué que le programme contribuait à une utilisation rationnelle des médicaments.

Les professionnels ont formulé des recommandations concernant le format du CDSMP, le contenu du protocole et le groupe cible. La plupart des recommandations portaient sur l'ajustement d'activités spécifiques, la prise en compte des différentes caractéristiques des patients et la prise en compte du temps supplémentaire pour la participation individuelle des patients.

	<p>La principale force des séances du programme a été l'attitude positive et active des patients pendant les séances. La principale faiblesse du programme était liée à la dynamique de groupe, avec la prise en charge de patients perturbateurs spécifiques et/ou prise en charge du groupe en général.</p>
DISCUSSION	
Interprétation des résultats	<p>Cette étude a porté sur la faisabilité du CDSMP chez des patients atteints d'ICC. Le programme met l'accent sur le rôle central et la responsabilité des patients dans la gestion de leur propre maladie et enseigne aux patients à devenir des autogestionnaires actifs. D'après les résultats de l'étude, ce programme de groupe complet semble applicable à un groupe homogène de patients atteints d'ICC présentant des symptômes de classe II et III selon la NYHA. Les recherches futures pourraient se concentrer sur l'exploration de la valeur ajoutée d'une séance de rappel et l'évaluation des déterminants de la participation et de l'adhésion au programme, par exemple, en prévoyant plus de temps pour l'échange d'expériences personnelles des patients, en précisant le groupe cible plus en détail ou en permettant aux proches des patients de l'ICC de participer.</p> <p>Afin d'obtenir un aperçu de l'adhésion à long terme au programme et des avantages perçus, les auteurs ont effectué une 2ème évaluation un an après. Celle-ci a montré que les avantages perçus à long terme du programme semblaient diminuer dans une certaine mesure.</p> <p>En revanche, les auteurs ont constaté une amélioration des pourcentages de la contribution du programme à l'utilisation raisonnable de la médication, au respect des directives alimentaires et à l'utilisation des techniques de gestion des symptômes un an plus tard, comparativement aux pourcentages mesurés immédiatement après le programme. De plus, les patients ont déclaré qu'ils bénéficiaient encore relativement beaucoup du contenu du programme après un an.</p> <p>Enfin, l'analyse des sous-groupes a révélé que le sexe féminin et la classification inférieure de la NYHA (indiquant des symptômes d'ICC moins graves) prédisaient une bonne participation au programme et une limitation physique moins importante.</p> <p>Les limites de cette étude sont décrites dans la discussion.</p> <p>Les séances sont dirigées par des équipes composées d'une infirmière spécialisée en cardiologie et d'un patient atteint d'ICC, au lieu de deux leaders bénévoles formés. Car, l'inclusion des patients leaders peut avoir eu une incidence négative sur la continuité du</p>

	<p>programme en termes de participation aux séances du programme et de disponibilité générale. Par conséquent, les chercheurs ont inclus une infirmière spécialisée dans l'équipe non seulement pour faciliter la mise en œuvre du programme, mais aussi pour influencer positivement la continuité du programme. À neuf reprises, le pair leader s'est absenté pour cause de maladie ou pour d'autres raisons, ce qui a nui à la continuité du programme dans une certaine mesure.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Sur la base des résultats de cette étude, les auteurs ont fait quelques recommandations. Les recherches futures pourraient se concentrer sur l'exploration de la valeur ajoutée d'une séance de rappel et l'évaluation des déterminants caractérisant la participation et l'adhésion au programme, par exemple, en prévoyant plus de temps pour l'échange d'expériences personnelles des patients, en précisant le groupe cible plus en détail ou en permettant aux partenaires des patients de l'ICC de participer aussi au programme.</p> <p>Les auteurs ne recommandent pas de spécifier le contenu de l'intervention pour les différents groupes de patients atteints d'ICC. Car des analyses plus approfondies (test t-Student) ont montré que les patients atteints d'ICC de classe II et III de la NYHA ne différaient pas dans leur perception du bénéfice du programme.</p>