

Infarctus du myocarde :
Interventions infirmières autonomes et prévention secondaire
Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

Par
Alexandra Giller & Caroline Papaux
Promotion 2010-2013

Sous la direction de : Noël Giller

Haute école de santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 1 juillet 2013

Résumé

Etat des connaissances : Actuellement, l'infarctus du myocarde est l'une des premières causes de décès en Suisse. Ceci peut être expliqué par une augmentation des facteurs de risque, tels qu'une mauvaise alimentation, un surpoids, une activité physique insuffisante, le tabagisme, le diabète et l'hypertension.

Objectifs : Le but de ce travail est d'identifier les interventions infirmières autonomes pouvant être proposées à un patient ayant subi un infarctus du myocarde afin d'éviter les rechutes, de vivre plus longtemps avec une qualité de vie optimale.

Méthodologie : Cette revue de littérature étoffée comprend douze études de devis quantitatifs ainsi que deux revues de littérature qui ont été sélectionnées à travers les banques de données électroniques PUBMED et SCIENCEDIRECT. La population cible inclut des adultes (dès 18 ans) qui ont subi un infarctus du myocarde. Les études retenues sont en français et en anglais, et datent de moins de dix ans sauf deux d'entre elles qui ont tout de même été choisies car la thématique n'a pas encore été réactualisée.

Résultats : Il existe plusieurs interventions infirmières qui améliorent les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde et ainsi augmentent la qualité de vie de l'individu. Afin de pouvoir intervenir auprès du patient, il est tout d'abord primordial de créer un lien relationnel avec l'individu dans le but d'optimiser son adhérence au changement de mode de vie. Il est également important que l'infirmière procède à une anamnèse minutieuse afin de se centrer sur les besoins du patient. Diverses éducations thérapeutiques ont fait leurs preuves dans la pratique infirmière. L'entretien motivationnel est la base de toutes ces interventions éducatives. Elles impliquent souvent la famille car celle-ci est un soutien pour le patient et peut l'aider à favoriser les changements de style de vie.

Perspectives : Etant donné la situation socio-économique due à l'introduction des DRG, les temps d'hospitalisation diminuent. Il est alors important de développer davantage la réadaptation cardiovasculaire en suivi ambulatoire ou à domicile.

Mots-clés: myocardial infarction, nursing, quality of life, education, compliance, rehabilitation, patient readmission, prevention, secondary prevention, anxiety, life style, coaching.

Zusammenfassung

Erkenntnisstand: Der Herzinfarkt ist zurzeit eine der häufigsten Todesursachen in der Schweiz. Dieses Phänomen kann durch eine Erhöhung der Risikofaktoren erklärt werden. Dazu gehören die ungesunde Ernährung, das Übergewicht, die mangelnde körperliche Betätigung, das Rauchen, der Diabetes und die Hypertonie.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Pflegeinterventionen für einen Patient mit einem Herzinfarkt zu identifizieren. Dies, um einen Rückfall zu vermeiden und ein Leben mit einer optimalen Lebensqualität zu ermöglichen.

Methode: Diese Arbeit ist eine systematische Literaturübersicht. Sie enthält zwölf quantitative Forschungsarbeiten und zwei systematische Literaturübersichten. Die Literatursuche fand auch zwei verschiedenen elektronischen Datenbanken PUBMED und SCIENCEDIRECT statt. Die Population sind Erwachsene (ab 18 Jahre), die einen Herzinfarkt erlitten haben. Nur englische und französische Forschungsarbeiten wurden bearbeitet. Alle bis auf zwei der einbezogenen Forschungsarbeiten sind jünger als 10 Jahre. Diese beiden wurden ebenfalls eingeschlossen, da sie noch nicht aktualisiert wurden.

Ergebnisse: Mehrere Pflegeinterventionen vermindern die Risikofaktoren eines Herzinfarkts und erhöhen die Lebensqualität. Um Pflegeinterventionen umsetzen zu können, muss es zuerst eine Beziehungsgestaltung zwischen dem Patient und den Pflegenden geben. So wird die Adhärenz erhöht. Die Pflegefachfrau muss eine genaue Anamnese durchführen, um sich auf die Bedürfnisse des Patienten konzentrieren zu können. Verschiedene erziehende Pflegeinterventionen werden im Alltag benutzt. Das Motivational Interviewing ist der Grundstein all dieser erziehenden Interventionen. Oftmals wird auch die Familie einbezogenen, da diese eine Unterstützung für den Patienten darstellt und ihm helfen kann, Veränderungen des Lebensstils vorzunehmen.

Perspektiven: Die sozio-ökonomische Situation wird durch den Einsatz der DRG beeinflusst. Die Aufenthaltsdauer im Spital wird verkürzt. Es scheint also wichtig, eine optimale kardiovaskuläre Readaptation zu ermöglichen. Diese könnte ambulant oder Zuhause stattfinden.

Keyword: myocardial infarction, nursing, quality of life, education, compliance, rehabilitation, patient readmission, prevention, secondary prevention, anxiety, life style, coaching

Remerciements

Nous tenons à remercier Monsieur Noël Giller, notre directeur de mémoire pour son accompagnement, son soutien, ses précieux conseils ainsi que sa disponibilité durant la réalisation de notre travail.

Nous remercions également Josiane Kolly et Christine Papaux pour la relecture attentionnée de ce travail.

Un grand merci également à nos collègues de bachelor pour leur soutien, leur motivation ainsi que leur bonne humeur !

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	8
2. FORMULATION DE LA PROBLEMATIQUE, DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DU BUT POURSUIVI	9
2.1. ETAT DES CONNAISSANCES THEORIQUES ET EMPIRIQUES	9
2.1.1. <i>Surpoids et obésité</i>	9
2.1.2. <i>Le Diabète</i>	10
2.1.3. <i>L'hypertension</i>	10
2.1.4. <i>Vieillessement</i>	11
2.1.5. <i>Les différences hommes-femmes</i>	11
2.1.6. <i>La santé mentale</i>	12
2.2. ENONCE CLAIR DU PROBLEME A L'ETUDE	13
2.3. QUESTION DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET SES OBJECTIFS.....	13
2.4. INTERET DU PROBLEME ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE POUR LA SCIENCE INFIRMIERE ET LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	14
3. CADRE DE REFERENCE	15
3.1. CONCEPTS EN LIEN AVEC LA QUESTION DE RECHERCHE.....	15
3.1.1. <i>L'infarctus du myocarde</i>	15
3.1.2. <i>La récurrence</i>	18
3.1.3. <i>La qualité de vie</i>	18
3.1.4. <i>L'éducation thérapeutique</i>	18
3.1.5. <i>Les quatorze besoins de Virginia Henderson</i>	20
3.1.6. <i>L'adhérence</i>	21
3.1.7. <i>La prévention</i>	21
3.2. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE DE L'ANALYSE	22
3.2.1. <i>L'entretien motivationnel</i>	22
4. METHODOLOGIE	25
4.1. ARGUMENTATION DE L'ADEQUATION DU CHOIX DE DEVIS.....	25
4.2. BANQUES DE DONNEES UTILISEES	25
4.3. MOTS-CLES UTILISES	25
4.4. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	26
4.5. STRATEGIES DE RECHERCHE	27
4.6. DEMARCHE D'EXTRACTION DES DONNEES.....	30
4.7. DEMARCHE DE SYNTHESE NARRATIVE	30
5. RESULTATS.....	31
6. DISCUSSION	38
6.1. SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS	38
6.1.1. <i>Santé mentale</i>	38
6.1.2. <i>Santé physique</i>	39
6.2. INTERPRETATION DES RESULTATS.....	41
6.2.1. <i>Lien avec cadre de référence</i>	41
6.2.2. <i>Lien avec la question de recherche</i>	43
6.3. REGARD CRITIQUE SUR LES ETUDES SELECTIONNEES	44
7. CONCLUSION	47
7.1. NOS APPRENTISSAGES	47
7.2. IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE.....	47
8. BIBLIOGRAPHIE	49
8.1. ETUDES.....	49
8.2. OUVRAGES.....	51

8.3. SITES INTERNET	51
9. ANNEXES.....	54
9.1. ANNEXE A : DECLARATION D'AUTHENTICITE	55
9.2. ANNEXE B : LA FORMATION D'UN INFARCTUS	56
9.3. ANNEXE C : LA ROUE DU CHANGEMENT.....	57
9.4. ANNEXE D : LEXIQUE	58
9.5. ANNEXE E : TABLEAU DES RESULTATS	59
9.6. ANNEXE F : GRILLES D'ANALYSE.....	77

1. Introduction

Lors de nos périodes pratiques dans les soins, nous avons soigné de nombreux patients hospitalisés suite à un infarctus du myocarde. Cette pathologie nous a paru fréquente dans les milieux de soins aigus, tels que les soins intensifs, les soins continus et les services de médecine ainsi que dans des situations en relation avec nos vies privées. Nous n'avons cependant pas effectué de stages en réadaptation, d'où notre curiosité pour cette thématique. Nous nous sommes alors questionnées sur la prise en soins infirmières lors de préventions secondaires.

En tant que futures infirmières, nous nous interrogeons sur la manière dont nous pourrions intervenir dans le but d'éviter une éventuelle récurrence de l'infarctus du myocarde. Quelles interventions pourrions-nous fournir afin d'aider le patient à changer son comportement dans le but d'améliorer sa qualité de vie ?

Dans les pages suivantes, nous avons établi l'état des connaissances empiriques concernant l'infarctus du myocarde et ses causes dans les statistiques suisses et internationales, énoncé clairement le problème à l'étude, tout en posant une question de recherche, puis justifié notre problématique et son intérêt pour la science infirmière et la pratique professionnelle.

Dans un second temps, afin de comprendre au mieux notre thème, divers concepts tels que l'infarctus du myocarde, la récurrence, la qualité de vie, l'éducation thérapeutique, les 14 besoins de Virginia Henderson, l'adhérence et la prévention, seront développés. Nous allons ensuite expliquer une théorie d'analyse, l'entretien motivationnel, que nous avons retenu pour approfondir le problème à l'étude. Dans un troisième temps, nous présenterons la méthode utilisée pour réaliser notre travail : notre choix de devis, les banques de données utilisées, les mots-clés, les critères d'inclusion et d'exclusion, la démarche d'extraction ainsi que la démarche de synthèse. Nos résultats obtenus, en lien avec l'analyse des études, seront présentés sous forme de tableau incluant une synthèse narrative. Tous les points évoqués seront alors mis en lien dans la partie discussion. Enfin, nous proposerons des interventions infirmières pour la pratique professionnelle ainsi que des pistes pour les recherches futures.

2. Formulation de la problématique, de la question de recherche et du but poursuivi

2.1. Etat des connaissances théoriques et empiriques

L'infarctus du myocarde est un phénomène lié à des facteurs de risque, tels qu'une mauvaise alimentation, une activité physique insuffisante, le tabagisme et un abus d'alcool. Ces facteurs de risque peuvent avoir pour conséquences de l'hypertension, une augmentation du taux de glucose ou du taux de lipide, un surplus de poids ou une obésité (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2012). Selon l'office fédéral de la statistique suisse [OFS] (2007), le nombre de citoyens suisses souffrant de ces facteurs est en croissance.

2.1.1. Surpoids et obésité

Entre 1997 et 2002 selon l'OFS (ibid.), le surpoids (≥ 25 Indice de masse corporelle [IMC] < 30) et l'obésité (IMC ≥ 30) ont montré une tendance à la hausse. Dans les études récentes, le périmètre abdominal est également pris en considération. Selon Lafitte et al. (2008), le périmètre abdominal idéal pour l'homme devrait être < 102 cm et pour la femme < 98 cm. L'IMC permet de mesurer le surpoids chez tous les individus. Cependant, selon le comité de réflexion sur la prise en charge officinale du surpoids (s.d.), il ne reflète pas la masse graisseuse de manière exacte. L'auteur affirme que « la masse grasse viscérale est mieux corrélée aux anomalies métaboliques que la masse grasse totale » (Comité de réflexion sur la prise en charge officinale du surpoids, ibid., p.1). Afin d'identifier les personnes à risque de morbidité et de mortalité, et d'être plus précis, les professionnels de la santé devraient alors davantage prendre en compte le périmètre abdominal.

Les hommes dès 45 ans et les femmes entre 65 et 74 ans sont les plus touchés par l'excès de poids. L'OMS (2012) dévoile les causes de l'augmentation de surpoids et d'obésité : « ...une consommation accrue d'aliments très énergétiques à haute teneur en graisses et en sucres... » (OMS, 2012, http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/fr/index.html) ainsi qu'« une tendance à la diminution de l'activité physique en raison de la nature sédentaire de

nombreuses formes de loisirs, du changement de modes de transport et de l'urbanisation galopante » (ibid.).

Les différences sociales influencent la prise poids. En effet, « l'obésité augmente beaucoup plus vite depuis 1992 chez les agriculteurs ou les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures » (De Saint Pol, 2008, p. 175).

2.1.2. Le Diabète

Selon l'OMS (2012) en 1995, 135 millions de personnes dans le monde souffraient de diabète. En l'an 2000 le nombre était monté à 177 millions. Il a été estimé qu'en 2025, 300 millions de personnes seront atteintes de diabète.

On remarque une nette élévation du nombre de diabétiques dans le monde depuis plusieurs années. Celle-ci est étroitement liée aux facteurs de risques ainsi qu'au mode de vie et ses conséquences. « Cette augmentation concernera surtout le diabète de type II. Elle sera favorisée par le développement de l'obésité, en tant que principal facteur de risque, mais aussi par les progrès scientifiques induisant un accroissement de l'espérance de vie, ainsi qu'un diagnostic plus précoce » (Arte, 2007, <http://www.arte.tv/fr/737426,CmC=807856.html>).

2.1.3. L'hypertension

Au Canada, entre 2001 et 2009 le pourcentage de la population masculine dès l'âge 12 ans souffrant d'une hypertension a augmenté de 5%. L'hypertension de la population féminine à partir de l'âge de 12 ans et plus a également augmenté, soit de 3,4% (Statistique Canada, 2009).

L'usage du tabac, l'obésité, la sédentarité, le diabète, l'avancé en âge (55 ans ou plus chez les hommes, 65 ans et plus chez les femmes) une alimentation trop riche ou trop salé, un excès de mauvais cholestérol (lipoprotéines de basse densité [LDL]), le stress ainsi que les antécédents familiaux font partie des facteurs de risque de l'hypertension (Schmelzer & Bare, 2006).

Tous les facteurs mentionnés ci-dessus représentent les causes pouvant créer un infarctus du myocarde. La comorbidité¹ pour une personne ayant un infarctus du

¹ Cf. Annexe D p. 58

myocarde en Suisse est de 5,2 maladies en moyenne (OFS, 2007). Cette information démontre la complexité de la prise en charge d'une personne ayant eu un infarctus. Un traitement de toutes les maladies associées à l'infarctus est nécessaire.

Comme cela est démontré ci-dessus, le taux d'incidence des pathologies facteurs de risques d'un infarctus du myocarde est en augmentation. Nous posons l'hypothèse que l'accroissement du nombre de personnes souffrant d'infarctus du myocarde est lié à l'augmentation de ces facteurs de risque.

2.1.4. Vieillissement

Aux facteurs de risque cités plus haut, s'ajoute le vieillissement du corps humain caractérisé par le phénomène de sénescence des artères : l'artériosclérose. Elle est dégénérative et définie par un vieillissement normal des artères. Les parois vasculaires des petits vaisseaux s'épaississent et durcissent, ce qui va provoquer une diminution de leur calibre et la perte de leur élasticité. Le vieillissement des artères rend la personne plus sensible aux affections cardiaques dont l'infarctus (Giller, 2009).

De plus, l'OFS (2007) confirme un vieillissement de la population dû à l'augmentation de l'espérance de vie, à la baisse de la fécondité ainsi qu'au baby-boom des années soixante. L'augmentation du taux d'infarctus pourrait également être mise en lien avec le vieillissement global de la population.

2.1.5. Les différences hommes-femmes

En 2007, l'infarctus du myocarde touche en Suisse 2,1% de la population dès 15 ans, soit 3,1% d'hommes et 1,2 % de femmes. Les personnes les plus touchées par cette pathologie sont âgées de 68 ans. En 2004, 5% des hommes et 4 % des femmes ayant eu un infarctus sont décédés. Nous constatons que les hommes et les femmes ne sont donc pas semblables face aux risques de subir un infarctus du myocarde (OFS, 2007). Selon la fondation suisse de cardiologie (s.d.), les femmes ne seraient pas égales d'un point de vue biologique face aux modifications pathologiques de leurs artères. Celles-ci seraient mieux protégées, par leurs hormones, face aux maladies cardiovasculaires, mais cet effet disparaîtrait lentement dès la ménopause. En analysant les statistiques, nous remarquons que dès l'âge de 55 ans, le nombre d'infarctus chez les femmes augmente. Dès l'âge de 65 ans, on constate une nette élévation de celui-ci. Les chiffres démontrent

donc que la survenue de la ménopause dans les maladies cardiovasculaires n'est peut-être pas anodine.

2.1.6. La santé mentale

Nous avons également choisi de nous intéresser à l'aspect psychologique post-infarctus. Selon nous, cet aspect a des répercussions sur la qualité de vie du patient et sa santé. Il est donc important, en tant qu'infirmière, de proposer une prise en charge globale au patient comprenant des soins somatiques et psychologiques.

Une étude a démontré les principales conséquences psychologiques de l'infarctus du myocarde sur l'état de santé des personnes qui en sont atteintes (Mieryzinska, Kowalska, Stepnowska & Piotrowicz, 2010) :

Différentes réponses psychologiques ont lieu après un infarctus : l'effet de surprise associé à l'anxiété, la peur d'une mort imminente, la frustration due aux soudains changements dans leur vie, la dépression, la tristesse, un retrait social,...

Selon cette étude 20-30% des patients ressentiraient de l'anxiété et 38-48% présentaient des épisodes dépressifs. Ces conséquences psychologiques ont été mises en lien avec la difficulté pour les patients à effectuer les changements sur leur style de vie ainsi qu'une diminution de leur qualité de vie.

Cette étude s'est préoccupée de l'importance des soins psychologiques, en lien avec le fonctionnement psychosocial, le style de vie ainsi que les comportements, après un infarctus du myocarde. En raison du haut taux de mortalité des suites de cette pathologie, l'infarctus est décrit par les patients comme étant un événement déterminant leur vie future. Pour ces raisons, les soins psychologiques sont très importants dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

Nous trouvons ces résultats intéressants pour notre travail. En effet, on constate que les conséquences psychologiques d'un infarctus du myocarde sont importantes et qu'il est donc nécessaire de les traiter de manière à optimiser la qualité de vie, de favoriser les changements dans le but d'éviter tout risque de récurrence ou de mort. L'étude conclut sur le fait qu'il est difficile pour les patients de s'ajuster à leur nouvelle vie à cause de la dépression, de l'anxiété ainsi que de leur changement de rôle social. Ceci a pour

conséquences de réduire leur adhérence au traitement et diminuer la qualité du lien thérapeutique avec le médecin et donc le suivi médical.

Tout au long de notre travail, nous allons rechercher diverses actions infirmières qui vont être proposées au patient afin d'améliorer sa qualité de vie ainsi que de diminuer le risque de récurrence et la mortalité.

2.2. Enoncé clair du problème à l'étude

L'infarctus du myocarde est une pathologie très fréquente et en augmentation. En effet, selon l'OFS (2012), le taux de personnes hospitalisées en Suisse pour un infarctus du myocarde entre 2002 et 2010 a augmenté de 40%. Les maladies cardiovasculaires font partie des premières causes de décès en Suisse (OFS, *ibid.*). En vue de l'augmentation des chiffres (voir ci-dessus) et de l'importance de la thématique, nous avons décidé de traiter ce sujet.

A travers nos lectures et nos observations dans la pratique, il est difficile pour ces personnes de modifier leurs habitudes de vie et d'adopter un comportement différent et plus sain. Nous émettons l'hypothèse que le suivi médico-infirmier n'optimise pas suffisamment le changement. Quelles interventions infirmières autonomes peuvent être mises en place dans la phase critique afin de favoriser ce changement ?

2.3. Question de recherche documentaire et ses objectifs

Quelles interventions autonomes l'infirmière pourrait proposer à un patient ayant subi un infarctus du myocarde dans le but d'éviter les rechutes et de vivre plus longtemps avec une qualité de vie optimale ?

Objectifs :

- Etablir une anamnèse avec le patient comprenant différents domaines tels que les habitudes de vie, la vie sociale, le travail, le stress.
- Effectuer un bilan somatique (TA, prise de sang, poids, taille).
- Relever avec le patient ses facteurs de risque ainsi que leurs conséquences.

- Proposer au patient des interventions infirmières individualisées dans le but de modifier son mode de vie afin d'éviter une récurrence et de vivre plus longtemps avec une qualité de vie optimale.

2.4. Intérêt du problème et de la question de recherche pour la science infirmière et la pratique professionnelle

Malgré une meilleure prise en charge de l'infarctus du myocarde, il est fondamental de proposer des interventions visant une prévention primaire et secondaire (Revue médicale suisse, 2001). Afin de promouvoir le rôle infirmier autonome et d'approfondir un problème de santé publique, nous allons par ce travail, rechercher des interventions infirmières relevant de la prévention secondaire, dans le but de diminuer le risque de récurrences d'infarctus du myocarde et d'augmenter la qualité de vie.

3. Cadre de référence

3.1. Concepts en lien avec la question de recherche

3.1.1. L'infarctus du myocarde

3.1.1.1. Physiopathologie

L'infarctus du myocarde s'explique comme « l'occlusion par un thrombus² d'une artère coronaire » (Perlemuter, Quevauvillieres, Perlemuter, Amar, Aubert & Pitard, 2005, p.75). De manière plus précise, Schmelzer et Bare (2006) le définit comme étant « la nécrose³ ischémique⁴ du muscle cardiaque, causée habituellement par une réduction brutale de l'irrigation sanguine dans une partie du cœur » (p.333). Le muscle cardiaque, le myocarde, est irrigué par des artères coronaires. Lors de l'ischémie, un thrombus va en obstruer une. On parle alors d'obstruction partielle ou totale suivant le degré d'obstruction. Si l'obstruction est totale, l'apport sanguin sera stoppé, de même que l'apport en oxygène pour la partie du myocarde irriguée par l'artère en question. L'ischémie peut être réversible. Si celle-ci se prolonge, elle provoque la mort des cellules en aval de l'obstruction. On parle à ce stade de nécrose qui elle, est irréversible. Les tissus morts vont être remplacés, avec le temps, par du tissu cicatriciel, qui va modifier le fonctionnement du muscle cardiaque. La prise en charge de cette pathologie doit se faire en urgence (ibid., 2006).⁵

Cependant, « les ramifications des artères coronaires forment de nombreuses anastomoses fournissant des voies supplémentaires (collatérales) pour l'irrigation du muscle cardiaque » (Marieb, 2005, p. 703). Moore et Dalley (2001) expliquent qu'environ 10% des cœurs ont des anastomoses entre les artères coronaires gauches et droites. Ils stipulent que tous les cœurs auraient cette capacité de créer une circulation collatérale. Selon eux, si un caillot obstrue une artère coronaire, l'organe développe une circulation collatérale dans le but d'éviter une ischémie. Ce phénomène permet alors de maintenir une perfusion suffisante du cœur. Si une artère coronaire de plus gros calibre se bouche, la nécrose ne peut être évitée. Lorsque celles-ci se ne se dilatent pas, il y a

² Cf. Annexe D p. 58

³ Cf. Annexe D p. 58

⁴ Cf. Annexe D p. 58

⁵ Cf. Annexe B p. 56

peu de chance qu'elles suffisent à alimenter le cœur lors d'un événement aigu et donc n'évitent pas la survenue d'un infarctus du myocarde (Moore & Dalley, 2001).

3.1.1.2. Facteurs de risque

Il existe deux catégories de facteurs de risque : les modifiables et les non modifiables. Le tabagisme, la sédentarité, l'hypertension, l'hypercholestérolémie (provoquant l'athérosclérose), l'obésité et le diabète se classent dans la catégorie des facteurs de risque modifiables (Revue de l'ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2010). L'athérosclérose est une accumulation de cholestérol sur les parois internes des artères, qui avec le temps va former des plaques qui vont se détacher en formant un thrombus qui peut migrer jusqu'aux artères coronaires (Giller, 2009). Selon Marieb (2005), un taux de cholestérol élevé dans le sang augmente le risque d'obstruction des artères et donc engendre un risque d'infarctus du myocarde. Il existe deux types de cholestérol, les lipoprotéines à haute densité [HDL] et les lipoprotéines de basse densité [LDL]. Les HDL « (...) sont considérées comme souhaitables parce que le cholestérol ainsi transporté est destiné à être dégradé ou à servir de matériau de base pour la synthèse d'autres substances » (ibid., p. 1004), la norme se situe entre 0.8 et 2.35 mmol/l. Concernant la LDL, sa norme est de 4.9 mmol/l ou plus. Elles « (...) sont considérées comme néfastes parce qu'un excès de LDL entraîne sur les parois artérielles la formation de dépôts de cholestérol dont les effets peuvent être mortels » (ibid.). Selon Menche (2009), le stress est également inclus dans les facteurs modifiables.

L'individu peut les influencer en changeant son hygiène de vie. Les facteurs de risque non modifiables sont : l'âge, le sexe, les antécédents familiaux de coronaropathie précoce (<60 ans), l'origine ethnique et les affections chroniques (polyarthrite rhumatoïde, lupus, psoriasis) (Revue de l'ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2010).

3.1.1.3. Diagnostic

Afin d'établir un diagnostic, les médecins vont se concentrer sur les signes cliniques, l'électrocardiogramme [ECG] et l'élévation des enzymes chimiques (Giller, 2009) :

Schmelzer et Bare (2006) présentent les principaux symptômes ressentis par le patient : douleurs thoraciques, palpitations, dyspnée⁶, nausées, vomissements, anxiété, sensation de mort imminente.

L'ECG va montrer des changements dans les dérivations qui correspondent à la zone du cœur lésée (Schmelzer & Bare, *ibid.*). Les principaux changements sont « (...) l'inversion de l'onde T, l'élévation du segment S-T, l'apparition d'une onde Q anormale » (*ibid.*, p.334).

Selon Schmelzer et Bare (*ibid.*), une prise de sang permettrait de constater une augmentation de la créatine kinase (CK), des enzymes cardiaques CK-MB et LDH. Lors de souffrances des cellules cardiaques, ces enzymes sont libérés dans la circulation sanguine. En parallèle, la protéine nommée Troponine responsable de la contractilité du muscle cardiaque s'élève également de manière anormale après un infarctus.

Une fois que le diagnostic de l'infarctus du myocarde a été établi, il est important d'avoir une prise en charge d'urgence du patient. Le cas échéant celui-ci risque de présenter des arythmies, des troubles de conduction et une insuffisance cardiaque. Ces complications peuvent engendrer la mort (Giller, 2009). L'accumulation de ces symptômes avec une prise en charge en urgence est un événement traumatisant pour le patient. Selon l'OMS (1987), l'infarctus du myocarde a un effet psychologique négatif sur le patient. L'individu va à posteriori développer des réactions émotionnelles face à la maladie telles que de l'anxiété, de la crainte, une détresse émotionnelle, une dépression, une perte de confiance en soi ainsi qu'un sentiment d'insécurité. Nous nous permettons de mettre ces points en évidence afin de valoriser une prise en charge biopsychosociale du patient. Ces éléments nous permettent de proposer plus tard des interventions infirmières adéquates.

Le traitement d'urgence est composé de plusieurs étapes. Il faut « dissoudre le caillot par une thrombolyse, calmer l'angoisse du patient en lui injectant un anxiolytique, prescrire l'oxygénothérapie, calmer la douleur en injectant un analgésique majeur (Morphine), prescrire un inhibiteur de l'enzyme de conversion Béta-Bloquant (Trinitrine), maintenir la tension artérielle puis effectuer une coronarographie » (Giller, 2009, p. 8).

⁶ Cf. Annexe D p.58

3.1.2. La récurrence

La récurrence est la «réapparition d'une maladie survenant après une guérison» (Larousse médical, 1998, p.877).

3.1.3. La qualité de vie

Le concept de qualité de vie est selon Mercier et Schraub (2005) très subjectif. Il est composé de dimensions multiples ainsi qu'influencé par les valeurs socioculturelles des individus. Chaque personne a sa propre notion de qualité de vie avec ses attentes, ses envies et ses buts visés. Les auteurs définissent la qualité de vie comme :

(...) la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (ibid., p. 418).

Selon Bacqué (1996), chaque maladie a ses propres caractéristiques et donc influence la qualité de vie du patient.

3.1.4. L'éducation thérapeutique

L'éducation se définit comme « l'ensemble des activités d'apprentissage conçues pour promouvoir les comportements sains » (Schmelzer & Bare, 2006, p.56). On la distingue de l'enseignement par « la transmission des connaissances » (ibid.). Nous allons utiliser ces deux termes afin de développer des connaissances pour pouvoir poser des interventions infirmières.

Une revue systématique nommée Postoperative Patient Education (Fredericks, S., Guruge, S., Sidani, S. & Wan, T., 2010) analyse cinquante-huit études traitant de l'enseignement infirmier postopératoire sur 5271 patients. Elle met en évidence l'importance d'un enseignement individualisé (âge, pathologie, statut social, réseau familial), l'utilisation de différents moyens didactiques (médias, brochures) ainsi que la répétition des actions d'enseignement. L'infirmière⁷ va alors s'adapter à chaque patient afin de rendre les soins plus individuels et ainsi acquérir les meilleurs résultats possibles.

⁷ Le terme comprend les deux sexes.

Selon cette revue l'enseignement comprend différents domaines :

- la connaissance des symptômes ainsi que la compréhension de la prise en charge
- la compréhension des auto-soins
- l'application des auto-soins

Les études ont démontré que si ces principes sont maîtrisés par le patient, il y aura une diminution des réadmissions, des morbidités et de la mortalité. Ces éléments permettront également de diminuer les coûts de la santé.

L'utilisation de ce concept nous semble nécessaire dans notre travail, car des interventions infirmières autonomes vont être développées en traitant, pour une partie d'entre elles, l'enseignement.

3.1.4.1. Le locus de contrôle

Selon Dubois (1987), la théorie du locus de contrôle est « (...) faite pour rendre compte de la complexité des comportements sociaux humains et permettant de comprendre pourquoi, parmi la variété des comportements potentiels que peut effectuer un individu, il réalise tel ou tel comportement en particulier » (p.35).

Selon Leong, Molassiotis et Mars (2004), le locus de contrôle est la manière dont l'individu perçoit son état de santé, il serait directement lié aux croyances de l'individu sur sa santé. Il existe une échelle multidimensionnelle qui mesure le locus de contrôle. Elle comporte trois dimensions :

- La dimension externe : Lorsque le sujet perçoit l'événement « (...) comme n'étant pas totalement déterminé de sa part, ce renforcement est perçu comme le résultat de la chance, du hasard, du destin, ou comme le fait d'autres tout-puissants, ou bien encore comme totalement imprévisible, (...) » (Dubois, 1987, p.34).
- La dimension interne : « Si, au contraire, la personne considère que l'événement dépend de son propre comportement ou de ses caractéristiques personnelles relativement stables, nous disons qu'il s'agit d'une croyance en un contrôle interne » (ibid.).

- La dimension « powerful others » (Leong et al., 2004, p.29) mesure à quel point l'individu pense que son état de santé est dépendant des professionnels de la santé (ibid.).

3.1.5. Les quatorze besoins de Virginia Henderson

Virginia Henderson (1892-1996), infirmière américaine, a travaillé dans différents domaines tels que la pédiatrie, la psychiatrie et la recherche. Elle a collaboré au « développement des soins infirmiers et à l'identification de la place de l'infirmière dans les soins » (Lötscher, 2010, p.2). C'est une approche qui permet de suppléer le patient dans les besoins qu'il ne peut réaliser seul afin qu'il tende vers l'indépendance (ibid.). Nous avons choisi de l'utiliser dans notre travail, car ce concept sert de base à l'anamnèse infirmière afin qu'elle récolte toutes les données concernant le patient dans le but de cerner ses besoins. Dans un second temps, des actions individualisées sont proposées en fonction des données obtenues lors de l'anamnèse.

Les quatorze besoins sont :

Respirer/ boire et manger/ éliminer/se mouvoir et maintenir une bonne posture/ dormir, se reposer/ se vêtir et se dévêtir/ maintenir une température corporelle dans les limites de la normale/ être propre, soigné et protéger ses téguments/ éviter les dangers/ communiquer avec ses semblables/ agir selon ses croyances et valeurs/ s'occuper en vue de se réaliser/ se divertir, se recréer/ apprendre (ibid.).

Afin de réaliser une anamnèse infirmière de qualité, nous allons nous mettre en lien l'infarctus du myocarde, ses facteurs de risque avec les quatorze besoins. L'infirmière va alors s'informer plus précisément sur les besoins tels que boire et manger/ se mouvoir et maintenir une bonne posture/ dormir, se reposer/ éviter les dangers/ communiquer avec ses semblables/ apprendre. Il nous semble intéressant d'acquérir des informations précises sur ces besoins de manière à pouvoir cibler nos interventions infirmières afin d'optimiser un changement de comportement et modifier les facteurs de risque qui pourraient être néfastes pour la santé. Prenons par exemple boire et manger. L'infirmière va par exemple s'informer des habitudes alimentaires du patient, de sa consommation d'alcool, etc. En récoltant ces informations, elle va pouvoir cibler son enseignement afin de l'individualiser au maximum et de le rendre le plus bénéfique pour le patient.

3.1.6. L'adhérence

L'adhérence se définit comme la persistance et le maintien dans la pratique de comportements désirés. Elle est le résultat d'une participation active et harmonieuse. L'adhérence est dépendante de la relation entre le patient et le professionnel de la santé. Elle est influencée par le sens donné à la santé, la maladie et le sens que donne la personne à son propre risque, par son statut socioéconomique, sa manière de prendre les décisions, sa motivation ainsi que son désir de changer, son efficacité personnelle et ses sources d'informations sur la santé. Un patient qui présente une bonne adhérence, montre ses connaissances sur ses comportements et les recommandations de la santé, intègre ses nouvelles connaissances et comportements, construit une relation de collaboration continue entre les professionnels de la santé et lui-même, et démontre une capacité de poser des buts pour atteindre des résultats (Cohen, 2009).

3.1.7. La prévention

3.1.7.1. Prévention primaire

« La prévention primaire vise la promotion de la santé et la prévention de la maladie et comprend des interventions comme l'enseignement de saines habitudes de vie » (Schmelzer & Bare, 2006, p. 23).

Si nous prenons l'infarctus du myocarde, la prévention primaire consisterait à promouvoir une bonne hygiène de vie, une alimentation saine, favoriser les activités sportives dans le but d'éviter que la personne développe un infarctus du myocarde.

3.1.7.2. Prévention secondaire

La prévention secondaire est axée sur la préservation de la santé et a pour objectif de détecter tôt la maladie et d'intervenir promptement en vue de prévenir ou de réduire les pertes relatives à la capacité fonctionnelle et à l'autonomie ; elle s'applique à des interventions comme le dépistage systématique et l'évaluation des risques pour la santé (ibid.).

Dans notre travail nous allons proposer des interventions infirmières autonomes qui font partie de la prévention secondaire. Les actions proposées vont être destinées à des patients ayant déjà subi un infarctus du myocarde. Elles auront comme but de prévenir une récurrence en évaluant les facteurs de risque et en agissant sur ceux-ci.

3.1.7.3. Prévention tertiaire

« La prévention tertiaire s'attache à réduire le plus possible la détérioration de l'état de santé et à améliorer la qualité de vie » (ibid.).

Cette prévention a comme objectif de diminuer les complications de l'infarctus du myocarde.

3.2. Cadre de référence théorique de l'analyse

3.2.1. L'entretien motivationnel

La plupart des études analysées relèvent la nécessité d'intégrer l'entretien motivationnel à la prise en charge infirmière d'un patient ayant subi un infarctus du myocarde afin d'optimiser le changement de comportement (Languérand, 2012). « L'entretien motivationnel propose aux soignants un autre style relationnel, celui qui consiste à favoriser la motivation du patient au changement sans chercher à le convaincre ni à le contraindre » (ibid., p. 22).

Languérand (ibid.) mentionne qu'il est nécessaire de suivre une bonne éducation afin que l'entretien motivationnel soit de qualité.

Ce modèle de soins a été principalement développé dans le cadre des addictions. Par la suite, il a été utilisé avec réussite pour différents comportements tels que le contrôle du poids et le régime (Tupker & Sagorsky, s.d).

Selon cette théorie, la motivation des personnes dépendantes à des substances est primordiale afin de changer leur comportement et d'aller sur la voie de la guérison (Languérand, 2012).

Le soignant peut alors se trouver dans une position inconfortable, tiraillé entre : sa conviction que des changements de comportement pourraient être favorables à la santé du patient, son impuissance à le contraindre durablement et son souhait de ne pas s'engager sur une voie « dirigiste » alors que l'éthique actuelle promeut l'autonomisation plus grande du patient et sa participation active aux soins (ibid., p.22).

Selon Languérand (ibid.), des études ont mis en évidence que deux processus sont nécessaires avant d'introduire l'entretien motivationnel : construire une relation thérapeutique en démontrant de l'empathie au patient afin de construire un milieu

sécurisant au changement, puis conduire le patient à argumenter de manière positive les changements qui pourraient être fait. Il est également important de garder en tête l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers. « Seul le client détient le pouvoir de changer, l'intervenant respecte et valorise son autonomie » (ibid., p. 43). Rogers met en évidence des conditions favorables au travail sur soi :

- L'acceptation positive inconditionnelle, c'est-à-dire que le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans émettre de jugements.
- La congruence : le soignant doit être authentique et ouvert avec le patient.
- L'empathie : le soignant essaye de comprendre ce que le patient ressent, de se mettre à sa place (ibid.).

L'émergence sincère et spontanée des raisons et envies de changer du patient au cours de la consultation serait l'élément clé, et la capacité du thérapeute à activement modeler le langage du patient pendant la séance devient alors cruciale. Partant de ce principe, l'entretien motivationnel permet de construire la conversation thérapeutique de façon à ce que le patient propose ses raisons de changer le plus possible pendant la consultation (ibid., p.38).

Cette motivation de changer doit donc se trouver chez le patient. Ce sont ses propres ressources qui vont être utilisées.

3.2.1.1. La roue du changement

Selon Tupker et Sagorsky (s.d.), la roue du changement est importante dans l'entretien motivationnel. Elle propose des étapes de changement. Chaque étape a ses propres interventions et objectifs qui lui permettent de passer à l'étape supérieure. Les écarts et les rechutes font partie de la thérapie.

Différentes étapes ont lieu (Tupker & Sagorsky, ibid.):

La première étape est la pré-contemplation : le sujet ne ressent pas le besoin de changer et ne l'envisage pas. Il est important à ce stade de construire une relation thérapeutique ainsi que de laisser le sujet se rendre compte de son comportement problématique. Le thérapeute va l'informer des conséquences de son attitude afin de le sensibiliser.

Puis vient l'étape de la contemplation : le sujet se rend compte de son problème et a l'intention de changer. A ce stade, le sujet prend conscience des conséquences négatives

mais reste ambivalent face à la proposition de changement. Le thérapeute va aider le patient à peser le pour et le contre.

L'étape de la préparation montre que le patient se prépare à changer. Le but du thérapeute est de renforcer la motivation du patient à changer. Des objectifs et des interventions sont posés en accord avec le patient, dans le but de respecter son rythme.

L'action est l'étape de changement pour le patient. Celui-ci abandonne ses habitudes et en acquiert des nouvelles. Le patient est actif pour atteindre les objectifs fixés. Le thérapeute l'accompagne dans son parcours et devient conseillé.

Puis vient l'étape de la maintenance qui consiste à ajuster les objectifs et les interventions afin de favoriser le changement à long terme. Le thérapeute va valoriser ces changements en poussant le patient à les généraliser au maximum. Il va également rendre attentif le patient sur les risques de rechute et l'aider à gérer les situations difficiles.

La dernière étape est celle de la rechute. La rechute n'est pas perçue de manière négative, mais plutôt comme un événement aidant au processus de changement à long terme. Si une rechute a lieu, le patient se retrouve à nouveau à l'étape de la pré-contemplation ou de la contemplation. Il est important à ce stade d'encourager et de soutenir le patient afin qu'il apprenne de ses erreurs. Les objectifs et les interventions vont être réévalués.

Le but final de ce modèle⁸ est de susciter et de consolider sa motivation personnelle à changer. Nous avons décidé d'utiliser ce modèle dans notre travail, car selon nous le rôle infirmier autonome est d'aider le patient à trouver en lui la motivation à procéder à certains changements dans sa vie quotidienne afin d'éviter le risque de récurrence d'un infarctus du myocarde et d'optimiser sa qualité de vie.

⁸ Cf Annexe C p.57

4. Méthodologie

4.1. Argumentation de l'adéquation du choix de devis

Nous avons choisi d'utiliser la revue de littérature étoffée. Ceci consiste à récolter et synthétiser les résultats trouvés par rapport à la question de recherche. Les buts de cette revue sont d'améliorer ses connaissances sur le sujet, de faire l'état des lieux actuels dans la pratique des soins et de proposer des interventions qui vont faire évoluer la science infirmière, de revisiter la formation et de parfaire la politique dans les soins et ses lignes directrices (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

4.2. Banques de données utilisées

Les banques de données que nous avons utilisées sont PUBMED et SCIENCEDIRECT. Il s'est parfois avéré que les articles étaient payants ou inaccessibles en Full-text. Nous avons alors repris le titre des articles et cherché sous d'autres moteurs de recherche, tels que GOOGLE SCHOLAR. Nous avons également été attentives aux sources de nos articles trouvés. Ceux-ci nous ont permis de nous diriger vers d'autres revues. Nous avons aussi eu l'idée de consulter des revues de cardiologie.

Afin de vérifier s'il n'y a pas déjà eu des revues systématiques traitant la même question de recherche, nous avons utilisé ces banques de données : COCHRANE, PUBMED, CINAHL et RERO. Nous pouvons affirmer qu'aucune étude n'a été faite sur le sujet durant ces dernières années.

4.3. Mots-clés utilisés

Dans le but de cibler au mieux nos recherches, nous avons utilisé les mots-clés suivants:

- Infarctus du myocarde / myocardial infarction
- Soins infirmiers / nursing
- Qualité de vie / quality of life
- Education thérapeutique / education
- Adhérence / compliance
- Réhabilitation / rehabilitation

- Réadmission / patient readmission
- Prévention / prevention
- Prévention secondaire / secondary prevention
- Anxiété / anxiety
- Style de vie / life style
- Accompagnement / coaching

Lors de nos recherches, nous avons remarqué que le sujet de la réhabilitation cardiaque après un infarctus du myocarde a été étudié à de multiples reprises. Nous avons souhaité traiter principalement les facteurs de risque d'un infarctus du myocarde les plus courants tels que l'alimentation et l'obésité, le manque d'exercice physique, le tabac ainsi que l'hypertension, et ciblé les interventions dans ces domaines.

4.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Nos critères d'inclusion sont:

- l'adulte (dès 18 ans)
- une personne ayant subi un infarctus du myocarde
- prise en charge en soins aigus
- interventions infirmières autonomes
- des études en français, anglais et allemand
- études datant de moins de dix ans (deux études datent de 1989 et 1994, elles ont tout de même été incluses car la thématique n'a pas encore été réactualisées)

Nous avons exclu les critères suivants :

- les enfants et les adolescents
- une personne n'ayant pas subi d'infarctus du myocarde
- les études dans une autre langue que le français, l'anglais et l'allemand
- les interventions non-infirmières et non-autonomes

4.5. Stratégies de recherche

Stratégie	Base de données	Associations de mots-clés	Nombre d'articles trouvés	Sélection
1)	PUBMED	[« Myocardial infarction » AND « patient readmission » AND « quality of life »]	2	Duenas, M., Ramirez, C., Arana, R. & Failde, I. (2011). Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. <i>Social Science & Medicine</i> , 63, 2367-2380.
2)	PUBMED	[« Myocardial infarction » AND « education » AND « anxiety »]	42	Thompson, D. (1989). A randomized controlled trial of in-hospital nursing support for first time myocardial infarction patients and their partners: effects on anxiety and depression. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 14, 291-297.
3)	GOOGLE SCHOLAR	[« Infarctus du myocarde » AND « réadmission » AND « soins infirmiers »]	80	Robichaud-Ekstrand, S. & Gibbons, C. (2008). Composantes de la capacité d'autosoin de personnes ayant subi un infarctus du myocarde et participant à un programme d'exercices à domicile. <i>Revue de l'université de Moncton</i> , 39, 249-273.
4)	SCIENCEDIRECT	[« Myocardial infarction » AND « rehabilitation » AND « nursing »]	2882	Duarte Freitas, P., Haida, A., Bousquet, M., Richard, L., Mauriège, P. & Guiraud, T. (2010). Short-term impact of a 4 week intensive cardiac rehabilitation program on quality of life and anxiety-depression. <i>Annals of Physical and Rehabilitation Medicine</i> , 54, 132-143. Labrunée, M., Pathak A., Loscos, M., Coudeyre, E., Casillas, J-M. & Gremeaux V. (2011). Therapeutic education in cardiovascular diseases: State of the art and perspectives. <i>Annals of Physical and</i>

				<p><i>Rehabilitation Medicine</i>, 55, 322-341.</p> <p>Leong, J., Molassiotis, A. & Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. <i>Clinical Effectiveness in Nursing</i>, 8, 26-38.</p> <p>Linden, B. (1994). Evaluation of a home-based rehabilitation programme for patients recovering from acute myocardial infarction. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i>, 11, 10-19.</p>
5)	SCIENCEDIRECT	[« Myocardial infarction » AND « nursing » AND « prevention »]	336	<p>Wood, A., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J., Holden, A., De Bacquer, D., Collier, T., De Backer, G. & Faergeman, O. (2008). Nurse coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. <i>The Lancet</i>, 371, 1999-2012.</p>
6)	PUBMED	[« Myocardial infarction » AND « secondary prevention » AND « compliance»]	9525	<p>Giannuzzi, P., Temporelli, L., Marchioli R., Maggioni, P., Balestroni, G., Ceci, V., Chieffo, C., Gattone, M., Griffo, R., Schweiger, C., Tavazzi, L., Urubinati, S., Valagussa, F. & Vanuzzo, D. (2008). Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction. <i>Arch Intern Med/Vol</i>, 168, 2194-2204</p> <p>Lafitte, M., Pradeau, V., Leroux, L., Richeboeuf, V., Tastet, S., Boulon, C., Paviot, B., Bonnet, J. & Couffinhal, T. (2008). Efficacy over time of a short overall atherosclerosis management programme on the reduction of cardiovascular risk in patients after</p>

				an acute coronary syndrome. <i>Archives of Cardiovascular Disease</i> , 102, 51-58.
7)	PUBMED	[« Myocardial infarction » AND « secondary prevention » AND « compliance »]	6	Kirchberger, I., Meisinger, C., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B. & Holle, R. (2010). Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. <i>BMC Geriatrics</i> , 10, 29.
8)	PUBMED	[« Myocardial infarction » AND « Life style »]	834	Cobb, S., Brown, D. & Davis, L. (2006). Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. <i>Journal of the American Academy of Nurse Practitioners</i> , 18, 31-39. Zöhre, I. & Fesci, H. (2007). Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. <i>Applied Nursing Research</i> , 23, 147-152.
9)	GOOGLE SCHOLAR	[« Myocardial infarction » AND « life style » AND « nursing » AND « coaching »]	2490	Leemrijse, C., Van Dijk, L., Jorstad, H., Peters, R. & Veenhof, C. (2012). The effect of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. <i>BMC Cardiovasc Disord</i> , 12, 47.

4.6. Démarche d'extraction des données

Afin de voir la pertinence de nos articles et d'en ressortir les éléments importants, nous avons eu la possibilité d'utiliser deux grilles d'analyse : la grille qualitative et la grille quantitative. Un total de quatorze articles a d'abord été traduit et ensuite analysé. Le devis des articles trouvés, afin de répondre à notre question de recherche, est quantitatif. C'est pourquoi nous avons utilisé les grilles quantitatives. La première colonne décrit la structure des articles scientifiques. La seconde permet de décrire et d'argumenter l'étude. Ces éléments ont été, dans un deuxième temps, utilisés pour rédiger notre travail.

4.7. Démarche de synthèse narrative

Cette démarche permet de mettre en évidence les éléments extraits. Les éléments semblables vont être **assemblés** et **synthétisés** alors que les éléments différents vont **être mis en évidence**.

5. Résultats

Les résultats des études analysées sont présentés ci-dessous sous forme de synthèse narrative. En annexe, se trouve un tableau qui permet d'avoir un aperçu global des résultats trouvés.

Cobb, Brown et Davis (2006) ont examiné diverses interventions qui sont utilisées pour changer le mode de vie et ont rassemblé les plus efficaces. Ils nomment notamment un programme appelé Ornish qui aide les patients à modifier leur style de vie. Des entretiens ont lieu avec un nutritionniste à raison d'une heure par semaine pendant un mois puis toutes les deux semaines pendant deux mois et enfin une fois par mois pendant un an. Après le programme, il a été relevé que les participants ont amélioré de manière significative leur activité physique, leur apport en graisse, leur apport en fibre et carbohydate ainsi que leur régime en cholestérol, leur BMI, leur poids, leur pression artérielle et leur taux de cholestérol total. Le changement thérapeutique de mode de vie a grandement réduit le besoin de revascularisation des artères coronariennes. Un autre programme efficace serait celui proposé lors d'une réadaptation cardiaque sur 12 mois avec coach personnel. Un court-séjour de quatre semaines introduit l'éducation à la santé, le changement de comportement, l'acquisition de compétences, la pratique de nouvelles habitudes, des entretiens individuels et en groupe ainsi que la prévention de la rechute. Le programme sur 12 mois a diminué le BMI des participants qui a ensuite été maintenu sur 12 mois. Un peu plus de la moitié des fumeurs ont arrêté de fumer et n'ont pas recommencé après 12 mois. Les auteurs de la revue systématique de littérature nomment ensuite comme intervention un coaching fait en réadaptation cardiaque en plus des soins usuels. Le coaching est réalisé trois fois par téléphone à six semaines d'intervalle puis après 24 semaines pour planifier la prise de sang des six mois. Le but de l'intervention est d'évaluer les connaissances, les attitudes et les croyances du patient à propos de ses facteurs de risque par questionnement ; d'entreprendre une éducation concernant les besoins et l'explication du traitement recommandé afin d'atteindre des objectifs en matière de facteurs de risque ; d'effectuer un entraînement dans la prise d'assurance et la mise en place des buts pour la prochaine session ainsi que la négociation d'un plan d'action ; puis la réévaluation de ceux-ci lors de la prochaine séance de coaching. Les sessions de coaching sont dirigées par un diététicien au bénéfice d'une expérience en éducation cardiovasculaire. Après six mois, le taux de cholestérol total des participants ayant eu un coaching en plus des soins usuels était significativement plus bas que ceux participant au groupe contrôle. Un an après, l'intervention ci-dessus a été étudiée une

seconde fois. L'échantillon a été augmenté. Les participants venaient de six hôpitaux universitaires différents, chaque hôpital avait un coach attitré. En plus du coaching expliqué précédemment, les participants ont reçu un document traitant des facteurs de risque personnels et une charte concernant les objectifs à atteindre. Après l'intervention, les participants ont diminué leur taux de cholestérol, leur poids, leur BMI, leur matière en graisse totale et augmenté leur fréquence de marche. En quatrième intervention, Cobb et al. (2006) ont retenu la livraison de plats préparés au domicile du patient ainsi qu'une éducation faite par téléphone sur le régime à adopter suite à un infarctus du myocarde. Les participants ont été appelés une fois par semaine afin d'être encouragés, de recevoir un feedback sur le processus et d'avoir l'opportunité de poser leurs questions. Ils ont également reçu des informations écrites concernant l'activité physique, la marche, les boissons, les recettes et conseils concernant les courses, les repas à l'extérieur et les casse-croûtes. Pendant les quatre premières semaines, le déjeuner et le dîner ont été fournis en menus préparés. Lors des quatre dernières semaines, des suggestions appropriées ont été faites pour la substitution des menus préparés. Les participants ont, après huit semaines, diminué leur taux de cholestérol LDL et total, leur poids, leur BMI. Cependant, le taux des triglycérides et le taux de cholestérol HDL n'ont pas changé. Comme dernière intervention, les auteurs ont relevé l'encouragement des patients à augmenter leur consommation de fruits, de légumes tout en changeant l'apport des graisses. Les patients ont participé à des cours à raison d'une fois par semaine le premier mois puis d'une fois par mois durant une année qui impliquaient une éducation diététique proposée par une infirmière, des démonstrations de cuisine et des encouragements à devenir plus actif physiquement. Les participants ont également reçu un manuel avec des listes de course, des plans de menus et des feuilles de surveillance des aliments. Après l'intervention, les participants ont augmenté leur consommation auto-déclarée de fruits et légumes, leur utilisation d'huile mono-saturée en cuisine et diminué leur taux de LDL mais pas leur taux de HDL et triglycérides.

Leemrijse et al. (2012) proposent un suivi infirmier par appels téléphoniques toutes les six semaines pendant six mois. Le soignant a pour focus le self-management. C'est-à-dire favoriser la participation active du patient dans sa prise en charge, ce qui demande que celui-ci ait de bonnes connaissances sur sa maladie et ses facteurs de risque ainsi qu'une bonne gestion de ses émotions. L'infirmière est alors coach actif dans l'éducation thérapeutique du patient. Testé en 2000 en Australie, le programme montre une augmentation de la qualité de vie et une diminution des facteurs de risque. Il a été testé à nouveau au Pays-Bas en 2012 en

s'adaptant au système de santé. Les résultats obtenus sont semblables, c'est-à-dire significatifs. Il faut tout de même adapter les interventions à chaque pays et donc à chaque système de santé.

Duenas, Ramirez, Arana et Failde (2011) se sont intéressés aux différences qui influencent la qualité de vie entre les deux genres. Les auteurs ne proposent pas d'interventions mais récoltent les données à plusieurs reprises afin de montrer les différences entre les deux sexes. La différence la plus significative relève que les hommes ont une meilleure santé mentale que les femmes, à la suite d'un infarctus du myocarde. Selon eux, la santé mentale influence de manière significative la qualité de vie. Les résultats tels que le diabète, l'activité physique, l'hypercholestérolémie et l'obésité sont moins bons chez les femmes. Pour les deux sexes, les chercheurs constatent une amélioration de la santé générale dès six mois, en particulier chez l'homme. Ces différences sont expliquées par le fait que les hommes répondent mieux à la revascularisation d'urgence, qu'ils sont plus rapidement pris en charge que les femmes et qu'ils présentent des meilleurs résultats physiques et psychiques après six mois. Les femmes sont quant à elles prises en charge de manière différente. Ceci peut-être expliqué par le fait que la Troponine n'augmente pas beaucoup dans le sang et peut pousser les médecins à écarter le diagnostic d'infarctus du myocarde. Elles sont alors soignées de manière différente et ceci a pour conséquence la réhospitalisation entre trois et six mois. Cette étude confirme que la qualité de vie est influencée par la santé mentale. La dépression et l'anxiété influencent la qualité de vie. Il est donc important de proposer un suivi individualisé et d'offrir des interventions qui agissent sur la santé mentale du patient.

Giannuzzi, Temporelli, Marchioli, Maggioni et Balestroni (2008) ont mis en place un programme de réhabilitation cardiovasculaire intensif après un infarctus du myocarde. Les résultats sont mesurés à long terme, c'est-à-dire après trois ans. Les chercheurs relèvent que le programme n'influence pas la mortalité et la récurrence. Toutefois les résultats sont significatifs en ce qui concerne l'activité physique, le stress et les habitudes alimentaires.

Kirchberger et al. (2010) présentent un programme comprenant un suivi infirmier d'une année. Celui-ci comprend des visites à domicile et des appels téléphoniques. Le programme se base sur de l'éducation, un soutien pour favoriser l'adhérence au traitement, un apport de connaissances et une évaluation des facteurs de risque et de la qualité de vie. Il s'adresse principalement aux personnes âgées ayant subi un infarctus du myocarde, du fait que la durée des séjours hospitaliers diminue des suites de l'introduction des DRG. Cette population a de

plus hauts risques de souffrir de comorbidités associées à une mauvaise qualité de vie, une invalidité physique, des hauts coûts de la santé et une polymédication. Il est donc nécessaire de faire de la prévention secondaire. Les résultats sont encourageants et permettent de réduire les réhospitalisations et d'augmenter la qualité de vie.

Lafitte et al. (2008) instaurent un programme qui agit sur l'athérosclérose et ses facteurs de risque ainsi que l'adhérence au traitement à long terme. Celui-ci commence après 48h et se prolonge durant trois mois. Il combine des interventions thérapeutiques et diététiques. Les résultats seront mesurés après deux ans. Les chercheurs constatent une meilleure adhérence au traitement, une diminution du cholestérol, une stabilisation du BMI et une augmentation de l'activité physique. Le programme agit donc de manière positive sur les facteurs de risque et permet de réduire la mortalité.

Les auteurs, Wood et al. (2008) instaurent un programme avec des interventions infirmières préventives et multidisciplinaires basées sur la famille. Les interventions infirmières se déroulent dans des hôpitaux, pour un groupe, et, pour l'autre groupe, dans des cabinets. Les résultats se montrent meilleurs chez les patients ayant été suivis à l'hôpital. Les facteurs de risque tels que la fumée, la tension artérielle et le cholestérol diminuent. Il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne le BMI, le tour de taille et la glycémie.

Robichaud- Ekstrand et Gibbons (2008) cherchent la composante qui influence le plus la capacité de soins. Pour ceci, ils ont comparé deux groupes en proposant au groupe d'intervention des épreuves d'effort et des appels téléphoniques infirmiers. Ils ont pu mettre en évidence que l'initiative et la responsabilité sont les résultats les plus significatifs. Ceci comprend donc un régime équilibré, le maintien d'activités sportives et une meilleure volonté de prendre soins d'eux-mêmes. Le groupe contrôle présente un taux d'initiative et de responsabilité plus bas au départ. Cependant les résultats sont semblables après 14 semaines dans les deux groupes. Les interventions permettent alors d'accélérer les autosoins chez les patients.

Linden (1994) propose des interventions éducatives (informations sur la maladie, ses conséquences, le traitement, etc.) et des exercices de relaxation. En effet une diminution de la dépression et de l'anxiété permet d'augmenter la qualité de vie et de diminuer la mortalité et les risques de récidives. Le programme intervient à deux jours de l'événement cardiaque, avec des suivis réguliers. Les patients montrent plus de confiance en eux après trois semaines puis

encore après six semaines. Leur perception des progrès physiques augmentent également. Les chercheurs constatent néanmoins une diminution après une semaine, ils insisteront alors sur le fait de proposer des actions à une semaine dans d'autres programmes. Le niveau d'anxiété diminue de manière significative après six semaines. La dépression ne varie pas chez les patients suivant le programme, mais augmente chez le groupe contrôle.

Thompson (1988) a quant à lui proposé des interventions qui incluent le partenaire de vie. Il vise à réduire l'anxiété et la dépression par un programme éducatif (informations, enseignement et discussion). Le rôle du partenaire dans la convalescence et dans le rétablissement est très important. Il est donc, selon l'auteur, primordial de l'inclure dans les actions infirmières afin de favoriser le changement. Après cinq jours, les patients présentent moins de symptômes dépressifs et moins d'anxiété. L'anxiété diminue aussi chez le partenaire, contrairement aux symptômes dépressifs qui n'évoluent pas.

Labrunée et al. (2011) ont évalué l'effet des programmes d'éducation thérapeutique chez les personnes souffrant de maladies coronariennes. Ils ont également évalué les attentes, les besoins éducatifs de ces personnes afin d'augmenter l'adhérence aux changements des habitudes de vie et d'améliorer la qualité des supports éducatifs. Les chercheurs mettent en évidence les facteurs qui influencent l'éducation thérapeutique du patient tels que « les altérations cognitives, un faible niveau d'efficacité personnelle, une personnalité de type D, la peur du traitement ou de l'activité physique, un faible niveau de performance physique, la dépression, les comorbidités et enfin un niveau socio-économique faible » (Labrunée et al., *ibid.*, p. 332) ainsi que l'adhérence, la motivation et la satisfaction du patient. Les personnes ayant une personnalité de type A (compétitives et impatientes) ont un meilleur pronostic face à la gestion des facteurs de risque en raison de leur esprit combatif. Une personne à la personnalité de type D (utilise des stratégies d'évitement ce qui impliquerait souvent un faible niveau d'activité physique) aurait tendance à ne pas adhérer au traitement en raison d'un certain déni de la situation. La motivation du patient aurait une influence sur l'éducation thérapeutique. Il est important, selon les chercheurs, de prendre en compte la satisfaction et la participation du patient afin d'atteindre un processus éducatif optimal visant à rendre le sujet actif dans la gestion de sa maladie. Des chercheurs ont montré que des sessions répétées d'éducation thérapeutique tous les six mois n'étaient suivies que par 54% des patients après deux ans. Cependant, l'efficacité de l'éducation thérapeutique lors de maladies cardiovasculaires a montré une réduction significative de la mortalité, plus particulièrement

en cas de récurrence. Une amélioration a également été montrée dans les habitudes de vie. La majorité des patients suivait les recommandations concernant l'activité physique, l'arrêt du tabac et la gestion du stress. Après un programme d'éducation thérapeutique à domicile, les participants, comparés au groupe témoin, avaient augmenté leur consommation de fruits, de légumes et de poissons ainsi que diminué les apports en graisse. Aucun effet n'a cependant été montré sur le tabagisme concernant l'éducation thérapeutique à domicile. Le moment opportun pour une éducation thérapeutique serait en réadaptation cardiaque, au sein d'un programme individualisé. Les chercheurs insistent sur le fait que le contenu doit être adapté en fonction du diagnostic éducatif. Les types d'éducation proposés dans l'étude sont faits au sein d'un service de cardiologie aigüe, en approche globale lors de la réadaptation, par téléphone ou à domicile.

Duarte Freitas et al. (2010) ont évalué l'effet d'un programme de réadaptation cardiaque intensif de quatre semaines. Ce programme consiste en l'amélioration du traitement médicamenteux, la gestion des facteurs de risque, l'entraînement à l'activité physique, un suivi diététique, des sessions d'éducation thérapeutique et des séances psychologiques. Le programme est réparti sur trois heures par jour et cinq jours et demi par semaine. Après avoir suivi le programme, les participants ont une meilleure qualité de sommeil, sont moins anxieux, moins déprimés et ont un meilleur moral. Leur BMI, leur périmètre abdominal et leur poids ainsi que la pression artérielle ont diminué de manière significative. Cependant, aucune relation n'a été observée entre les changements de score de qualité de vie et les mesures anthropométriques. Cela pourrait être dû, selon les chercheurs, au nombre insuffisant de sujets et/ou la courte durée du programme ou encore à la qualité du questionnaire mesurant la qualité de vie. Ils mettent en lien la perte de poids avec une diminution de l'anxiété. Une meilleure qualité de sommeil est associée à l'amélioration de la santé mentale et l'amélioration de la santé physique est associée à un meilleur moral.

Irmak et Fesci (2007) ont évalué l'impact d'un programme de prévention secondaire géré par des infirmières. Le programme comprend six thèmes : l'infarctus du myocarde et ses facteurs de risque, l'hypertension, les habitudes nutritionnelles, l'arrêt du tabagisme, l'activité physique et le traitement médicamenteux. Le programme commence trois jours après l'infarctus du myocarde dès la stabilisation du patient et continue ensuite à domicile lors de quatre entretiens. Une séance correspond à un thème. A chaque visite durant entre 30 et 40 minutes, les buts visés et quotidiens ont été revisités. La famille a été invitée aux sessions

d'éducation car son soutien est, selon les chercheurs, très important. Après le suivi au programme de réadaptation, la proportion de fumeur a diminué de manière significative. La proportion des participants faisant attention à leur alimentation a augmenté. Plus de personnes pratiquent une activité physique après l'intervention. La pression artérielle a diminué de manière significative. Le BMI et le taux de cholestérol ont diminué mais pas de manière significative, le taux de triglycérides n'a pas changé.

Leong, Molassiotis et Mars (2004) ont déterminé le niveau d'adhérence, des patients participant à un programme de réhabilitation cardiaque après un infarctus du myocarde, au régime médicamenteux et aux conseils donnés sur la santé et évaluer le rôle des facteurs influençant l'adhérence. Les variables influençant l'adhérence sont l'encouragement des membres de la famille, les obstacles, l'efficacité personnelle, la motivation d'être en bonne santé, les facteurs de locus de contrôle, le passé médical, la dépression, l'anxiété et le genre. Le score le plus haut dans le locus de contrôle est celui du domaine « powerful others » (Leong et al., *ibid.*, p.32). La majorité des participants n'étaient pas anxieux ni dépressifs. Les résultats ont montré que les domaines les plus fréquemment adhésés par les participants sont le régime diététique, l'activité physique et l'arrêt du tabac. L'adhérence au régime alimentaire est fortement influencée par le soutien et les encouragements de la famille. Les auteurs ont remarqué qu'il y a plus souvent une adhérence aux conseils concernant l'importance d'avoir une activité sociale lorsque la personne a un faible niveau de dépression. Une haute adhérence à l'arrêt du tabac est liée à un haut niveau d'efficacité personnelle. Le haut niveau d'adhérence à l'activité physique est lié à un taux bas de dépression, au genre masculin, au passé médical et au haut niveau de motivation à être en bonne santé.

6. Discussion

6.1. Synthèse des principaux résultats

6.1.1. Santé mentale

Selon Duenas et al. (2011), la santé mentale est déterminante pour la qualité de vie. Les auteurs ont mis en évidence que les femmes ont une moins bonne santé mentale que les hommes neuf jours après l'événement cardiaque. Bien que celle-ci augmente par la suite, elle reste toutefois inférieure à celle de l'homme. Ils mettent ce résultat en lien avec le fait que les femmes ont plus de risque d'être réhospitalisées que les hommes, qu'elles ne font pas face à la maladie de la même manière et qu'elles sont plus influencées par l'environnement et leur personnalité. Celles-ci sont aussi en moyenne plus âgées, ont plus de comorbidités, vivent principalement seules, ont plus de symptômes dépressifs et rencontrent plus de difficultés à s'adapter de manière psychologique à l'événement cardiaque. Cependant les auteurs mentionnent que les raisons de ces différences restent peu claires. Ils ont évalué la santé mentale six mois après l'intervention avec une échelle de 28 items. Plus le score est élevé, plus il y a de troubles psychologiques. 32,2% des hommes ont un score de plus de six, et 43% des femmes. Cette différence est significative.

6.1.1.1. Anxiété et dépression

Linden (1994) et Thompson (1989) ont cherché des interventions influençant l'anxiété et la dépression. Tous deux proposent des interventions qui interviennent à quelques heures de l'événement cardiovasculaire. Selon Linden (ibid.) plus les interventions après l'événement sont réalisées rapidement, moins le patient a de risques de devenir vulnérable. Ceci permet également de diminuer ses craintes et d'augmenter sa confiance en lui-même. L'anxiété et la dépression peuvent ainsi être diminuées de manière significative. Selon Duarte et al. (2010), il existe une relation entre les troubles du sommeil et l'anxiété ou la dépression. L'amélioration de la qualité du sommeil est en lien avec l'amélioration de la santé mentale. La hausse du moral est aussi associée à l'activité physique régulière et celles-ci semblent être utiles dans la résistance à la dépression. Il est donc important de traiter les symptômes de dépression et d'anxiété pendant la période de réadaptation car il a été prouvé que ceux-ci affectent l'aptitude physique. Les auteurs proposent un programme de réadaptation intensif de quatre semaines qui a montré une amélioration de la qualité du sommeil, une diminution du niveau

d'anxiété et de la dépression ainsi qu'une augmentation du moral en général. Thompson (1989) a inclus le partenaire de vie dans les interventions. Il a pu en conclure, par le programme, que l'anxiété des proches diminue mais pas leur état dépressif. Thompson (ibid.) et Linden (1994) justifient l'inclusion du partenaire dans les prises en charge du fait que celui-ci influence, par son comportement, la convalescence et le rétablissement du patient de manière significative. Linden (ibid.) prouve également que si le patient a peu d'anxiété et de symptômes dépressifs, sa croyance en un rétablissement sera alors augmentée. Les études évaluent les effets de l'anxiété et de la dépression à court terme. Il serait intéressant, nécessaire et même très utile de le faire à long terme.

6.1.2. Santé physique

6.1.2.1. Alimentation

Selon Irmak et Fesci (2007), la participation à un programme de prévention secondaire géré par des infirmières commençant par des sessions individuelles à l'hôpital (trois jours après l'infarctus) et ensuite se poursuivant lors de visites à domicile, a un effet positif sur le taux de cholestérol des participants. Ils ont observé que les participants se montrent plus attentifs à leurs habitudes de vie. A travers les interventions infirmières suivantes : l'évaluation, l'éducation, la discussion, le suivi et la référence, le taux de cholestérol des participants a diminué de manière significative. Les auteurs (ibid.) insistent sur l'importance du soutien de la famille lors du programme et la participation aux sessions d'éducation et de discussion. Les valeurs des triglycérides n'ont cependant pas changé. Ceci pouvant s'expliquer par la courte durée du suivi. Le délai de 14 semaines pour évaluer un changement de comportement est une limite de l'étude, car une personne semblerait avoir besoin de plus de temps pour intégrer un nouveau comportement dans sa vie.

Cobb et al. (2006) montrent également à travers leur revue systématique de littérature, une réduction du taux de cholestérol total, une diminution de la densité de lipoprotéines ainsi qu'une amélioration de la consommation en graisses alimentaires chez les participants ayant suivi le programme pour modifier le style de vie appelé Ornish. Différents professionnels de la santé sont présents. La diététicienne intervient pour influencer les habitudes alimentaires et donc le taux de cholestérol. Les interventions principales des professionnels sont le suivi et le coaching par téléphone, la distribution de brochure, la réalisation d'une charte avec des objectifs, une organisation de livraison de plats à domicile puis la distribution de recettes et

l'apport de conseils alimentaires, l'encouragement à augmenter la consommation de fruits et légumes ou des cours incluant la cuisine, l'éducation diététique (manuel de courses, plans de menus). Wood et al. (2008) proposent également l'intervention d'une diététicienne dans le programme. Les résultats sont encourageants, ils constatent une diminution du taux de cholestérol et une alimentation plus saine comprenant suffisamment de fruits et légumes. Le BMI quant à lui diminue de 5% environ, mais il ne permet pas d'atteindre les normes attendues par les chercheurs afin de réduire les facteurs de risque.

Selon Duarte Freitas et al. (2010), un régime alimentaire lors d'un programme de réadaptation cardiaque intensif de quatre semaines influence de manière positive le poids et le BMI des participants. Giannutti et al. (2008) ainsi que Lafitte et al. (2008) ont analysés les résultats à long terme de programmes de réhabilitation. Les résultats récoltés après deux ans montrent que le taux de cholestérol reste toujours bas.

6.1.2.2. Activité physique

Lors d'un programme de réadaptation cardiaque intensif de quatre semaines, Duarte Freitas et al. (2010) mettent en lien la baisse significative du poids et du BMI avec l'activité physique et le régime alimentaire. Le BMI, le périmètre abdominal et le poids ont diminué de manière significative. Les participants sont néanmoins toujours en surpoids et ont encore un périmètre abdominal élevé à la sortie de l'hospitalisation, particulièrement les femmes. Le programme ne semblerait pas assez long pour engendrer un retour de ces paramètres aux valeurs normales. Les chercheurs mettent également en lien la perte de poids et une diminution de l'anxiété. L'amélioration de la santé physique serait associée à un changement positif du moral. Selon Irmak et Fesci (2007), la participation à un programme de prévention secondaire géré par les infirmières a aussi diminué de manière significative le BMI des sujets et augmenté le nombre de participants à pratiquer du sport régulièrement. Les participants font plus attention à leurs apports alimentaires après le programme. Le poids a également diminué mais pas de manière significative, car selon les auteurs, l'évaluation a été faite trop rapidement (après 14 semaines). Giannuzzi et al. (2008) évaluent l'efficacité d'un programme intensif de réadaptation sur trois ans. Celui-ci inclut également le partenaire afin de favoriser les changements au maximum à long terme. Le patient participe de manière régulière au début du programme, puis de manière plus espacée durant trois ans à des séances d'aérobic supervisées (30 minutes) et d'autres activités telles qu'une évaluation (une heure) du style de

vie et des facteurs de risque ainsi que du renforcement préventif (30 minutes). Ceci va alors lui permettre une meilleure adhérence aux changements et un management du stress.

6.2. Interprétation des résultats

Afin d'interpréter les résultats obtenus dans les études analysées, nous allons les mettre en lien dans un premier temps avec les concepts et la théorie d'analyse, puis avec la question de recherche.

6.2.1. Lien avec cadre de référence

La première intervention retenue et essentielle à toute prise en soins de patient, est le lien relationnel. De nombreuses études, entre autre celle de Leemrijse et al. (2012) mentionnent qu'il est très important d'établir un lien relationnel entre le patient et le soignant dans le but de pouvoir lui proposer des interventions. Les éléments pour créer une relation professionnelle, selon Rodgers, sont l'empathie, l'acceptation positive inconditionnelle et la congruence (Languérand, 2012). Ces points sont décrits dans le concept de l'entretien motivationnel. Languérand (ibid.) insiste sur le fait que cette relation thérapeutique est nécessaire avant d'introduire un entretien motivationnel. Elle a également un effet positif sur la capacité de changement de style de vie (Cobb et al., 2006). Cette relation à travers le coaching actif réalisé par une infirmière, permet d'individualiser la prise en charge. Deux éléments sont essentiels pour améliorer la qualité de vie et diminuer les facteurs de risque : le lien thérapeutique et le self-management. Le self-management est décrit comme la participation active du patient dans sa prise en charge, de bonnes connaissances sur la maladie et ses facteurs de risque et une bonne gestion des émotions (Leemrijse et al., 2012).

Afin que le patient adhère au mieux à la prise en soins, il est important, selon Cohen (2009), de garder en tête que l'adhérence est dépendante de la relation entre le patient et le professionnel de la santé. L'adhérence est influencée par différents facteurs : la motivation du patient, son passé médical, son locus de contrôle, sa santé mentale (anxiété et dépression), son efficacité personnelle, les obstacles rencontrés, l'encouragement familial et le genre (Leong et al., 2004). Ceux-ci ne sont pas à négliger mais doivent être pris en compte. Kirchberger et al. (2010) recensent que les réadmissions sont le plus souvent associées à des facteurs comportementaux ou sociaux inadéquats. Wood et al., (2008) soutiennent le fait que l'implication de la famille aide le patient à changer ses comportements. Il est important de noter que les changements effectués par une personne influence les comportements des autres

membres par la concordance des styles de vie (Wood et al., *ibid.*). De plus, de bonnes connaissances sur les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires contribuent à une meilleure adhérence (Irmak & Fesci, 2007).

Il est ensuite important de récolter toutes les données dans le but de cerner les besoins du patient. Dans la plupart de nos études, les infirmières procèdent à une anamnèse du patient. Dans chaque étude, les auteurs procèdent de manière différente pour récolter les données. Nous avons pu constater que les principes de Virginia Henderson pertinents avec la prise en charge du patient, sont relevés par le personnel soignant. Selon nous, il est nécessaire pour les infirmières de cibler les priorités de soins par la théorie universelle de Virginia Henderson. Les problématiques relevées permettent d'individualiser la prise en soins (Cobb et al., 2006). Se centrer sur les facteurs de risque du patient, permet alors de l'impliquer dans son plan thérapeutique et ainsi de favoriser sa motivation (Cobb et al., *ibid.*).

La plupart des études analysées proposent des interventions éducatives. Celles-ci ne sont cependant pas toujours nommées comme telles par les auteurs, mais l'objectif reste le même : la transmission des savoirs afin de promouvoir les comportements sains (Schmelzer & Bare, 2006). Selon Labrunée et al. (2011), il existe différents facteurs qui influencent les résultats de l'éducation thérapeutique : les facteurs de l'adhérence, la personnalité, la motivation du patient et sa satisfaction. Les auteurs mettent en évidence l'importance d'obtenir la satisfaction du patient afin d'obtenir une éducation optimale. Il semble difficile selon eux de déterminer le bon moment pour réaliser une éducation thérapeutique. Celle-ci a généralement lieu après l'hospitalisation, lors d'une réhabilitation cardiaque (Labrunée et al., *ibid.*). Les avis sont controversés à ce sujet car selon Lafitte et al. (2008), plus l'éducation est commencée tôt (à 48h), plus celle-ci est efficace et donc augmente l'adhérence au patient. Thompson (1988) renforce cette idée. Quant à Wood et al. (2008), ils proposent une éducation aux cabinets médicaux des médecins. L'éducation thérapeutique est présentée sous différentes manières selon les études. Par exemple Leemrijse et al. (2012) proposent un suivi infirmier par téléphone ; Kirchberger et al. (2010) combinent un suivi par téléphone avec des visites à domicile tandis que Wood et al. (2008) font venir les patients en consultation à l'hôpital. Il existe également diverses formes de consultation : Cobb et al. (2006) ont relevé l'éducation par coaching personnel, Thompson (1988) offre de l'éducation pour le patient et son partenaire quant à Duarte Freitas et al. (2010), ils promeuvent des séances d'éducation sous forme d'ateliers en groupe.

Languérand (2012) affirme qu'il est primordial de suivre une bonne éducation afin d'obtenir un entretien motivationnel de qualité. Selon lui, il est également nécessaire de créer une relation de confiance afin de construire un milieu sécurisant au changement. Labrunée et al. (2011) insistent sur le fait que « les professionnels de la santé doivent développer des stratégies motivationnelles pour interagir avec leur patient afin que ce dernier passe d'une situation contemplative à une attitude active ayant pour objectif de changer ses habitudes de vie » (p.333). Un programme de réhabilitation cardiaque introduit les principes de la roue du changement dans la prise en soins qui implique : l'éducation de la santé sur la prévention des facteurs de risque, le changement de comportement, l'acquisition des compétences, la pratique des nouvelles habitudes, des entretiens de groupe ou individuel et la prévention de la rechute (Cobb et al., 2006). Un autre programme « Hartcoach » a formé des infirmières aux entretiens motivationnels. Celles-ci vont proposer des séances à un intervalle de six semaines. La première étape est l'éducation (questionnement sur les connaissances du patient, sur ses facteurs de risque, sa médication, son activité physique et son régime alimentaire), la deuxième étape est la suite de l'éducation qui consiste à compléter les informations jugées insuffisantes par l'infirmière puis la troisième étape est basée sur le travail de la responsabilité du patient (encouragement à garder le lien avec le médecin et à suivre ses conseils). L'étape suivante permet de poser les objectifs et les interventions jusqu'à la prochaine séance et la dernière mesure la motivation du patient (Leemerijse et al., 2012). Nous avons pu remarquer que plusieurs principes de l'entretien motivationnel et la roue du changement sont utilisés dans la pratique infirmière pour la prise en soins des suites de l'infarctus du myocarde.

Afin d'avoir une prise en soins complète et de qualité, plusieurs études insistent sur les bénéfices engendrés par un travail interdisciplinaire entre les différents professionnels de la santé. Les principaux acteurs retrouvés dans nos études, entre autre dans celle de Wood et al. (2008), sont les infirmiers, les cardiologues, les physiothérapeutes, les diététiciens et selon les besoins des patients, les ergothérapeutes.

6.2.2. Lien avec la question de recherche

Quelles interventions autonomes l'infirmière pourrait proposer à un patient ayant subi un infarctus du myocarde dans le but d'éviter les rechutes, de vivre plus longtemps avec une qualité de vie optimale ?

D'un point de vue général, toutes les interventions proposées ci-dessus relèvent de la prévention secondaire. C'est-à-dire qu'elles vont prévenir les dommages et diminuer les risques déjà présents pour éviter une récurrence.

Selon Irmak et Fesci (2007), un programme de prévention secondaire consiste en de l'évaluation, de l'éducation, de la discussion, du suivi et de la référence. Les principaux thèmes abordés sont l'infarctus du myocarde et ses facteurs de risque, l'hypertension, les habitudes nutritionnelles, l'arrêt du tabac, l'activité physique et le traitement médicamenteux. Duarte Freitas et al. (2010) mentionnent qu'un programme de réadaptation cardiaque a pour objectifs de diminuer les risques cardiovasculaires, d'optimiser des comportements sains, de diminuer l'invalidité et favoriser une bonne qualité de vie.

A travers notre travail nous pouvons constater qu'en agissant sur les facteurs de risque, la qualité de vie augmente. Les études le prouvent. Leemrijse et al. (2012) relèvent qu'il été démontré que la réduction des facteurs de risque a des résultats significatifs sur la diminution de la récurrence et l'amélioration de la qualité de vie. Toutes les interventions mentionnées dans nos résultats permettent d'avoir de bons résultats c'est-à-dire globalement d'augmenter la qualité de vie et de diminuer le risque de récurrence. Il est nécessaire d'associer les différentes interventions afin d'y parvenir.

Cependant les résultats concernant le taux de récurrence et la mortalité sont controversés. Une étude à long terme (sur trois ans) prétend que la récurrence et la mortalité ne peuvent pas être influencées par des interventions (Giannuzzi et al., 2008). D'autres de nos études indiquent que les changements de style de vie et la prise du traitement peuvent réduire les facteurs de risque et ainsi diminuer le risque de récurrence et de mortalité. De notre point de vue, il est important de favoriser une bonne qualité de vie, et donc le bien être du patient même si ce n'est pas certain que la récurrence soit exclue.

6.3. Regard critique sur les études sélectionnées

Cette revue de littérature étoffée rassemble douze études de type quantitatif et deux revues systématiques. Afin de les sélectionner, nous avons utilisé des mots-clés précis puis des stratégies de recherche. En prenant en compte la grande quantité d'articles existants sur la thématique nous avons dû alors sélectionner les articles d'après nos critères d'inclusion et d'exclusion, puis en nous concentrant sur nos facteurs de risque et notre question de

recherche. Toutes les études ont été suivies par des comités éthiques. Tous les patients ont signé un consentement éclairé.

Plusieurs études (Duenas et al., 2011 ; Irmak et Fesci, 2007 ; Linden, 1994) ont utilisé des échantillons de taille minimale. Linden (1994) a recruté 41 participants pour son étude. Il s'est concentré sur une unité de service de cardiologie dans un hôpital en Angleterre. L'étude date de 1994, elle est selon nous relativement vieille et probablement réalisée avec une rigueur méthodologique différente. Ses résultats concordent avec ceux des autres études, c'est pourquoi nous pensons que l'étude est fiable et pertinente. Il serait cependant intéressant de refaire la même étude avec un plus grand nombre de participants. Duenas et al. (2011) ont recruté 175 participants. Ils mentionnent que beaucoup de participants ont arrêté l'étude pendant son déroulement. Après six mois, l'échantillon est minimal mais suffisant. Les auteurs ne dévoilent pas la raison. Il serait aussi intéressant de refaire l'étude afin de vérifier la fiabilité des résultats. L'étude d'Irmak et Fesci (2007) compte 36 participants. Les auteurs constatent également dans leurs limites la petite taille de l'échantillon, mais ne la justifie pas.

Parmi nos études, nous en avons sélectionné deux datant de plus de dix ans. Ces études proposent des interventions et des pistes intéressantes qui n'ont pas encore été testées à nouveau. C'est pourquoi, nous avons décidé de les sélectionner et de les prendre en compte dans notre travail. Comme nous l'avons déjà mentionné, il serait intéressant de refaire ces études avec une population actuelle.

Dix études se sont déroulées dans les pays européens, une étude est réalisée dans un pays européen et au Canada, tandis que deux ont été faites au Canada ou en Amérique.

Plusieurs études traitant des facteurs de risque tels que la fumée, l'alimentation et l'activité physique mettent en doute la fiabilité de ces résultats. En effet les participants répondent aux questions de manière autonome concernant ces facteurs, mais ne veulent-ils pas faire bonne figure ou entrer dans un cadre posé par la société ? (Leemrijse et al., 2012 ; Robichaud-Ekstrand et Gibbons, 2008). Une étude (Gianuzzi et al., 2008) va jusqu'à poser l'hypothèse que les participants peuvent avoir une erreur de jugement dans leurs habitudes de vie ou qu'ils ont été influencés par le programme et répondent de manière plus positive que la réalité.

L'étude de Lafitte et al. (2008) ainsi que certaines études recensées dans la revue de littérature de Cobb et al. (2006) n'ont pas de groupes contrôles. Les auteurs se sont basés sur des résultats obtenus par la littérature.

Une étude (Giannuzzi et al., 2008) prétend qu'il serait important de prendre en compte les patients qui ont refusé de participer à l'étude ou qui ont décidé de l'arrêter. Ils émettent l'hypothèse que si ceux-ci ne montrent pas assez de collaboration, ils représentent alors la population qui n'adhère pas à la prise en charge ou aux traitements, et qui a donc de hauts risques de récidives et/ ou de mortalité.

7. Conclusion

7.1. Nos apprentissages

Tout au long de ce travail, nous avons appris à travailler à deux, collaborer et échanger nos idées. Ceci a été enrichissant.

Ce travail nous a également permis de nous perfectionner dans la recherche. En effet, nous avons utilisé différents moteurs de recherches et appris à faire des stratégies de recherche.

La plupart de nos recherches étaient en anglais. Nous avons dû alors persévérer étant donné la complexité de certains articles. Ainsi, nous avons acquis un certain vocabulaire spécifique dans le domaine des soins.

Finalement, aucune de nous deux n'a effectué de stages en réadaptation. Grâce à ce travail, nous avons amélioré nos connaissances dans ce domaine, particulièrement dans les soins en réadaptation cardiovasculaire. Nous nous réjouissons, dès lors, d'utiliser ces connaissances dans notre pratique infirmière.

7.2. Implications pour la recherche et la pratique professionnelle

La situation économique actuelle ne permet pas d'envisager des interventions ou des programmes à hauts coûts. Il est important de se soucier du contexte socio-économique pour choisir des interventions adaptées.

Une étude récente base son programme de rééducation en fonction de l'introduction des DRG (Kirchberger et al., 2010). Les auteurs présentent le fait que les personnes ayant fait un infarctus du myocarde et qui demandent des soins plus complexes, sont libérées de l'hôpital plus rapidement qu'il y a quelques années. Un suivi optimal n'est alors pas garanti, ce qui pourrait engendrer des hauts risques de réadmission. Pour rappel les DRG sont les « Diagnosis Related Groups ». C'est-à-dire que les diagnostics sont classés dans des groupes, qui eux préconisent l'hospitalisation (traitements, investigations, prise en soins) et détiennent chacun leur propre forfait (Guillain, 2005). Il est important que la prévention commence à l'hôpital mais se poursuive à domicile (Irmak & Fesci, 2007).

Selon Leong et al. (2004) étant donné que l'implication de la famille dans le processus de la réadaptation cardiaque a montré son efficacité, les futurs programmes devraient inclure la famille du patient autant que possible.

Nous avons relevé dans deux de nos études, qu'il existe des moments clés dans le suivi du patient. Après une semaine, Linden (1994) a constaté une baisse de confiance chez les participants. Une baisse de motivation a été également constatée à trois mois de l'événement cardiaque (Lafitte et al., 2008). Tous deux proposent des interventions à ces moments précis dans le but de soutenir le patient au maximum. Nous trouvons très intéressant de prendre en compte l'axe temporel pour pouvoir intervenir auprès du patient lorsqu'il en a le plus besoin. Celui-ci se sent alors plus soutenu et ceci pourrait influencer de manière positive la relation thérapeutique.

Nous avons relevées quelques points importants pour la recherche infirmière future :

- Des études vont être réalisées dans le but d'évaluer les coûts des programmes d'interventions afin qu'ils soient réalisables dans la pratique (Kirchberger et al., 2010).
- Les résultats doivent être réévalués à plus long terme afin d'évaluer les effets sur une plus longue période (Linden, 1994).
- Certaines compagnies d'assurance attendent que le programme proposé ait montré ses effets bénéfiques sur le long terme afin de l'introduire dans ses prestations de base aux clients (Leemrijse et al., 2012).
- En ce qui concerne l'éducation thérapeutique, il serait intéressant d'utiliser les nouveaux moyens technologiques disponibles (smartphones,...) puis d'évaluer leurs effets (Labrunée et al., 2011).
- Il serait utile de créer une échelle infirmière dans le but de mesurer la capacité d'autosoin des patients. Il en découlerait alors des interventions ciblées sur leurs besoins (Robichaud-Ekstrand & Gibbons, 2008).

8. Bibliographie

8.1. Etudes

- Cobb, S., Brown, D. & Davis, L. (2006). Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 31-39.
- Cohen, S. (2009). Concept in the analysis of adherence context of cardiovascular risk reduction. *Nurs forum*, 44, 25-36.
- Duarte Freitas, P., Haida, A., Bousquet, M., Richard, L., Mauriège, P. & Guiraud, T. (2010). Short-term impact of a 4 week intensive cardiac rehabilitation program on quality of life and anxiety-depression. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, 132-143.
- Duenas, M., Ramirez, C., Arana, R. & Failde, I. (2011). Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. *Social Science & Medicine*, 63, 2367-2380.
- Fredericks, S., Guruge, S., Sidani S. & Wan T. (2010). Postoperative Patient Education. *Clinical Nursing Research, sage publications*, 19, 144-164.
- Giannuzzi, P., Temporelli, L., Marchioli R., Maggioni, P., Balestroni, G., Ceci, V., Chieffo, C., Gattone, M., Griffo, R., Schweiger, C., Tavazzi, L., Urubinati, S., Valagussa, F. & Vanuzzo, D. (2008). Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction. *Arch Intern Med/Vol*, 168, 2194-2204.
- Kirchberger, I., Meisinger, C., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B. & Holle, R. (2010). Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 10, 29.
- Labrunée, M., Pathak A., Loscos, M., Coudeyre, E., Casillas, J-M. & Gremeaux V. (2011). Therapeutic education in cardiovascular diseases: State of the art and perspectives. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55, 322-341.
- Lafitte, M., Pradeau, V., Leroux, L., Richeboeuf, V., Tastet, S., Boulon, C., Paviot, B., Bonnet, J. & Couffinhal, T. (2008). Efficacy over time of a short overall atherosclerosis management programme on the reduction of cardiovascular risk in patients after an acute coronary syndrome. *Archives of Cardiovascular Disease*, 102, 51-58.

- Languérand, E. (2012). *L'entretien motivationnel*. *Santé mentale*, 164, 21-75.
- Leemrijse, C., Van Dijk, L., Jorstad, H., Peters, R. & Veenhof, C. (2012). The effect of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors : a randomised trial. *BMC Cardiovasc Disord*, 12, 47.
- Leong, J., Molassiotis, A. & Marsh, H. (2004). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8, 26-38.
- Linden, B. (1994). Evaluation of a home-based rehabilitation programme for patients recovering from acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 11, 10-19.
- Mercier, M. & Schraub, S. (2005). Qualité de vie: quels outils de mesure ? *27i  mes journées de la SFSPM, Deauville*, 418-423.
- Mieryzinska, A., Kowalska, M., Stepnowska, M. & Piotrowicz, R. (2010). Psychological support for patients following myocardial infarction. *Cardiology journal*, 17, 319-324.
- Robichaud-Ekstrand, S. & Gibbons, C. (2008). Composantes de la capacité d'autosoin de personnes ayant subi un infarctus du myocarde et participant à un programme d'exercices à domicile. *Revue de l'université de Moncton*, 39, 249-273.
- Thompson, D. (1989). A randomized controlled trial of in-hospital nursing support for first time myocardial infarction patients and their partners: effects on anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 291-297.
- Wood, A., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J., Holden, A., De Bacquer, D., Collier, T., De Backer, G. & Faergeman, O. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 371, 1999-2012.
- Z  hre, I. & Fesci, H. (2007). Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, 23, 147-152.

8.2. Ouvrages

- Bacqué, M.-F. (1996). *Le deuil à vivre*. Paris : Odile Jacob.
- Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle. Les croyances internes et externes*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Giller, N. (2009). *Situation 3 : Personne adulte soignée en chirurgie ou médecin*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Giller, N. (2009). *Situation 3 : L'artériosclérose, physiopathologie*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Inhalo : *Revue de l'ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*. (2010). Volume 27, numéro 2, juin 2010. Québec : Opiq.
- *Larousse médical*. (1998). Québec : Larousse.
- Loiselle, C. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Canada : Erpi.
- Lötscher, R. (2010). *Le rôle de l'infirmière selon le modèle de Virginia Henderson*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de santé.
- Marieb, E. (2005). *Anatomie et physiologie humaines*. Canada : Pearson.
- Menche, N. (2009). *Anatomie physiologie biologie*. Paris : Maloine.
- Moore, K. L. & Dalley, A. F. (2001). *Anatomie médicale: aspects fondamentaux et applications cliniques*. Paris : De Boeck.
- Organisation mondiale de la Santé. (1987). *La réadaptation après un infarctus du myocarde. L'expérience européenne*. Copenhague : Veikko Kallio et Elizabeth Cay.
- Perlemuter, L., Quevauvilliers, J., Perlemuter, G., Amar, B., Aubert, L. & Pitard, L. (2005). *Nouveaux cahiers de l'infirmière, Cardiologie*. Paris : Masson.
- Schmelzer, S. & Bare, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie, 1. Généralité*. Canada : De Boeck.
- Schmelzer, S. & Bare, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie, 2. Fonctions respiratoire, cardiovasculaire et hématologique*. Canada : De Boeck.

8.3. Sites internet

- Arte. (2007). *Le diabète sucré*. [Page Web]. Accès : <http://www.arte.tv/fr/737426,CmC=807856.html> [Page consultée le 23 avril 2012].

- Confédération Suisse. (2007). *Office fédérale de la Statistique*. [Page web]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html> [Page consultée le 14 février 2012].
- Confédération Suisse. (2012). *Office fédérale de la Statistique*. [Page web]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/tools/search.html> [Page consultée le 17 juin 2013].
- Comité de réflexion sur la prise en charge officinale du surpoids. (s.d.). *La prise en charge officinale du surpoids : une proposition de recommandations professionnelles*. [Page Web]. Accès : http://www.fnamn.fr/pdf_membre/PubliCNDv4.pdf [Page consultée le 13 juin 2013].
- De Saint Pol, T. (2008). *Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent*. [Page Web]. Accès : http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/27/88/98/PDF/Beh_obesite.pdf [Page consultée le 13 juin 2013].
- Fondation suisse de cardiologie. (s.d.). *Facteurs de risque chez la femme*. [Page Web]. Accès : <http://www.swissheart.ch/index.php?id=1689&L=1> [Page consultée le 22 avril 2012].
- Guillaïn, H. (2005). Institut de santé et d'économie (ISE). [Page Web]. Accès : http://www.isesuisse.ch/fr/conferences/conf_050614_pcs-hg.pdf [Page consultée le 17 juin 2013].
- Inhalo. (2010). *Revue de l'ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec*. Accès : <http://www.opiq.qc.ca/publications/revue/juillet2010.htm> [Page consultée le 23 avril 2012].
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. [Page Web]. Accès : http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/fr/index.html [Page consultée le 23 avril 2012].
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *Diabète : Le coût du diabète*. [Page Web]. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/fr/index.html> [Page consultée le 23 avril 2012].
- Revue médicale suisse. (2001). *La prévention secondaire après un infarctus du myocarde*. [Page Web]. Accès : <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=21457> [Page consultée le 17 juin 2013].

- Statistique Canada. (2009). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. [Page Web]. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html> [Page consultée le 20 avril 2012].
- Tupker, E. & Sagorsky L. (s.d). *L'entretien motivationnel*. [Page Web]. Accès : [https://www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/teach/Resources/Project%20TEACH%20Resources/3%20Tupker%20et%20Sagorsky%20-%20L'entretien%20motivationnel%20\(EM\).pdf](https://www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/teach/Resources/Project%20TEACH%20Resources/3%20Tupker%20et%20Sagorsky%20-%20L'entretien%20motivationnel%20(EM).pdf) [Page consultée le 13 juin 2013].
- Wikipédia dictionnaire. (s.d). *Définition de la comorbidité*. [Page Web]. Accès : <http://fr.wiktionary.org/wiki/comorbide> [Page consultée le 20 avril 2012].
- (s.d). *L'infarctus du myocarde*. [Page Web]. Accès : <http://bilingue.iesvegadelTuria.es/infarct.htm> [Page consultée le 20 avril 2012].

9. Annexes

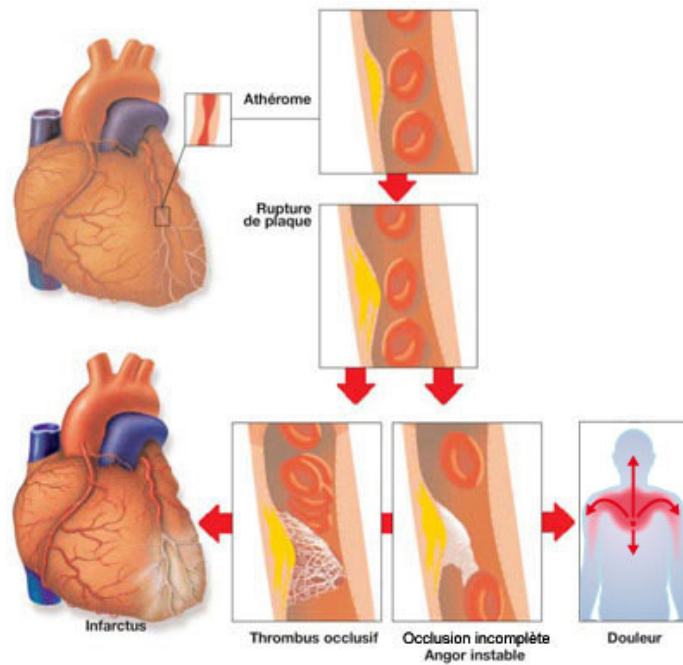
9.1. Annexe A : Déclaration d'authenticité

DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail nous-mêmes, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont donc nommées et clairement identifiées. »

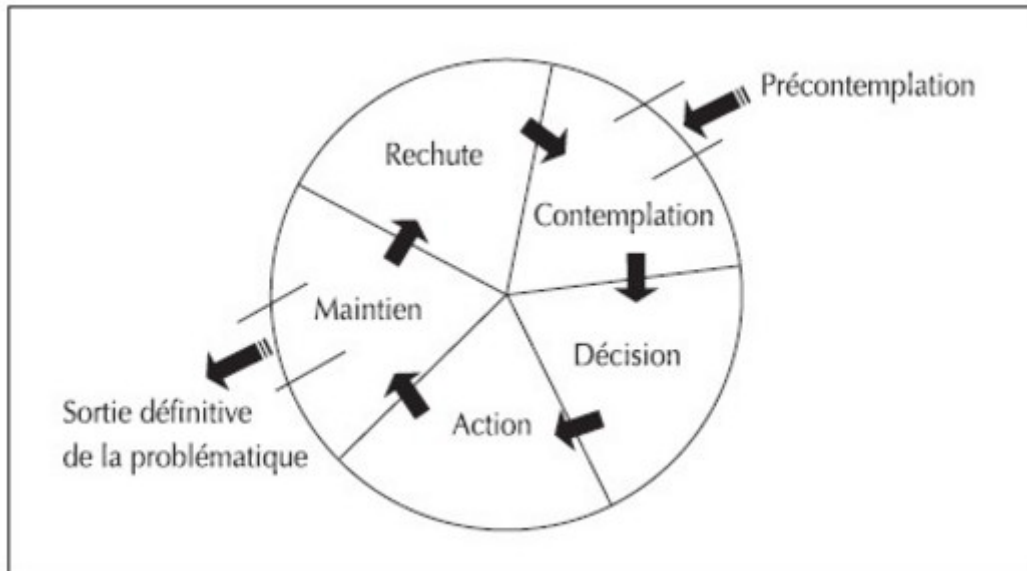
Alexandra Giller et Caroline Papaux

9.2. Annexe B : La formation d'un infarctus



(<http://bilingue.iesvegadelturia.es/infarct.htm>)

9.3. Annexe C : La roue du changement



(http://www.google.ch/search?gs_rn=17&gs_ri=psy-ab&suggest=p&cp=13&gs_id=1f&xhr=t&q=la+roue+du+changement&biw=1093&bih=475&bav=on.2,or.r_qf.&wrapid=tlif137163524130010&um=1&ie=UTF-8&hl=fr&tbm=isch&source=og&sa=N&tab=wi&ei=KX7BUZrZlC00PJH8gbAP#um=1&hl=fr&tbm=isch&sa=1&q=la+roue+du+changement+prochaska&oq=la+roue+du+changement+prochaska&gs_l=img.12...0.0.6.575.0.0.0.0.0.0.0.0...0.0...1c..17.img.FD5X30TH2uQ&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.47883778,d.ZWU&fp=65bd8a8dd0e6f5b3&biw=1093&bih=475)

9.4. Annexe D : Lexique

Page 10

Comorbidité : « En latin, « co » signifie plusieurs et « morbis » signifie maladie. Troubles comorbides veut dire troubles associés » (<http://fr.wiktionary.org/wiki/comorbide>).

Page 15

Thrombus : « caillot sanguin formé dans un vaisseau (artère, veine) et provoquant une thrombose » (Larousse médical, 1998, p.1034).

Nécrose : « mort d'une cellule ou d'un tissu organique » (Ibid., p.688).

Ischémie : « diminution ou arrêt de la circulation artérielle dans une région plus au moins étendue d'un organe ou d'un tissu » (Ibid., p.554).

Page 17

Dyspnée : « gêne respiratoire ressentie par un malade, qu'elle soit constatée ou non par le médecin » (Ibid., p.323).

9.5. Annexe E : Tableau des résultats

Auteurs	Année	Pays	Devis	Ethique	Echantillon	Résultats: catégorie d'intervention	Résultats trouvés en lien avec l'intervention
Leemrijse, C., Dijk, L., Jorstad, H., Peters, R. et Veenhof, C.	2012	Pays-Bas	Etude rando-misée, devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et consentement éclairé des participants	400 participants	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil des données lors de l'hospitalisation - Appel téléphonique chaque six semaines pendant six mois par une infirmière <p>Contenu de l'appel : Education : évaluation des connaissances du patients par des questions/ lacunes complétées par des informations Travail sur la responsabilité (travail du maintien du lien avec le médecin) Objectifs et interventions posés pour dans six semaines Mesure de la motivation du patient Synthèse des données et journal de bord du patient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ce programme complète les soins traditionnels mais ne les substitue pas. - Le programme a déjà été testé en 2000 en Australie, bons résultats (augmentation de la qualité de vie et diminution des facteurs de risque). Il a été démontré qu'il est nécessaire d'adapter les interventions à chaque pays et donc aux systèmes de santé. - La durée des séjours hospitaliers ont tendance à diminuer, les infirmiers disposent alors de moins de temps d'enseignement. Ces actions permettraient de le compléter.
Duenas M., Ramirez, C. Arana, R. et Failde, I.	2011	Espagne	Etude longitudinale, devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et	Début : 112 hommes et 63 femmes	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires : récoltes des données sociodémographiques et cliniques. 	<ul style="list-style-type: none"> - La santé mentale influence de manière significative la qualité de vie. - La revascularisation chez

				consentement éclairé des participants	Après 6 mois : 35 hommes et 12 femmes	<ul style="list-style-type: none"> - Interview du patient à J9, à trois puis six mois : évaluation de la qualité de vie, des facteurs de risque, des comorbidités - Evaluation de la santé mentale avec un test de 28 items, à J9, trois puis six mois. - Evaluation à trois puis six mois des réhospitalisations - Evaluation de la revascularisation à J9, trois puis 6 mois 	<p>l'homme apporte de meilleurs résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'homme présente un état de santé meilleur après six mois. - La femme montre moins de changements après trois mois dans son état de santé, mais celui-ci s'améliore à six mois. - La femme présente en moyenne, après un événement cardiaque, plus de troubles psychologiques. - Il y a plus de réhospitalisations chez les femmes liées à une fonction physique plus faible, à une plus maigre santé mentale et à une prise en charge différente. Il est plus difficile à poser le diagnostic, car les Troponine augmentent que très peu chez la femme. - Les hommes sont plus rapidement et mieux soignés que les femmes pour un infarctus du myocarde. - La taille de l'échantillon est limitée
Labrunée, M., Pathak, A., Loscos, M.,	2011	France, Canada	Revue systématique de littérature	Consentement éclairé des participants	Minimum 240 participants	<p>Education thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les attentes, les connaissances et les besoins 	<p>Facteurs influençant l'éducation thérapeutique du patient (ETP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les facteurs modifiant l'adhérence à l'ETP sont « les

Coudeyre, E., Casillas, J.-M. et Gremeaux, V.					Maximum 3241 participants	<p>éducatifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les habitudes alimentaires, l'arrêt du tabac, l'activité physique, l'état psychologique, la capacité d'autosoin, la qualité de vie. - Mesurer le taux de cholestérol, la glycémie, la tension artérielle, le poids et le score d'activité physique. - Evaluer et prendre en compte les facteurs qui influencent l'éducation thérapeutique tels que l'adhérence, la personnalité, la motivation et la satisfaction du patient. - Modalité : Le moment opportun serait en réadaptation cardiaque au sein d'un programme individualisé. Le contenu est adapté en fonction du diagnostic éducatif. - Lieux : dans les services de 	<p>altérations cognitives, un faible niveau d'efficacité personnelle, une personnalité de type D, la peur du traitement ou de l'activité physique, un faible niveau de performance physique, la dépression, les comorbidités et enfin un niveau socio-économique faible ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes ayant une personnalité de type A (compétitives et impatientes) ont un meilleur pronostic face à la gestion des facteurs de risque en raison de leur esprit combatif. Les personnes ayant une personnalité de type D utilisent des stratégies d'évitement qui impliqueraient un faible niveau d'activité physique et auraient tendance à ne pas adhérer au traitement en raison d'un certain déni de la situation. - Le manque de motivation du patient aurait une influence sur l'ETP. Selon les chercheurs, le changement de style de vie ne serait pas une priorité pour les patients ayant eu un infarctus du myocarde. Les professionnels de la santé doivent alors développer
---	--	--	--	--	---------------------------	---	--

						<p>cardiologies aiguës, en approche globale lors de la réadaptation, par téléphone ou à domicile.</p> <p>- Evaluation par téléphone</p>	<p>des stratégies motivationnelles pour interagir avec le patient afin que ce dernier passe d'une situation contemplative à une situation active. Il serait également indispensable d'obtenir sa satisfaction et sa participation afin d'arriver à l'atteinte d'un processus éducatif optimal visant à modifier les habitudes de vie et à rendre le sujet actif dans la gestion de sa maladie.</p> <p>- Des chercheurs ont montré que des sessions répétées d'éducation thérapeutique tous les six mois n'étaient suivies que par seulement 54% des patients après deux ans. Cependant, l'efficacité de l'éducation thérapeutique dans les maladies cardiovasculaires a montré une réduction significative concernant la mortalité, plus particulièrement pour les récidives sans aucune différence entre les types d'interventions (unr éducation, un soutien avec ou sans composantes physiques ou exclusivement de l'exercice). Une amélioration a été montrée dans les habitudes de vie. Une majorité</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

							des patients suivait les recommandations concernant l'activité physique, le régime, l'arrêt du tabac et la gestion du stress. Après un programme d'éducation thérapeutique à domicile, les participants avaient augmenté leur consommation de fruits, de légumes et de poissons ainsi que diminué les apports en graisse comparés au groupe témoin. Aucun effet n'a été montré sur le tabagisme concernant l'éducation thérapeutique à domicile.
Kirchberger , I., Meisinger, C., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B. et Holle, R.	2010	Allemagne	Etude randomisée, devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et consentement éclairé des participants	338 participants	Programme à domicile pour patients âgés (Korinna). - Suivi infirmier pendant une année (visites et appels). - Le but est de détecter les problèmes ou les risques : prévention, recommandations, rediriger vers le médecin si besoin. - Séances d'informations avant le retour à domicile (informations sur la maladie, comorbidités, traitement, vie quotidienne) de manière orale et écrite.	- L'introduction des DRG diminue la durée d'hospitalisation, ce qui provoque donc de plus hauts risques de réhospitalisations chez les personnes âgées. Il est important de proposer des compléments à cette population cible, ce qui permet également de réduire les coûts de la santé. - L'efficacité du programme sur une année a déjà été prouvée. Il est innovant en prenant en compte la personne âgée. Le programme et les interventions sont flexibles, c'est-à-dire qu'ils

						<ul style="list-style-type: none"> - Visite à domicile : évaluation de manière individualisée, des facteurs de risque, du réseau social - Appels téléphoniques : détecter les problèmes et les prévenir. 	sont adaptés ou prolongés suivant les besoins spécifiques de la personne.
Duarte Freitas ,D., Haida, A., Bousquet, M., Richard, L., Mauriège, P. et Guiraud T.	2010	France	Devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et consentement éclairé des participants	101 participants	<p>Programme global de réadaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce programme consiste en l'optimisation du traitement médicamenteux, le contrôle des facteurs de risque, le réentraînement à l'effort, des activités physiques, un suivi diététique, des séances d'éducation thérapeutique et un suivi psychologique. Le programme était d'une durée de trois heures par jours. Les séances sont encadrées (par un kinésithérapeute ou un professeur de d'éducation physique). 	<ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont une meilleure qualité de sommeil, sont moins anxieux, moins déprimés et ont un meilleur moral. - Leur BMI, leur périmètre abdominal et leur poids ainsi que la PA ont diminué de manière significative. - Aucune relation n'a été observée entre les changements de score de qualité de vie et les mesures anthropométriques. - La perte de poids a été associée à une diminution de l'anxiété. - L'amélioration de la qualité du sommeil est en lien avec l'amélioration de la santé mentale. - L'amélioration de la santé physique est associée à l'amélioration du moral.
Lafitte, M., Pradeau, V., Leroux,	2008	France	Devis quantitatif. Pas de	Validé par une commission	660 participants	<p>Programme thérapeutique et diététique (CEPTA).</p> <ul style="list-style-type: none"> - À 48h de l'événement, 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de certains facteurs de risque à long terme (cholestérol, tension artérielle,

L., Richeboeuf, V., Tastet, S., Boulon, C., Paviot, B., Bonnet, J. et Couffinhal, T.			groupe contrôle, mais comparaison des résultats avec les résultats trouvés dans la littérature	d'éthique et consentement éclairé des participants		<p>informations sur la maladie, style de vie, alimentation et tabac.</p> <p>- A trois mois, entretien afin de dépister les facteurs de risque, rendez-vous avec la diététicienne ainsi qu'un spécialiste des addictions. Les patients sont ensuite suivis par leur généraliste, des questionnaires seront distribués à 18 mois au médecin et au patient.</p> <p>- A 24 mois, entretien au centre pour un bilan et un entretien.</p>	<p>activité physique) et l'adhérence au traitement. Le BMI reste stable et certains anciens fumeurs ont repris.</p> <p>- Les auteurs et d'autres études ont mis en évidence une diminution de la motivation à trois mois, il est donc nécessaire de prévoir à ce moment-là une intervention tel qu'un entretien.</p> <p>- Diminution de la mortalité et des événements cardiaques de 50%.</p>
Wood, D., Kotseva, K., Conolly, S., Jennings, C., Mead, A., Jones, J., Holden, A., Bacquer, D., Collier, T., Backer, G. et Faergeman,	2008	8 pays européens (France, Italie, Pologne, Espagne, Suède, Angleterre, Danemark et Holland).	Etude randomisée, devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et consentement éclairé des participants	6000 participants répartis dans 4 groupes de manière équitable : - groupe d'intervention à l'hôpital - groupe contrôle à l'hôpital	<p>Interventions dans les hôpitaux (groupe d'intervention) :</p> <p>- Evaluation multidisciplinaire du patient (cardiologue, infirmière, diététicien, physiothérapeute).</p> <p>- coaching, ateliers et exercices supervisés, rencontre régulière avec le cardiologue pour la médication et avec l'infirmière pour l'évaluation des facteurs de risque et</p>	<p>- Les patients suivis dans les cabinets reçoivent plus de médicaments que les autres.</p> <p>- Le suivi dans les hôpitaux poussent le patient à avoir de meilleurs résultats (diminution de la fumée, augmentation du sport, diminution de la tension artérielle et du cholestérol, mais pas de changement dans le BMI ou la glycémie).</p> <p>- Le programme met en évidence que la mortalité est indépendante du diagnostic, du type de</p>

O.					<ul style="list-style-type: none"> - groupe d'intervention dans les cabinets médicaux - groupe contrôles dans les cabinets médicaux 	<p>l'adhérence aux traitements.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens motivationnels pour aider le patient à changer - Intégration du partenaire <p>Interventions dans les cabinets médicaux (groupe d'intervention) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens (coaching, motivationnel) et exercices (pas supervisés) par l'infirmière - Intégration des partenaires de vie dans le groupe d'intervention 	<p>réadaptation, des interventions et de la durée du suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le programme multidisciplinaire réduit les réadmissions et les récurrences.
Giannuzzi, P., Temporelli, P., Marchioli, R., Maggioni, A. et Balestroni, G.	2008	Italie	Etude randomisée, devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et consentement éclairé des participants	3087 participants	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les patients participent à un programme standard de réhabilitation pendant un mois (exercices, cours (style de vie, facteurs de risque, traitements), puis formation de deux groupes de manière aléatoire. - Récolte des données par l'infirmière (constantes, symptôme, niveau d'adhérence...). - Après une année, un test psychologique sera fait pour 	<ul style="list-style-type: none"> - Le programme intensif permet, à long terme, d'augmenter la qualité de vie et l'adhérence aux traitements. Il ne réduit pas la mortalité, la récurrence et les comorbidités. - Différences significatives entre les deux groupes : le groupe d'intervention présente de meilleur résultat concernant le sport, la gestion du stress et le cholestérol. Les auteurs constatent que le tabac ne varie pas entre les deux groupes.

						<p>évaluer la qualité de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe d'intervention reçoit les interventions à un mois, six mois et chaque 6 mois pendant trois ans. Le partenaire de vie y est inclus. Approche multifactorielle (infirmières, cardiologue, physiothérapeutes, psychologues et ergothérapeutes). - Le groupe contrôle est également invité à six mois, puis chaque année pour une évaluation. 	
Robichaud-Ekstrand, S. et Gibbons, C.	2008	Canada	Devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et consentement éclairé des participants	83 participants	<ul style="list-style-type: none"> - Instrument de mesure de la capacité d'autosoin : Exercice of self-care Agency (ESCA), évaluation du concept de soi/ de l'initiative et de la responsabilité/ des connaissances et de la recherche d'information/ de l'engagement et de la passivité Programme d'exercices à domicile et suivi téléphonique : - J8 : Epreuve d'effort, cinq séances par semaines pendant 	<ul style="list-style-type: none"> - Une différence significative entre les deux groupes, concernant la capacité d'autosoin, a été mesurée : le groupe d'intervention présente de meilleurs résultats au départ concernant l'initiative et la responsabilité (c'est-à-dire un régime équilibré, un programme assidu de sport, une présence aux visites médicales, de la volonté de prendre soin d'eux et des buts fixés permettant d'atteindre un niveau de bien-être), mais après 14 semaines les résultats sont semblables.

						<p>huit semaines, l'intensité augmente chaque deux semaine.</p> <ul style="list-style-type: none"> - appel téléphonique deux fois la première semaine du retour à domicile, puis une fois par semaine pendant sept semaines, puis à la 14^{ième} semaine (Buts: renforcement des informations, répondre aux questions et réajuster le programme d'exercices si nécessaire). <p>Groupe contrôle : informations générales pendant l'hospitalisation, appel téléphonique pour évaluer la capacité d'autosoin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le suivi à domicile est perçu comme un catalyseur, car il permet la mise en place plus rapide de stratégies adaptatives. - Une haute capacité d'autosoin, permet un retour plus rapide aux activités antérieures. - Les auteurs ont mesuré une haute composante d'autosoin à la sortie de l'hôpital. Selon ceux-ci il reste donc difficile à l'augmenter davantage.
Zöhre, I. et Fesci, H.	2007	Turquie	Etude quasi-expérimentale. Devis quantitatif.	Validé par un comité d'éthique et consentement éclairé des participants.	36 participants	<ul style="list-style-type: none"> - Un questionnaire a été utilisé pour mesurer le style de vie et l'adhérence aux traitements médicamenteux et aux changements de style de vie. Il comprenait 4 chapitres : la fréquence des repas, des cigarettes, des exercices physiques et de la prise du traitement. - Un programme de 	<ul style="list-style-type: none"> - Après l'intervention, la proportion de fumeur a diminué de manière significative. - La proportion de patients faisant attention à leur alimentation a augmenté. - Plus de personnes pratiquent une activité physique après l'intervention. - La PA des patients a diminué de manière significative.

						<p>prévention secondaire comprenant six thèmes : l'infarctus du myocarde et ses facteurs de risque, l'hypertension, les habitudes nutritionnelles, l'arrêt du tabac, l'activité physique et le traitement médicamenteux. Le programme commence trois jours après l'IM et continue après la sortie à domicile. Dès la stabilisation de l'état du patient, les sessions éducationnelles individuelles réparties en six séances, un thème par séance sur trois jours a débuté. Afin de maintenir le suivi du programme après la sortie, chaque patient a été vu quatre fois à domicile. A chaque visite durant entre 30 et 40 min, les buts visés et quotidiens étaient revisités et si nécessaire les sessions d'éducation et de discussion étaient poursuivies. Lors de la dernière visite, les facteurs de risque ont été remesurés et le style de vie ainsi que</p>	<p>- Le BMI et le taux de cholestérol ont diminué mais pas de manière significative. Le taux des triglycérides n'a pas changé.</p> <p>- Il a été difficile d'évaluer l'adhérence au traitement car de nombreux patients ont eu des changements de médicaments prescrits par leur médecin pour différentes raisons. Cependant, l'étude a démontré que presque tous les patients prenaient leurs médicaments à la fréquence et dose prescrite, sauf cinq patients pour des raisons médicales.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

						l'adhérence au traitement réévalués. La famille a été invitée à assister aux sessions d'éducation car son soutien est très important.	
Cobb, S., Brown, D. et Davis, L.	2006	Amérique	Revue systématique de littérature	Consentement éclairé des participants	Minimum 35 personnes Maximum 792	<p>Interventions pour modifier le mode de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme Ornish d'une heure par semaine pendant un mois avec un nutritionniste puis toutes les deux semaines pendant deux mois et un fois par mois pendant un an. - Programme de réadaptation cardiaque sur 12 mois avec coach personnel. Un court-séjour de quatre semaines a introduit : l'éducation à la santé, le changement de comportements, l'acquisition de compétences, la pratique de nouvelles habitudes, des entretiens individuels et en 	<ul style="list-style-type: none"> - Après avoir suivi le programme Ornish, les participants ont amélioré de manière significative leur activité physique, leur apport en graisse, leur apport en fibre et carbohydrate ainsi que leur régime en cholestérol, leur BMI, leur poids, leur PA, leur taux de cholestérol total, etc. Le changement thérapeutique de mode de vie a grandement réduit le besoin de revascularisation artérielle coronarienne. - Le programme de réadaptation cardiaque sur 12 mois a diminué le BMI des participants qui a été ensuite maintenu sur 12 mois. Un peu plus de la moitié des fumeurs ont arrêté durant le programme et pas recommencé après 12 mois.

					<p>groupe ainsi que la prévention de la rechute.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coaching en réadaptation cardiaque, en plus des soins usuels, par téléphone trois fois à six semaines d'intervalle puis après 24 semaines pour planifier la prise de sang des six mois. Cela a pour but : un questionnement afin d'évaluer les connaissances, les attitudes et les croyances ; une éducation ; un entraînement ; une formulation des objectifs et une réévaluation de ceux-ci. - Un coaching cf. ci-dessus et en la distribution de documents traitant des facteurs de risque individuels et d'une charte concernant les objectifs à atteindre. - Plats préparés, coaching par téléphone, informations par écrit (concernant l'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - Après six mois, le taux de cholestérol total des participants, ayant eu un coaching en plus des soins usuels, était significativement plus bas que celui des participants du groupe contrôle. - Les participants ayant eu un coaching, ayant reçu un document individuel sur les facteurs de risque et signé une charte concernant les objectifs à atteindre, ont diminué leur taux de cholestérol, leur poids, leur BMI, leur matière en graisse totale et augmenté leur fréquence de marche. - Les personnes ayant reçu des plats préparés à domicile ont diminué leur taux de cholestérol
--	--	--	--	--	--	--

						<p>physique, la marche, les boissons, les recettes et les conseils pour les courses, etc.)</p> <p>- Education diététique, cours cuisine, manuel de menus, encouragements afin d'être plus actif physiquement à raison d'une fois par semaine le premier mois et une fois par mois durant un an.</p>	<p>LDL et total, leur poids, leur BMI après huit semaines, tandis que les taux de triglycérides et de cholestérol HDL n'ont pas changé. Une limite de l'étude est la taille de l'échantillon qui est relativement petite.</p> <p>- Les participants ont augmenté leur consommation autodéclarée de fruits et légumes, leur utilisation d'huile monosaturée en cuisine et diminué leur taux de LDL mais pas leur taux de HDL et triglycérides.</p>
Leong, J., Molassiotis, A. et Mars, H.	2004	Angleterre	Devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique, informations détaillées données, questionnaire à remplir, confidentialité assurée.	85 participants	<p>- Un questionnaire anonyme incluant les différentes informations personnelles des participants et les échelles suivantes a été distribué :</p> <p>1. Une échelle d'adhérence aux prescriptions du régime médicamenteux et aux conseils de santé.</p> <p>2. Une échelle mesurant les croyances concernant la santé qui explique que certains comportements sont directement liés aux</p>	<p>Les variables dépendantes sont : l'adhérence au régime diététique, la perte de poids, l'activité physique et l'activité sociale. Les variables indépendantes sont : l'encouragement de la famille, les obstacles rencontrés, l'efficacité personnelle, la motivation d'être en bonne santé, les facteurs influençant les croyances sur la santé, le passé médical, la dépression, l'anxiété et le genre. Les éléments les plus fréquemment adhérents sont : le régime diététique, l'activité physique et l'arrêt du tabac.</p>

						<p>croyances.</p> <p>3. Une échelle multidimensionnelle du locus de contrôle qui comporte trois dimensions : les dimensions internes, les dimensions externes (la chance), l'influence de l'autre (les professionnels de la santé).</p> <p>4. Une échelle concernant le support social</p> <p>5. Une échelle mesurant l'anxiété et la dépression à l'hôpital.</p>	<p>La majorité des participants n'était pas anxieux ni dépressifs. Concernant l'anxiété, le résultat a été contredit dans une autre étude. Cette différence s'explique par un manque de sensibilité de l'échelle utilisée en contexte de cardiologie. Thompson suggère alors un programme à l'hôpital pour diminuer l'anxiété et la dépression des patients et l'anxiété des partenaires.</p> <p>Le score le plus haut concernant les croyances sur la santé était celui du domaine « powerful others ».</p> <p>L'adhérence à un régime diététique était fortement corrélée par les encouragements de la famille. Il y a plus souvent une adhérence aux conseils concernant l'importance d'avoir une activité sociale lorsque la personne a un faible niveau de dépression. Une haute adhérence à l'arrêt du tabac était reliée à un haut niveau d'efficacité personnelle. Le haut niveau d'adhérence à l'activité physique a été relié a un taux bas de dépression, au genre masculin,</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

							<p>au passé médical et au haut niveau de motivation à être en bonne santé.</p> <p>La plupart des participants ont adhéré à la prise de médicaments. Ce résultat fait partie des limites de l'étude, car il a été basé sur les dires des participants (souci de fiabilité). Les personnes qui doivent prendre déjà régulièrement un traitement seraient plus adhérentes à prendre les médicaments prescrits suite à un infarctus du myocarde. Les avantages de la thérapie améliorent l'adhérence tandis que les effets secondaires la diminuent. L'adhérence à une activité physique serait associée à la motivation d'être en bonne santé et l'adhérence à l'arrêt du tabagisme serait liée à l'efficacité personnelle.</p> <p>L'influence du locus de contrôle peut partiellement influencer la variation dans certaines formes d'adhérence et son rôle dans les programmes d'éducation ou l'identification de patients à risque d'être non-adhérent est importante.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>Selon les chercheurs, la perte de poids et la régression des maladies artérielles coronariennes peut seulement être évident après 12 mois suivant la réhabilitation cardiaque. C'est pourquoi la continuité du contact avec le patient est importante pour l'adhérence. La famille ainsi que les soignants peuvent fournir cette continuité.</p> <p>L'hôpital n'est pas forcément le lieu idéal pour faire des conseils en éducation car le patient est stressé. Les patients n'adhèrent apparemment moins bien lors d'incompréhension ou d'oubli de certains détails. C'est pourquoi Lindsay suggère d'apporter un support écrit en plus des informations données oralement.</p>
Linden, A.	1994	Angleterre	Etude randomisée, devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et consentement éclairé des participants	41 participants	<ul style="list-style-type: none"> - Programme de réhabilitation à J2 (exercices, gestion du stress et exercices de relaxation) enseigné par l'infirmière. Celle-ci organise également un suivi après un, trois et six semaines par téléphone ou par une visite à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> - La confiance en soi et la perception des progrès diminuent après une semaine dans les deux groupes, mais augmentent après 6 semaines (meilleurs résultats dans le groupe d'intervention). - Réduction significative de l'anxiété dans le premier groupe. - Pas de changement au niveau de

						<ul style="list-style-type: none"> - Le groupe contrôle reçoit des informations générales ainsi qu'une brochure. 	<p>la dépression dans le premier groupe, mais augmentation de celle-ci dans le groupe contrôle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de changements dans les deux groupes avec la consommation de tabac. - Diminution nette du stress à la suite des exercices de relaxation. - La vulnérabilité est évitée et diminuée en agissant vite (J2).
Thompson, D.	1989	Angleterre	Etude randomisée, devis quantitatif	Validé par une commission d'éthique et consentement éclairé des participants	60 couples	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de l'anxiété et la dépression chez le patient et le partenaire de vie. - Après 24h d'hospitalisation, 48h, 73h et cinq jours les couples (du groupe d'intervention) seront vu pendant 30 minutes ensemble puis séparément. <p>Ils seront informés sur la maladie, la prise en charge, la convalescence, les conséquences physiques et psychiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A 24h les auteurs ne constatent pas de différences dans l'anxiété et la dépression entre les deux groupes. - A cinq jours, les patients du groupe d'intervention montrent moins de symptômes dépressifs et moins d'anxiété. L'anxiété diminue chez les partenaires, mais pas la dépression. - C'est la première étude qui inclut le partenaire dans la prise en charge après un infarctus du myocarde. - Les résultats prouvent que le partenaire a une grande influence sur la qualité de vie et la convalescence. - Les interventions sont facilement réalisables.

9.6. Annexe F : Grilles d'analyse

Auteurs: Leemrijse C., Dijk L., Jorstad H., Peters R & Veenhof C

Titre: The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial

Année: 2012

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	P : personne ayant subi un infarctus du myocarde ou une angine de poitrine I : coaching à domicile par téléphone CO : comparaison du groupe contrôle (patients avec soins traditionnels) avec le groupe expérimental (avec en plus le programme Hartcoach)
Résumé	Les maladies cardiovasculaires représentent une des premières causes de mortalité dans le monde. La prévention secondaire est donc importante, mais le taux de participation à celle-ci reste faible. Les personnes ne changent pas facilement de style de vie et leurs facteurs de risque. Le modèle Hartcoach propose un suivi par téléphone comme prévention secondaire, ayant comme focus le self-management. Méthode : échantillon de 400 patients ayant eu un infarctus du myocarde ou une angine de poitrine, comparaison du groupe contrôle (suivi normal) et groupe expérimental (modèle Hartcoach). Suivi pendant six mois, avec des contacts avec un coach tous les six semaines par téléphone. But : maintien des objectifs fixés par le patient et l'infirmière (diminution facteurs de risque et bonne prise du traitement). 1 ^{er} Objectif : évaluer l'effet du programme Hartcoach en comparaison avec des soins traditionnels sur les différents facteurs de risque : cholestérol, BMI, tour de la taille, tension artérielle (TA), activité physique, régime alimentaire. 2 ^{ème} objectif : évaluer les répercussions du programme sur la glycémie, l'hémoglobine glyquée, la fumée, l'adhérence au traitement, le self-management, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie Cette étude évalue les effets du modèle sur la réduction des risques individuels des patients.
Introduction Enoncé du problème	Les maladies cardiovasculaires sont très présentes de nos jours. Il est estimé que 30% des décès y sont liés. Les survivants d'infarctus ont de hauts risques de récurrence ou de mort. C'est pourquoi il est important d'instaurer une prévention secondaire. Le but de cette étude est donc d'évaluer les effets du programme Hartcoach. Il a été démontré, aux Pays-Bas, qu'en 1995 les patients ayant eu un infarctus du myocarde restaient en moyenne neuf jours hospitalisés et en 2007 moins que six jours. La durée des séjours diminue. Ceci a un impact sur les soins infirmiers, c'est-à-dire que l'infirmière aura moins de temps pour renseigner le patient et sa famille ainsi que pour proposer un enseignement de qualité et global concernant les facteurs de risque, la qualité de vie etc. Certains patients ont la possibilité de suivre un programme de rééducation. Ces programmes diffèrent selon les hôpitaux. Tous les patients n'ont pas la possibilité ou ne sont pas capables de se rendre régulièrement à l'hôpital. C'est pourquoi il est nécessaire de trouver un modèle adéquat qui propose de la prévention secondaire et qui encourage le self-management.
Recension des écrits	Les facteurs les plus influençables sont le cholestérol, la tension artérielle, la fumée, le surpoids, le diabète et la sédentarité. Des études ont démontré que la réduction de ces facteurs ont des résultats significatifs en diminuant la récurrence et en améliorant la qualité de vie. Des programmes existent afin de réduire ces risques, mais ne sont pas utilisés de manière individualisée. C'est pourquoi un coaching actif est nécessaire pour améliorer les résultats.

	<p>Une étude datant de 2010 a pu démontrer qu'un programme de réadaptation à domicile additionné à des soins traditionnels, augmente la qualité de vie et diminue les facteurs de risque (HTA, fumée, cholestérol, dépression). Les appels téléphoniques réguliers ont su se montrer le plus profitables pour le patient.</p> <p>Un programme similaire nommé COACH a fait ses preuves en Australie en 2000. Tous les résultats nommés précédemment ont été atteint avec succès. Ce programme comprend les mêmes interventions que Hartcoach. Les chercheurs ont décidé de le tester à nouveau en modifiant quelques détails afin de l'adapter aux différences culturelles des Pays-Bas ainsi qu'aux différences du système de santé.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La maladie cardiovasculaire</p> <p>Lien thérapeutique : importance de créer une alliance entre le patient et le thérapeute. Ceci favorise une bonne prise en charge, une meilleure compréhension de la situation ainsi qu'une meilleure adhérence au traitement.</p> <p>Self-management : participation active du patient dans sa prise en charge, ceci demande à ce qu'il y ait de bonnes connaissances sur la maladie et les facteurs de risque, ainsi qu'une bonne gestion des émotions.</p>
Hypothèses	La diminution de la durée du séjour hospitalier rend les actions infirmières plus limitées et ne permet pas d'atteindre un enseignement suffisant chez les patients.
Méthodes Devis de recherche	<p>Devis quantitatif : comparaison entre un groupe expérimental (Hartcoach programme) et un groupe contrôle (soins traditionnels).</p> <p>1^{er} Objectif : évaluer l'effet du programme Hartcoach en comparaison à des soins traditionnels sur les différents facteurs de risque : cholestérol, BMI, circonférence de la taille, TA, activité physique, régime.</p> <p>2^{ème} objectif : évaluer les répercussions du programme sur la glycémie, l'hémoglobine glyquée, la fumée, l'adhérence au traitement, le self-management, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie</p>
Population et contexte	<p>Population : 400 patients répartis dans les 2 groupes.</p> <p>Critères d'inclusion : patients âgés entre 18-80 ans, patients ayant eu un infarctus du myocarde ou une angine de poitrine</p> <p>Critères d'exclusion : patients avec une chirurgie planifiée, ayant une espérance de vie de moins de 2 ans, souffrant d'insuffisance cardiaque, pas de téléphone à domicile, ne maîtrisant pas suffisamment la langue.</p> <p>L'étude a été suivie par un groupe éthique afin que ses principes soient respectés. Des consentements écrits ont été signés.</p>
Collecte des données et mesures	Le coach prend note de la conversation avec le patient. Il va alors la résumer et envoyer une copie au patient en mettant en évidence les points importants. Ces documents vont également être utilisés lors de la récolte des données. Les données sont récoltées d'après un règlement donné aux coachs (ex : le poids (sans souliers) est pris par l'infirmière,...). Toutes les données qui sont évaluées dans cette étude sont mesurées d'une manière identique.
Déroulement de l'étude	<p>Le programme Hartcoach se déroule sur 6 mois pendant lesquels le coach appellera toutes 6 semaines à domicile. Les coachs sont des infirmières qui ont travaillé dans un centre médical téléphonique. Elles sont entraînées depuis 2009 et participent à des cours d'entretien motivationnel depuis 2011.</p> <p>Avant de commencer les séances, une base de données comprenant les facteurs de risque, les valeurs propres au patient (TA, poids,...) et sa médication sont répertoriées.</p> <p>A chaque prise de contact les mêmes étapes sont suivies :</p> <p>1) L'éducation : des questions sont posées sur les connaissances du patient, sur ses facteurs de risque, sa médication, son activité physique ainsi que son régime alimentaire.</p>

	<p>2) L'éducation : Le patient reçoit des informations sur les connaissances qui semblent insuffisantes.</p> <p>3) Travail sur la responsabilisation du patient : encouragé à maintenir une relation de confiance avec son médecin, afin de suivre ses conseils en lien avec le taux de cholestérol, les changements dans la médication,...</p> <p>4) Des objectifs sont posés jusqu'au prochain contact téléphonique dans six semaines. Des interventions sont également discutées et développées.</p> <p>5) Réexamination à la prochaine séance. La motivation du patient est alors mesurée.</p> <p>Les personnes qui suivent les soins traditionnels (groupe contrôle), sont suivies par un cardiologue, un médecin généraliste, un diététicien,... ainsi que le programme d'une réadaptation cardiovasculaire. Chaque patient de ce groupe va alors tenir un journal de bord et y reporter ses activités thérapeutiques. Après les 6 mois de l'étude les patients de ce groupe ont la possibilité de suivre le programme Hartcoach.</p>
Résultats Traitement des données	Les données ont été récoltées au début du programme puis après 6 mois. D'autres données ont également été relevées, telles que la provenance, les ATCD cardiovasculaires, les traitements, les comorbidités, le sexe, le niveau d'éducation, le statut civil, le travail. Les données à mesurer (fumée, alcool...) sont relevées également sur papier par le patient lui-même. Celui-ci va tenir durant l'expérience un journal de bord.
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de texte dans la partie discussion.
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les programmes de suivis traditionnels ne peuvent permettre au patient de changer de style de vie en prenant en compte ses facteurs de risque individuels. Les programmes de réhabilitation diffèrent beaucoup entre hôpitaux aux Pays-Bas, la participation des patients est faible. Actuellement les patients qui ne souhaitent pas de programme hospitalier de réhabilitation ou qui manquent de motivation, se voient proposer le programme Hartcoach.</p> <p>Limitations de l'étude : Les résultats concernant les activités sportives ainsi que le régime alimentaire dépendent du patient. Celui-ci doit remplir lui-même un questionnaire. Il reste difficile d'évaluer ces deux mesures de manière concrète.</p> <p>Tous les patients reçoivent des soins traditionnels en plus du programme Hartcoach et certains suivent un programme intensif de réhabilitation. Il est difficile de détecter précisément les facteurs qui agissent sur les risques. C'est pourquoi le programme Hartcoach complète les soins traditionnels mais ne les substitue pas.</p>
Perspectives futures	Le programme Hartcoach a été proposé que dans certains hôpitaux. Dans le futur ils souhaitent le proposer dans tous les hôpitaux et à toutes les personnes ayant eu une rééducation cardiovasculaire. Les compagnies d'assurance attendent que le programme ait montré ses effets bénéfiques sur le long terme afin de l'introduire dans ses prestations aux clients.
Questions générales Présentation	Article bien structuré. Il manque peut-être plus de précisions sur les différents résultats obtenus. C'est-à-dire en mettant de chiffre sur les faits et en les présentant sous forme de graphique et de texte.
Evaluation globale	Le programme a été testé dans différents pays, comprenant des cultures différentes, des systèmes hospitaliers différents... Les études ont montré de très bons résultats. Il faudrait néanmoins créer et former des infirmières afin de prodiguer ces soins. Un engagement financier serait donc nécessaire. Mais nous pensons que sur le long terme celui-ci pourrait être bénéfique en diminuant les coûts des réhospitalisations, des complications et des comorbidités. L'étude a été réalisée en 2012, elle se montre donc actuelle. Serait-il possible d'utiliser ce modèle au niveau Suisse sachant que le système de santé diffère de celui des Pays-Bas ? Une étude serait nécessaire et pourrait montrer des résultats très prometteurs.

Auteurs : Labrunée, M., Pathak, A., Loscos, M., Coudeyre, E., Casillas, J.-M. & Gremeaux, V.
Titre : Education thérapeutique dans les pathologies cardiovasculaires : mise au point et perspectives
Année : 2011

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	Education thérapeutique dans les pathologies cardiovasculaires : mise au point et perspectives
Résumé	<p>Objectif : Evaluer l'impact des programmes d'éducation thérapeutique chez les personnes atteintes de maladies coronariennes ainsi que leurs attentes, leurs besoins éducatifs et en conseils afin d'améliorer l'adhésion aux modifications d'habitudes de vie et la qualité des supports éducatifs.</p> <p>Méthode : Analyse d'essais cliniques randomisés, de revues de littérature et recommandations pratiques trouvés sur les bases de données Medline et Cochrane de 1966 à 2010.</p> <p>Résultats : L'éducation thérapeutique est une intervention non-pharmacologique qui, selon les chercheurs, permet au patient de passer d'un événement aigu à l'autogestion de la maladie chronique. Des études ont montré qu'à travers des programmes éducatifs, les habitudes de vie des patients pouvaient se modifier. Des effets positifs ont été démontrés sur la morbidité et les coûts médicaux. De nombreuses interventions ont été analysées, mais il n'existe aucune recommandation concernant les règles et les méthodes à adopter lors d'une éducation thérapeutique. La limite de celle-ci est le manque de résultat concernant l'effet à long terme des modifications de style de vie.</p> <p>Conclusion : L'efficacité de l'éducation thérapeutique peut être améliorée en optimisant la collaboration entre les services de cardiologie et les centres de réadaptation cardiaque. Cette collaboration et les transmissions d'informations pourraient être améliorées en mettant en place des recommandations et des méthodes standardisées. Un suivi dans la prévention tertiaire pourrait être proposé afin de maintenir les changements d'habitudes de vie à long terme.</p>
Introduction Enoncé du problème	Le but de l'article est de clarifier l'impact et les modalités des programmes d'éducation thérapeutique dans la prise en charge de patients atteints de maladies cardiovasculaires, d'évaluer les attentes et besoins des patients ainsi que leurs désirs quant au programme d'éducation. Ils ont également cherché à déterminer la meilleure façon de mettre en place l'éducation thérapeutique (quand et comment) ainsi qu'à décrire les principaux outils utilisés.
Recension des écrits	<p>Les chercheurs mettent en avant que les patients atteints de maladies cardiaques ont un risque de récurrence plus élevé que la population générale. Les résultats d'une étude démontrent que le traitement cardiovasculaire optimal est sous-prescrit en France.</p> <p>Des études récentes montrent qu'un mois après un infarctus du myocarde, les patients adhèrent plus à leur traitement pharmacologique qu'à un changement des habitudes de vie. Mais seul un quart des patients suivrait scrupuleusement le traitement médicamenteux prescrit après un infarctus.</p> <p>Des études faites dans huit pays différents démontrent qu'après un syndrome coronarien aigu, le contrôle des facteurs de risques cardiovasculaires reste encore faible. Une étude faite en France confirme les dires ci-dessus étant donné que 50% des patients fumaient toujours après un infarctus du myocarde, 66% avaient encore un taux de cholestérol élevé et 27,4 % une hypertension non-traitée.</p> <p>L'éducation thérapeutique visant à améliorer la prévention secondaire chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires semble être utilisée depuis plusieurs années en cardiologie, médecine et réadaptation. L'éducation thérapeutique du patient se baserait sur la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires en ciblant principalement l'autogestion et les modifications à long terme des habitudes de vie. Des études ont clairement montré de meilleurs résultats chez les patients ayant eu une éducation thérapeutique.</p>

	<p>L'objectif principal de l'ETP (éducation thérapeutique du patient) serait d'améliorer l'autogestion de la maladie par le patient ainsi diminuer les complications et réduire la morbidité. L'objectif secondaire serait d'ordre économique soit une diminution d'un recours systématique à un traitement et ainsi une diminution des coûts.</p> <p>Les principaux points de l'ETP découlent de la prévention secondaire des pathologies cardiovasculaires. Les étapes respectées seraient : l'évaluation des attentes et désirs du patient et de ses besoins éducatifs, l'intervention éducative puis l'évaluation de celle-ci et son suivi.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les différents concepts utilisés sont décrits dans les résultats.
Hypothèses	Cet article est une revue de littérature. Les résultats sont donc issus d'études. Aucune hypothèse n'a été formulée.
Méthodes Devis de recherche	Une revue systématique de littérature.
Population et contexte	<p>Des échantillons différents ont été utilisés selon les études. Le nombre de participants figure dans la revue systématique.</p> <p>La taille des échantillons des différentes études est adéquate.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les mots-clés utilisés sont : « counseling », « self-care », « self-management », « patient education », « chronic heart failure », « coronary artery disease », « myocardial infarction », « acute coronary syndrome ».</p> <p>Les variables à mesurer sont décrites. Elles sont cependant explicitées dans les résultats, cf. ci-dessous présentation des résultats.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est décrite. La collecte de données a été établie à l'aide des bases de données Medline, PubMed et Cochrane Library. Les articles sélectionnés ont été publiés entre 1996 et 2010. La sélection d'articles a été faite à partir d'études randomisées contrôlées, d'essais thérapeutiques, de revues et recommandations en français et en anglais. Les chercheurs se sont intéressés aux articles traitant des domaines spécifiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les outils d'évaluation des attentes, des connaissances et des besoins des patients en matière d'éducation thérapeutique. - Les obstacles à la mise en œuvre des programmes ETP et les facteurs ayant eu des effets positifs ou négatifs sur ceux-ci - La mise en place des programmes ETP - La description des éléments utilisés pour mettre en place l'ETP dans les pathologies cardiovasculaires chroniques - L'impact des programmes thérapeutiques
Résultats Traitement des données	Les auteurs se sont basés sur les statistiques et les résultats significatifs des articles afin de relever les résultats les plus pertinents et d'établir une éducation thérapeutique optimale.
Présentation des résultats	<p>Les outils utilisés pour évaluer les attentes des patients ainsi que leurs connaissances et besoins éducatifs sont décrits. Les habitudes alimentaires, l'arrêt du tabac, l'activité physique (AP), l'état psychologique, la capacité d'autosoin et la qualité de vie des patients sont évalués à l'aide de différentes échelles. L'évaluation des résultats se mesurent à travers différents facteurs : le profil lipidique, l'équilibre glycémique, la tension artérielle, le poids ou l'AP. Les connaissances avant et après l'ETP sont également évaluées.</p> <p>Les chercheurs mettent en avant des facteurs qui influencent les résultats de l'éducation thérapeutique du patient.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Les facteurs d'adhérence</u> (adhérence aux changements d'habitudes de vie au long terme, adhérence au traitement et à l'activité physique) modifiant le bon résultat de l'ETP sont : « les altérations cognitives, un faible niveau d'auto-efficacité, une personnalité de type D, la peur du traitement ou de l'AP, un faible niveau de performance physique, la dépression, les comorbidités et enfin un niveau socio-économique faible ». - <u>Les aspects de la personnalité</u> : Les personnes ayant une personnalité de type A (personnes compétitives et impatientes) ont un meilleur pronostic face à la gestion des facteurs de risque en raison de leur esprit combatif. Les personnes avec une personnalité de type D (personnes qui tendent à développer des stratégies d'évitement face à des situations de douleur et d'inconfort ce qui impliquerait souvent un faible niveau d'activité physique) auraient tendance à ne pas adhérer au traitement en raison d'un certain déni de la situation. - <u>La motivation du patient</u> : Le manque de motivation aurait une influence sur l'ETP. Selon les chercheurs, le changement de style de vie ne serait pas une priorité pour les patients ayant eu un infarctus du myocarde. Selon une étude, « les professionnels de santé doivent développer des stratégies motivationnelles pour interagir avec leur patient afin que ce dernier passe d'une situation contemplative à une attitude active ayant pour objectif de changer ses habitudes de vie ». - <u>La satisfaction du patient</u> : Selon les chercheurs, il est indispensable d'obtenir la satisfaction et la participation du patient afin d'arriver à l'atteinte d'un processus éducatif optimal visant à modifier les habitudes de vie et à rendre le sujet actif dans la gestion de sa maladie. <p>Les modalités de l'éducation thérapeutique cardiovasculaire sont décrites :</p> <p>A ce jour, il semblerait n'y avoir aucune étude qui n'ait déterminé le moment opportun de la mise en place d'une ETP dans la maladie coronarienne. Cependant, l'ETP commence en général juste après l'hospitalisation du patient. Il semblerait selon une autre étude qu'un bon moment pour l'ETP serait lors de la réadaptation cardiaque au sein d'un programme individualisé global pour la prévention secondaire. Concernant le contenu du programme, les chercheurs insistent sur le fait que celui-ci doit être adapté au patient en fonction du diagnostic éducatif. Ce programme permet également de déterminer à quel stade de motivation se situe le patient en se référant au modèle classique de « la porte tournant de Prochaska ».</p> <p>Plusieurs types d'ETP existent pour des interventions individuelles ou en groupe. Selon les chercheurs, l'intervention par téléphone uniquement semble être moins efficace que les approches globales en centre de réadaptation. Le nombre d'heures varie en principe entre 5 et 10 heures et le contenu reste généralement toujours le même : alimentation, AP, arrêt du tabac, médicaments, compréhension de la maladie, sexualité et adaptation sociale à la maladie. Dans les services de cardiologie aiguë, l'ETP est intensive (programme condensé sur 2 jours) comparée aux centres de réadaptation qui dure entre 3 à 6 semaines.</p> <p>Selon la littérature, une approche interdisciplinaire semble être plus adaptée que des interventions individuelles faites par des médecins ou autres professionnels de la santé.</p> <p>Les chercheurs affirment qu'il est important de recourir à des évaluations complémentaires dans les mois qui suivent l'ETP. En effet, il semblerait qu'en retournant à leur « vraie vie » les patients retrouvent souvent leurs mauvaises habitudes et les effets de l'ETP disparaissent rapidement. Arriver à obtenir des changements à long terme des habitudes de vie des patients atteints de maladies cardiovasculaires est selon l'étude un enjeu important de santé publique. Il semblerait alors important de développer des séances de soutien chez les patients à haut risque ou avec une faible adhérence, en coordonnant les différents membres de l'équipe médicale avec l'équipe paramédicale dans le but d'offrir un soutien continu. Des chercheurs ont montré que des sessions répétées d'ETP tous les 6 mois n'étaient suivies que par seulement 54% des patients après deux ans, avec, cependant de bons résultats en termes de ré-hospitalisation ou de qualité de vie. En France, dans les programmes de réadaptation cardiaque, les réévaluations sont généralement faites par téléphone.</p>
--	---

	L'efficacité de l'éducation thérapeutique dans les maladies cardiovasculaires est analysée par les chercheurs. Il existerait une réduction significative pour la mortalité, respectivement pour les récidives sans aucune différence entre les types d'interventions (éducation, soutien avec ou sans composante d'exercice ou exclusivement de l'exercice). Une amélioration significative a été montrée également dans les habitudes de vie. Une plus grande majorité des patients suivait les recommandations d'AP, du régime, l'arrêt du tabac, la gestion du stress. Une étude a montré qu'un programme d'ETP à domicile pouvait augmenter la consommation de fruits, légumes et poissons ainsi qu'une diminution des apports en graisse après 1an comparé au groupe témoin. Cependant, aucun effet n'a été démontré sur le tabagisme. Une seconde étude a prouvé qu'un suivi téléphonique par un infirmier a une influence positive sur la gestion des facteurs de risque, la qualité de vie et l'adhésion à un programme de réadaptation cardiaque. Cependant aucun effet n'a été retrouvé sur la réduction de la mortalité cardiovasculaire après un syndrome coronarien aigu.
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion	Les principaux résultats sont interprétés à partir de recherches antérieures.
Intégration de la théorie et des concepts	L'ETP est selon les chercheurs clairement une intervention non-pharmacologique essentielle dans la prise en charge de pathologies cardiovasculaires. Ces programmes sembleraient être couramment utilisés dans les services hospitaliers de cardiologie ou les centres de réadaptation cardiovasculaire. Une des limites de ceux-ci intervient dans la coopération entre ces structures. Une étude montre que certaines techniques comportementales spécifiques (thérapie comportementale cognitive) pourraient également être utilisées pour changer les habitudes de vie de ces patients.
	Il semble actuellement difficile de concevoir des études comparatives sur les programmes d'ETP, puisque les études en double insu ne peuvent se faire, car les équipes en charge des programmes sont forcément au courant de l'intervention. Cette limite semble souvent être observée dans les interventions non-pharmacologiques. Une procédure « alternate-month design » pourrait aider à limiter la contamination entre les groupes.
Perspectives futures	La fréquence optimale et les modalités de suivi après un programme d'ETP restent à définir et les perspectives doivent se développer autour d'interventions utilisant les nouveaux moyens technologiques disponibles (smartphone,...).
Questions générales	L'étude est bien décrite et structurée.
Présentation	
Evaluation globale	Cet article donne des résultats très utiles pour atteindre une éducation thérapeutique de qualité. Ces interventions sont destinées entre autres aux infirmières et donc très utile pour la pratique.

Auteurs: Duenas M., Ramirez C., Arana R. & Failde I.

Titre: Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study

Année : 2011

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	P : personnes ayant eu un infarctus du myocarde I : étude de suivi de la qualité de vie CO : comparaison de la qualité de vie des hommes et des femmes
Résumé	<p>Introduction : La différence de genre dans l'infarctus du myocarde est controversée, mais elle reste importante au niveau clinique. Le but de l'étude est de connaître la différence de genre influençant la qualité de vie après 3 et 6 mois après l'infarctus du myocarde. L'étude recherche également les éléments cliniques, démographiques et psychologiques de chaque sexe liés à ces changements.</p> <p>Méthode : Etude qui a suivi 175 patients (112 hommes et 63 femmes) avec un infarctus du myocarde ou une angine de poitrine. Un questionnaire portant sur la santé et la qualité de vie sera distribué.</p> <p>Résultats : Les données ont été récoltées pour 55 hommes et 25 femmes après 3 mois, et 35 hommes et 12 femmes après 6 mois. Observations : revascularisation plus tardive chez les femmes, ré hospitalisations plus courantes chez les femmes entre 3 et 6 mois, moins bon score au questionnaire de santé pour les femmes, les hommes ont plus progressé dans la dimension physique que les femmes après 6 mois, les femmes s'intéressent plus à comprendre la maladie.</p> <p>Conclusion : Il y a une différence dans l'évolution de la qualité de vie entre les genres. La santé mentale est le plus souvent déterminante pour la qualité de vie. Il est donc important de personnaliser les interventions et le contenu du programme de réhabilitation cardio-vasculaire.</p>
Introduction Enoncé du problème	Les maladies coronariennes sont les causes les plus courantes de mort et d'infirmité chez les femmes et les hommes. Toutefois l'infarctus du myocarde ne se présente pas de la même manière chez la femme et chez l'homme. Quatre fois plus d'hommes souffrent d'infarctus du myocarde, mais le premier infarctus du myocarde, lors de la période aigue, est plus fatal chez les femmes.
Recension des écrits	<p>Ces dernières années des études ont démontré que la maladie coronaire reste souvent pas diagnostiquée, et si elle est diagnostiquée, la sévérité est souvent sous-estimée. De plus, les femmes ont tendance à moins retourner travailler après cet événement et à moins utiliser les programmes de réhabilitation cardiovasculaire.</p> <p>Il a été prouvé que les femmes souffrant des maladies coronariennes sont plus âgées en moyenne, ont de multiples comorbidités, sont principalement veuves ou vivent seules, ont plus de symptômes dépressifs et rencontrent plus de difficultés à s'adapter de manière psychologique face à l'événement cardiaque. Les raisons de ces différences restent peu claires.</p> <p>La qualité de vie semble moins bonne chez les femmes que les hommes dans la population générale. Des études ont démontré que l'état physique et fonctionnel ainsi que l'état psychologique est plus faible chez la femme ayant subi un infarctus du myocarde (IM) que chez l'homme ayant également eu un infarctus du myocarde.</p> <p>Un auteur s'est rendu compte que l'état de dépression chez une femme une semaine après l'IM, prédit son état physique après une année.</p> <p>D'autres auteurs ont démontré que le tabac, la prise d'alcool régulière et le surpoids sont les facteurs de risque pour une mauvaise qualité de vie chez l'homme. Alors que la souffrance, la pression sur son rôle et les exercices fatigants sont plus caractéristique chez les femmes.</p>

	Des études montrent que les femmes après un IM reçoivent plus d'attentes dans leurs propres environnements et ont plus tendance à négliger leur santé et leurs besoins. La qualité de vie de la femme est donc plus influencée par son support social que celle de l'homme. Cette étude va permettre d'évaluer l'évolution de la qualité de vie de la femme et de l'homme après un IM, à 3 mois et à 6 mois. Divers aspects vont être mesurés : clinique, démographie et les données psychologiques.
Cadre théorique ou conceptuel	Qualité de vie : mesure commune qui permet de définir l'état de santé de la personne ainsi que sa perception et sentiments (souffrance et bien-être) ainsi que sa propre évaluation de son futur. Facteurs de risque : tabac, consommation régulière d'alcool, obésité...
Hypothèses	La différence de qualité de vie entre les deux sexes est influencée par les données sociodémographiques, cliniques et psychologiques. Les facteurs qui influencent la qualité de vie sont différents chez l'homme et la femme.
Méthodes Devis de recherche	Etude longitudinale car elle mesure des données à plusieurs reprises dans le temps. Devis de recherche pas décrit.
Population et contexte	175 patients ont été retenus dans l'étude dans un grand hôpital d'Espagne. 112 (64%) sont des hommes et 63 (36%) sont des femmes Critères d'inclusion : infarctus du myocarde aigu, angine instable, consentement du patient Critères d'exclusion : pas d'infarctus du myocarde ou d'angine instable.
Collecte des données et mesures	<ul style="list-style-type: none"> - Un questionnaire sera utilisé pour récolter les données sociodémographiques et cliniques. Un rapport clinique sera établi après le neuvième jour après l'événement cardiaque. Le patient sera alors interviewé. Ses facteurs de risque seront mesurés : consommation de tabac, hypertension, hypercholestérolémie, obésité, activité physique et diabète. Les données cliniques seront également répertoriées (événement cardiovasculaire, fraction d'éjection, diagnostic). Les comorbidités seront notées (digestives, respiratoires, musculaires, neurologiques et autres). - Après l'événement aigu, puis près 3 et 6 mois, la qualité de vie sera mesurée à l'aide de deux tests spécifiques. Ces tests comprennent 8 dimensions (fonction physique/ rôle physique/ douleur/ santé générale/ vitalité/ fonction sociale/ rôle émotionnel/ santé mentale). Chaque icône est codé, ses résultats seront retranscrits dans une grille qui va lui donner un score entre 0 et 100 (100 étant le meilleur résultat possible). - La santé mentale sera également mesurée à l'entrée, après 3 et 6 mois par un questionnaire de santé générale. Il contient 28 items. Le score total est entre 0 et 28. Plus il est haut, plus le test montre des troubles psychologiques. - Les ré hospitalisations, le retour au travail et la fréquence des crises d'angor seront recensés que deux fois, après 3 et 6 mois. Si la personne n'a rien eu entre temps elle obtient le score de 0, 1 point s'il s'est passé quelque chose dans les 3 mois, puis 2 points si quelque chose dans les 3 et 6 mois. - Le traitement de revascularisation sera évalué les 3 fois, des points seront également distribués.
Déroulement de l'étude	Des interviews, des questionnaires, des bases de données seront utilisées de manière similaire pour chaque patient afin de récolter les données. Des analyses descriptives seront faites afin de comparer les caractéristiques des hommes et des femmes après 3 et 6 mois de l'événement aigu. Les données doivent être significatives pour être utiles. Afin d'évaluer chaque dimensions de tous les questionnaires et de trouver les variables qui influencent l'évolution de la qualité de vie, un modèle régressif sera utilisé : Estimations et équations générales. Il sera fait pour chaque sexe et chaque dimension. Ce modèle permet d'être plus efficace et précis que d'habitudes dans les statistiques. Un comité éthique suit l'étude de prêt afin que celle-ci respecte les principes éthiques. Les patients ont signé un consentement pour l'étude.

Résultats Traitement des données	<p>175 patients sont pris dans l'étude, 112 (64%) sont des hommes et 63 (36%) sont des femmes. 90% des patients présentent un ou plusieurs facteurs de risque, l'hypertension étant le plus représenté (52,7% chez les hommes et 68.3% chez les femmes).</p> <p>Tableau 1 caractéristiques après 9 jours chez les deux sexes : Ces données sont présentées sous forme de tableau. La présence de comorbidités ou d'antécédents coronaires est observée chez plus de 50% des patients, avec des taux similaires chez les deux groupes. La différence la plus significative apparaît au test de santé mental : 32,2% des hommes obtiennent >6 et 42,9% des femmes. Ce qui signifie avec ce score, pas de troubles psychologiques.</p> <p>A 3 mois on compte 55 hommes (49,1%) et 25 femmes (39.7%) puis à 6 mois, 35 hommes (31,3 %) et 12 femmes (19.1%). Pas de données sociodémographiques différentes entre les deux groupes. Par contre l'âge moyen des femmes est plus bas. L'âge moyen est de >70 pour les hommes (38,4%) et pour 44,4 % des femmes.</p> <p>Fumée : 36,6% des hommes, 3,2% des femmes Diabète : 34,8% des hommes, 47.6 % des femmes Hypercholestérolémie : 42% des hommes, 41,3% des femmes HTA : 52.7% des hommes, 68.3 % des femmes Obésité : 23,2% des hommes, 41,3 % des femmes Activité physique : 53,6% VS 31,7%</p> <p>On a pu remarquer dans le tableau 1 des résultats que le niveau d'éducation varie considérablement de notre pays, la Suisse. Dans l'étude 40% des hommes sont illettrés ou n'ont pas complété le niveau d'éducation, et 58% pour les femmes. Meilleure revascularisation chez les hommes. Plus de ré hospitalisations chez les femmes.</p> <p>Tableau 2 :</p> <p>Tous les résultats concernant la mesure de la qualité de vie sont détaillés dans ce tableau. On constate une amélioration de la douleur et de la santé générale. Chez les femmes ont remarque une amélioration du rôle physique, de la vitalité et de la fonction sociale (38% après 9jours, puis 80% après 3 mois).</p> <p>Les auteurs concluent que les scores sont en moyenne plus faibles chez les femmes dans toutes les dimensions.</p> <p>Hommes :</p> <p>Pas de changements significatifs dans les domaines suivant après 3 et 6 mois : fonction physique, douleurs, composent physique. Le rôle émotionnel s'améliore à 3 mois. Une augmentation de la santé générale a pu être observée aux deux périodes. Parmi les facteurs en lien avec la qualité : la fonction physique, le rôle physique, la douleur et la composante physique ont une évolution négative. Les patients qui ont été ré hospitalisés entre 3 et 6 mois à la suite de l'évènement aigu, présentent une mauvaise évolution de ces facteurs sur leur qualité de vie. Des antécédents de maladies coronaires ont un mauvais effet sur la santé générale et la composante physique, parce que les comorbidités et les facteurs de risque influencent négativement le rôle physique et les douleurs. La santé mentale du patient est la seule variable qui s'associe avec la diminution de la qualité de vie.</p> <p>Femmes :</p>
--	--

	Le rôle physique, la fonction sociale et la composante physique ne changent pas à 3 mois, mais ils augmentent après 6 mois. Les facteurs qui influencent la qualité de vie sont les mêmes que chez l'homme. Les ré hospitalisations sont associées avec un faible score de la fonction physique, santé générale et de composante physique. La santé mentale diminue si la femme est ré hospitalisée.
Présentation des résultats	Les résultats sont exposés sous forme de tableaux et de texte. Les tableaux sont très détaillés et présentent les résultats de manière complexe (abréviations, ...).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les différences des genres sur la qualité de vie des patients sont controversées. Certaines variables ont une importance sur la qualité de vie et seront déterminante dans la prise en charge dans un programme de réhabilitation cardiovasculaire.</p> <p>Résultats principaux mis en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus grand nombre d'hommes qui sont opérés pour être revascularisés à leur admission que de femmes. Celles-ci seront généralement opérées entre 3 et 6 mois après l'IM : - Plus grand nombre de ré hospitalisations chez les femmes entre 3 et 6 mois - Le score de santé générale est plus bas chez les femmes. - Les hommes évoluent de manière plus favorable après 6 mois dans les dimensions physiques et sociales. - La variable qui est le plus associée à une mauvaise qualité de vie chez les hommes est la détérioration de la santé mentale. La santé mentale est un facteur déterminant dans l'évolution de la qualité de vie chez la femme, mais qui est influencée par l'histoire de la maladie coronaire et la revascularisation qui a souvent lieu durant la seconde période. <p>Plusieurs études prouvent que les femmes ne font pas de la même façon face à la maladie de manière physique et psychique. La littérature actuelle reste moindre sur la différence des genres sur la qualité de vie chez les patients souffrant de maladie coronaire.</p> <p>Les effets de l'âge plus avancé chez les femmes et la plus grande fréquence de comorbidités ou la plus grande tendance à la revascularisation chez les hommes ont été perçues. Dans l'étude il n'a pas pu être prouvé que les comorbidités influencent la qualité de vie. Les facteurs de risque n'ont pas d'impact particulier sur les genres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mais la revascularisation dans une seconde période chez la femme, influence la qualité de vie. Ceci explique également la fréquente plus haute des ré hospitalisations. Comme mentionné ci-dessus les hommes sont plus vite revascularisés, ce qui peut expliquer la meilleure évolution. Des chercheurs sont en train d'étudier pourquoi les femmes sont opérées plus tardivement que les hommes. Certains chercheurs valident le fait que les femmes soient moins vite diagnostiquées pour un infarctus du myocarde car il y aurait une plus petite augmentation de la Troponine. Cette valeur peut être alors déterminante pour la pose d'un diagnostic. Etant donné que les femmes ont moins de risque de développer un infarctus du myocarde que les hommes, les décisions cliniques sont donc influencées. Les femmes sont également traitées de manière différente, ceci pourrait aussi expliquer les différences de résultats obtenus. - Plusieurs études ont prouvés que les by-pass des artères coronaires donnent de moins bons résultats chez les femmes. - Cette étude confirme que la qualité de vie est influencée par la santé mentale des deux genres. Des études nomment les variables qui influencent celle-ci : la dépression et l'anxiété. Les femmes sont plus influencées par l'environnement et leur personnalité. - La qualité de vie mesurée au début, est plus faible chez les femmes que les hommes. La qualité de vie augmente chez les hommes après 6 mois par les dimensions physiques et sociales. La dimension physique est plus faible chez la femme. <p>Limitations de l'étude : petit échantillon car un certains nombres ont arrêté l'étude durant les 6mois. La sélection est suffisante mais minimale.</p>

	L'avantage de cette étude est que une méthode rare a été utilisée afin d'évaluer l'interdépendance des variables sur la qualité de vie. Ce système est plus précis.
Perspectives futures	Il y a une différence entre l'évolution de la qualité de vie des femmes et des hommes après un infarctus du myocarde. La santé mentale est le déterminant principal chez les deux sexes. Les différences cliniques entre les deux genres montrent l'importance de proposer un suivi individualisé aux patients et de personnalisé le programme de réhabilitation au maximum.
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit et bien structuré. Les résultats sont présentés de manière très détaillées. Il est parfois difficile de comprendre les tableaux de résultats à cause du nombre important d'abréviations. Les parties de l'article sont bien distinctes.
Evaluation globale	L'étude montre qu'il y a une différence entre les sexes. Que se soit au niveau de la prise en charge (pose du diagnostic, rapidité de traitement...) ou la manière dont la qualité de vie est influencée. C'est pourquoi il est important de retenir que les actions de soins infirmiers doivent se personnalisés au maximum afin de rendre les soins le plus individualisé possible et de garantir la meilleure prise en charge globale.

Auteurs : Duarte Freitas, P., Haida, A., Bousquet, M., Richard, L., Mauriège, P. & Guiraud, T.

Titre : Impact à court terme d'un programme de réadaptation cardiaque intensif de quatre semaines sur la qualité de vie et l'anxiété-dépression.

Année : 2010

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	Le titre permet de saisir le problème de recherche. Population : Des personnes atteintes de maladies cardiaques. Intervention : Mise en place d'un programme de réadaptation cardiaque intensif de 4 semaines. Comparaison : Ils comparent la qualité de vie et l'anxiété-dépression du patient avant et après ces 4 semaines. Résultat : Le programme de réadaptation cardiaque aurait un effet sur la qualité de vie et l'anxiété-dépression du patient.
Résumé	Le résumé contient les principales parties de la recherche. Introduction : Les buts du programme de réadaptation cardiaque sont décrits : réduire les risques cardiovasculaires, favoriser des comportements sains, réduire l'invalidité, améliorer la qualité de vie. Objectif : « Evaluer l'impact d'un programme de réadaptation cardiaque de quatre semaines sur la qualité de vie des patients cardiaques. ». Méthodes : Une population de 101 personnes (dont 70 hommes) âgés en moyenne de 65 ans ont participé au programme de réadaptation cardiaque. L'indice de masse corporelle, le tour de taille, la tolérance à l'effort et la qualité de vie estimée à l'aide d'un questionnaire ont été évaluées avant et après le programme de réadaptation cardiaque. Résultats : Les paramètres anthropométriques cités ci-dessus ont significativement diminué. La tolérance à l'effort a augmenté de 25% en moyenne. La qualité du sommeil, les scores de santé physique et mentale se sont améliorés également de manière significative. L'anxiété et la dépression ont diminué. Conclusion : Un programme de réadaptation cardiaque de quatre semaines (court-terme) semble induire une amélioration du bien-être physique et

	mental.
Introduction Enoncé du problème	Le but principal de cette étude est d'évaluer si un programme court et intense de réadaptation cardiaque de quatre semaines induit un impact favorable sur différents paramètres de qualité de vie (anxiété, dépression, qualité de sommeil, santé physique et mentale). L'objectif secondaire est de vérifier s'il existe des relations entre l'amélioration de certains paramètres anthropométriques, de la tolérance à l'effort et la qualité de vie.
Recension des écrits	Des études démontrent que la réadaptation cardiaque fondée sur l'exercice physique a largement montré son efficacité pour réduire le taux de mortalité des patients cardiaques. Les bénéfices des réadaptations cardiaques sont une amélioration des paramètres lipidiques, de la pression artérielle, l'augmentation du sevrage tabagique, la perte de poids, le mieux-être et une amélioration de la tolérance à l'effort. D'autres études ont également démontré l'efficacité d'un programme d'exercice seul (d'une durée d'1 an) sur la qualité de vie estimée à l'aide d'un questionnaire chez des patients coronariens âgés.
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les principaux concepts sont définis mais apparaissent dans la méthode.</p> <p>Le programme global de la réadaptation cardiaque consiste en l'optimisation du traitement médicamenteux, le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, le ré-entraînement à l'effort, des activités physiques, un suivi diététique, des séances d'éducation thérapeutique et un suivi psychologique. Le programme était d'une durée de 3 heures par jour soit de 5,5 jours par semaines. L'activité journalière comportait : un entraînement sur un vélo d'intérieur ou un tapis roulant d'une durée de 45 min, une séance de marche à l'extérieur d'une durée d'une heure. Les patients participaient également à des séances de musculation, des activités de gymnastique, de la relaxation, du « Qi kong » ou de l'aquagym. Ces activités duraient environ 45 min. Les séances sont encadrées par un kinesthéticien ou un professeur d'activité physique. Il y avait également des séances d'éducation thérapeutique animées par l'équipe pluridisciplinaire sous forme d'ateliers pratiques ou de conférences portant sur les facteurs de risque cardiovasculaires et la connaissance du traitement (environ 3 à 4h par semaine).</p> <p>La qualité de vie est définie en huit dimensions regroupées : l'activité physique, les limites dues à l'état physique, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, la relation avec les autres, la santé psychique et les limites dues à l'état psychique.</p> <p>La qualité du sommeil est définie à l'aide de sept composantes : la qualité subjective du sommeil, la latence au sommeil, la durée du sommeil, l'efficacité du sommeil, les perturbations du sommeil, la prise éventuelle de médicaments pour des troubles du sommeil et les perturbations du fonctionnement diurne.</p> <p>Les troubles anxieux et dépressifs ne sont pas définies mais ont été dépistés à l'aide de tests et questionnaires.</p>
Hypothèses	<p>La réadaptation cardiaque est une période décisive pour la prise en charge psychologique du patient afin de lui apporter un soutien adapté et personnalisé.</p> <p>L'hypothèse découle de l'état des connaissances.</p>
Méthodes Devis de recherche	Le devis n'est pas clairement exprimé. Dans le résumé anglophone, il est cependant décrit qu'il s'agit d'une étude de cohorte.
Population et contexte	<p>101 patients (dont 70 hommes) âgés en moyenne de 65 ans ont été recrutés à la clinique de Saint-Orens, en France. Ces patients étaient référés pour un programme de réadaptation cardiaque en hospitalisation complète après un événement aigu. Les critères d'exclusion étaient : l'angor instable, le pacemaker, l'hypertension artérielle non contrôlée, les arythmies sévères, toutes autres pathologies neuro-orthopédiques.</p> <p>La taille de l'échantillon semble adéquate par rapport au contexte de la recherche.</p>

Collecte des données et mesures	<p>Un questionnaire a été distribué aux patients à deux reprises lors de l'hospitalisation, soit le lendemain de l'entrée (PRE) et la veille de sortie (POST). En cas d'incompréhension, le patient pouvait contacter le professeur d'activité physique. La qualité de vie, la qualité du sommeil, les troubles anxieux et dépressifs (cf. concepts) étaient des thèmes analysés à l'aide d'un questionnaire. Un test d'épreuve à l'effort cardiopulmonaire a été effectué. L'IMC ainsi que le tour de taille ont été mesuré avant et après le programme.</p> <p>Un comité éthique a supervisé l'étude. Les participants ont signé un consentement.</p> <p>Les variables à mesurer sont décrites en détail.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les 101 participants à l'étude ont signé un consentement éclairé afin de participer au protocole qui a été révisé et approuvé par le comité d'éthique de la clinique Saint-Orens. Comme expliqué ci-dessus des questionnaires ont été remplis par les patients de manière individuelle avant et après le programme de réadaptation. Ils ont également effectué un test d'effort et des mesures anthropométriques ont été saisies. Durant le séjour de réadaptation, les participants ont suivi un programme global de réadaptation cardiaque d'une durée de 3 heures par jour soit de 5,5 jours par semaine.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Des analyses statistiques ont été entreprises pour répondre aux hypothèses. Les chercheurs ont considéré un $p \leq 0,05$ comme significatif.</p>
Présentation des résultats	<p>A l'entrée, 55% des patients présentaient une hypertension artérielle, 36% un diabète de type 2 dont la fraction d'éjection était de plus ou moins 15,1 %. Un état de dépression et d'anxiété était retrouvé chez 30% et 38% des 101 patients. De plus, 76% des patients présentaient des troubles du sommeil. Les résultats révèlent également que les femmes présentaient davantage de symptômes de dépression et un moins bon score de santé physique que les hommes. Une relation entre les troubles du sommeil et l'anxiété ou la dépression a été observée. Cependant, aucune corrélation n'a été observée entre la qualité de vie et les données anthropométriques.</p> <p>Après le programme de réadaptation, on remarque une amélioration de 25% de la qualité du sommeil, une diminution de 29% des niveaux d'anxiété et de 32% de ceux de dépression et une augmentation de 28% du moral. Le score de santé physique et mental a également augmenté. Concernant les paramètres de qualité de vie, il n'y a pas eu de différences entre les deux groupes. Les valeurs anthropométriques soit le BMI, le périmètre abdominal et le poids ont diminuées de manière significative. La pression artérielle a également diminué après l'intervention. Aucune relation n'a été observée entre les changements de score de qualité de vie et les mesures anthropométriques. Seule, la perte de poids est associée à une diminution de l'anxiété. L'amélioration de la qualité du sommeil est en lien avec l'amélioration de la santé mentale. L'amélioration de la santé physique est associée à l'amélioration du moral. Aussi, les changements aux différents scores ne sont pas liés au sexe, à l'âge, au niveau initial ni au type de revascularisation coronaire.</p>
Aspects du rapport	<p>Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le programme de réadaptation cardiaque (de court terme, 4 semaines) a eu un effet bénéfique sur la santé des participants en améliorant les composantes physiques et mentales. Ces données sont appuyées par les résultats d'une étude de Stahl et Yohannes qui ont montré les bénéfices à long terme de la réadaptation cardiaque.</p> <p>Les chercheurs font remarquer que l'efficacité rapide de cette étude pourrait être expliquée par l'approche pluridisciplinaire de la réadaptation. La pratique d'activité physique a été associée à des séances de relaxation et un suivi diététique personnalisé.</p> <p>Selon une étude, la période post-infarctus est plus altérée pour les personnes diabétiques. Il serait donc primordial selon les chercheurs de mettre</p>

	<p>l'accent sur cette population et également de modifier les comportements de santé comme la diététique, l'exercice physique, l'arrêt du tabac après un syndrome coronarien aigu afin de réduire le risque de récurrence.</p> <p>La diminution des niveaux d'anxiété et de dépression accompagnée d'une augmentation du moral a été confirmée par l'étude de Worcester. De plus, selon une étude, la hausse du moral associée à l'activité physique régulière semble utile dans la résistance à la dépression après un infarctus du myocarde. Une autre étude démontre l'importance de traiter les symptômes de dépression et d'anxiété pendant la période de réadaptation car il a été prouvé que ceux-ci affectent l'aptitude physique. Les chercheurs posent l'hypothèse que ces résultats peuvent être attribués au fait que les patients sont plus confiants et font mieux face à leur état de santé grâce à l'équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Les résultats au sujet de la qualité de sommeil concordent avec ceux d'autres études.</p> <p>Les chercheurs mettent en lien la baisse significative de poids et de l'indice de masse corporelle avec l'activité physique et le régime alimentaire. Les sujets sont néanmoins toujours atteints de surcharge pondérale et présentent toujours un tour de taille élevé à la sortie de l'hospitalisation, particulièrement les femmes. Ils reconnaissent alors que le programme de réadaptation n'est probablement pas assez long pour entraîner un retour de ces paramètres aux valeurs normales. Ils affirment alors, en citant une étude, que des programmes d'activité physique à plus long terme associés à un rééquilibrage alimentaire apparaissent nécessaires. Ils concluent alors qu'un programme court permet aux patients de prendre confiance ce qui améliore leur compliance au programme ainsi que leurs capacités physiques. «L'impact sur les variables anthropométriques est probablement plus long à obtenir et favorisé par une meilleure adhésion si le patient est moins déprimé. ».</p> <p>Les chercheurs décrivent les limites de leur étude. Ils affirment que l'absence de corrélation significative entre les différents paramètres de qualité de vie et l'aptitude physique pourrait être due au nombre insuffisant de sujets et/ou à la courte durée du programme de réadaptation. Ils expliquent également ce résultat par la qualité du questionnaire utilisé qui n'est probablement moins adapté qu'un questionnaire tel que le « MacNew heart disease health-related quality of life instrument » mais celui-ci n'était pas disponible en français.</p>
Perspectives futures	<p>Les chercheurs mettent l'accent sur l'impact indéniable qu'a un programme de réadaptation cardiaque sur différents déterminants de la santé physique, mentale et sur certains paramètres psychologiques. Ils veulent montrer l'importance qu'ont de tels programmes (augmenter la qualité de vie, réduire l'état dépressif et améliorer le pronostic vital et fonctionnel) afin d'inciter les médecins en France à orienter les patients cardiaques vers des centres de réadaptation qui sont, actuellement, trop largement sous-prescrits.</p> <p>Ils affirment aussi que des travaux sont nécessaires pour mieux comprendre la « cinétique » de l'humeur et de la qualité de vie au cours de réadaptation et la relier à la compliance ultérieure à l'activité physique et aux changements d'habitude de vie.</p>
Questions générales Présentation	L'article est très bien décrit. Il est bien structuré en sous-chapitre et respecte les structures d'une étude fiable.
Evaluation globale	L'étude permet de voir l'effet d'un programme de réadaptation cardiaque de 4 semaines sur les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde, l'anxiété et la dépression et la qualité de vie. Elle donne aussi la possibilité de voir l'influence de la santé mentale sur la santé physique et vice versa.

Auteurs: Kirchberger, I., Meisinger, C., Seidl, H., Wende, R., Kuch, B. & Holle, R.

Titre: Nurse-based case management for aged patients with myocardial infarction: study protocol of a randomized controlled trial

Année: 2010

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	P : patients âgés ayant subi un infarctus du myocarde I : suivi infirmier à domicile Co : comparaison du groupe suivi à domicile (groupe d'intervention) avec le groupe contrôle (soins traditionnels)
Résumé	<p>Introduction : les patients qui ont subi un infarctus du myocarde ont une haute prévalence de comorbidités, d'une mauvaise qualité de vie et de hauts coûts de la santé. Ces patients manquent souvent de soins optimaux à domicile, ce qui favorise des réadmissions. Il n'y a aucun programme à domicile disponible pour cette population. L'objectif de l'étude est d'examiner l'effet d'interventions infirmières à domicile chez des patients de plus de 65 ans après un traitement hospitalier pour l'infarctus du myocarde. Le programme aurait pour but d'influencer la réadmission du patient, la mortalité et la qualité de vie, ainsi que de réduire les coûts de la santé.</p> <p>Méthode : KORINNA (Koronarinfarkt Nachbehandlung im Alter) est le nom de l'étude qui se déroule à Ausburg en Allemagne. Les patients de ce groupe expérimental reçoivent un suivi infirmier pendant une année comprenant des visites à domicile ainsi que des appels téléphoniques. Le but est de détecter les problèmes ou les risques ; de proposer une large gamme de recommandations pour la gestion de la maladie ainsi que de diriger la personne vers un médecin si nécessaire. Le groupe contrôle reçoit des soins traditionnels. L'étude a commencé en 2008 et comprend 338 patients. Le premier critère est le temps entre la première réadmission ou la mort. Le second est le statut fonctionnel, la participation, la qualité de vie, l'adhérence ainsi que les coûts du programme.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>L'infarctus du myocarde est une des premières causes de mortalité dans le monde. Les traitements ont se sont nettement améliorés, ce qui a permis de proposer une bonne prise en charge aux personnes âgées également. Ils ont pu observer une augmentation du nombre de survivants.</p> <p>Le système de santé allemand a également mis en place des DRG, c'est-à-dire que la prise en charge et le financement sont dépendants du diagnostic du patient. Les personnes avec un infarctus du myocarde et demandant des soins complexes sont libérés de l'hôpital plus rapidement qu'il y a quelques années. Un suivi à domicile optimal pour cette population n'est pas garanti, ce qui signifie de hauts risques de réadmission. Les problèmes principaux sont l'adhérence au traitement ainsi que sa compréhension. Ceci est souvent relié à un manque de support social ou de connaissances médicales. La prise en charge se présente de manière différente que ce soit un patient de 50 ans ou un patient de 65 ans. Ces différences ne sont pas prises en compte dans le nouveau financement. Il se base sur des prestations générales.</p>
Recension des écrits	<p>Les personnes de plus de 65 ans ont un haut taux de prévalence de comorbidités associées à une mauvaise qualité de vie, invalidité physique, hauts coûts de la santé ainsi qu'à une polymédication. Les comorbidités communes à ces patients sont le diabète, l'insuffisance cardiaque, BPCO et la dépression. Des études ont démontré que les patients plus âgés ont plus de risque de développer une insuffisance cardiaque suite à un infarctus du myocarde (47% des plus de 75 ans contre 23% des moins de 75 ans). La polymédication est également très présente.</p> <p>Les réadmissions sont le plus souvent associées à des facteurs comportementaux ou sociaux inadéquats qui péjorent la fonction cardiaque. Il est donc nécessaire de proposer un suivi adapté à domicile. Le programme contient de l'éducation, un soutien pour l'adhérence au traitement, un apport de connaissances ainsi que l'évaluation des facteurs de risque et de la qualité de vie. Un des buts est également de réduire les coûts de la santé.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	<p>-Théorie du vieillissement et ses risques : polymédication, comorbidités, augmentation du risque de diabète, d'hospitalisations, de maladies touchant les coronaires, athérosclérose...</p> <p>- Système de santé : instauration des DRG qui ont un impact sur la durée des hospitalisations ainsi que sur les réadmissions. Conséquences sur les personnes plus âgées nécessitant souvent des prises en charge différentes et plus complexes que les personnes plus jeunes.</p> <p>- Facteurs comportementaux (éducation du patient, adhérence et auto-management) et sociaux (soutien social, famille,...).</p>
Hypothèses	L'introduction d'un nouveau système de santé basé sur le diagnostic ne permet pas de prendre en charge de manière optimale et globale les personnes plus âgées ou souffrantes de comorbidités. Le risque de réadmissions et de mort est donc augmenté. Cette hypothèse s'appuie sur des recherches antérieures qui ont mis en avant cette problématique.
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif qui compare deux groupes simultanément.
Population et contexte	<p>Critères d'inclusion : patients âgés de plus de 65 ans, premier infarctus du myocarde.</p> <p>Critères d'exclusion : patients vivant dans des institutions, patients avec comorbidités sévères (ex. cancer terminal), patients ne parlant pas l'allemand, patients n'ayant pas de capacité de discernement.</p> <p>La taille de l'échantillon est de 338 patients.</p>
Collecte des données et mesures	Afin d'être le plus performant, un exercice a été réalisé à la suite de la formation des experts. En 2008 ils se sont rencontrés et ont discuté des différents points tels que l'infarctus du myocarde, les facteurs de risque, la prévention, les facteurs psychologiques... Ils ont également échangé sur la structure et le contenu de la brochure distribuée aux patients. Différents acteurs étaient présents : des médecins afin de donner des informations aux patients et de les sélectionner pour participer à l'étude, et les infirmières qui effectueront les visites à domicile et les téléphones.
Déroulement de l'étude	<p>Le programme débute un a deux jours avant le retour à domicile par une séance d'information qui dure une heure environ. Des informations sont données sur la maladie, les comorbidités, la médication ainsi que des recommandations pour la vie quotidienne (sport, alimentation, fumée,...). Les informations sont données de manière orales et écrites (brochure). Les dates du premier téléphone ainsi que la première visite sont données.</p> <p>Il y aura jusqu'à quatre visites à domicile, ainsi qu'un appel téléphonique tous les 3 mois.</p> <p>Première visite à domicile : identification des problèmes spécifiques au patient. Un plan individuel sera alors établi. Le risque est également mesuré par l'infirmière en tenant compte de l'adhérence du patient, de son réseau social et de ses comorbidités. Si le risque est très haut, il y aura une possibilité d'augmenter le nombre de visites et/ou de téléphone. Le tout est négocié avec le patient afin d'augmenter son adhérence à la prise en charge. Des informations sont données sur les TTT, l'infirmière va aussi expliquer les risques de l'arrêt de la prise de TTT. La tension artérielle, le poids ainsi que la glycémie sont mesurés à chaque visite infirmière.</p> <p>Le but des visites et des téléphones est de détecter les problèmes (ex : non-compliance aux TTT,...), d'informer et de prévenir la maladie et de diriger vers le médecin généraliste si nécessaire.</p> <p>Tous les patients sont contactés après 3,6 et 9 mois. Après une année un bilan final est établi à l'hôpital ou à domicile.</p> <p>Un comité éthique a suivi l'étude. Les patients ont signés un consentement.</p>
Résultats Présentation des résultats	<p>Les différentes mesures de résultats sont synthétisées sous forme de tableau. On y retrouve par exemple que les questionnaires de données générales ont été faits par le médecin, mais que les questionnaires concernant le BMI, la dépression,... ont été mesurés et reportés par le patient lui-même. Ce premier tableau présente les différentes variables étudiées et la manière dont elles ont été relevées.</p> <p>A la fin de l'année expérimentale les patients sont réexaminés en tenant en compte toutes les variables utilisés lors de l'expérience. Les résultats</p>

	<p>sont reportés dans un système de donné.</p> <p>Un assement sur les ressources utilisées à été fait sous forme de tableau. Par exemple le nombre de visite médicale ainsi que leur prix, le nombre de médicaments et leurs prix, la présence de physiothérapeute /massage et leurs prix... Les visites infirmières ainsi que leurs durées sont mesurées de manière précise. Ceci va permettre de faire une moyenne des coûts de la prise en charge. Les interviews par téléphone doivent aussi être prises en compte, même qu'elles sont considérées comme des soins informels. Les coûts de l'étude ne sont pas pris en compte. Les frais de laboratoire, de trajets, de téléphones,... sont relevés et comptabilisés.</p>
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le programme Korinna est un programme innovant qui prend en compte la personne âgée ayant eu un infarctus du myocarde, dans sa globalité afin de proposer un suivi adéquat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - les interventions infirmières sont spécifiques aux besoins de la personne âgée - le programme est flexible : possibilité d'augmenter la fréquence des interventions et si nécessité de prolonger le suivi - l'efficacité de ce programme a été prouvée <p>L'instauration du programme demande des résultats satisfaisants sur l'état de santé des patients mais aussi sur les coûts de la santé. Des études sont en train d'être réalisées afin de prouver la diminution des coûts de la santé.</p> <p>Limitations de l'étude : l'étude se déroule sur une durée d'une année. Il n'est encore pas possible de définir si les interventions sur une petite durée sont suffisamment profitables. Il est prévu de faire à nouveau cette étude sur un intervalle de temps de trois ans.</p>
Perspectives futures	D'autres études vont être réalisées afin de faire un parallèle entre les coûts des interventions infirmières et les résultats obtenus sur la qualité de vie, les réadmissions ainsi que les décès.
Questions générales Présentation	La structure de l'article respecte les règles de recherche. Le niveau d'anglais permet à beaucoup de monde de comprendre le sujet. Il serait peut-être nécessaire de plus détailler les résultats obtenus (graphiques ou statistiques) afin de mettre en avant des chiffres.
Evaluation globale	Nous trouvons que les interventions proposées sont réalisables et s'adaptent au contexte actuel (coûts de la santé, instauration des DRG ainsi que le vieillissement de la population). Cette étude promeut le rôle autonome infirmier et permet de l'élargir avec de la promotion de la santé et de l'éducation au patient.

Auteurs : Lafitte, M., Pradeau, V., Leroux, L., Richeboeuf, V., Tastet, S., Boulon, C., Paviot, B., Bonnet, J. & Couffinhal, T.

Titre: Efficacy over time of a short overall atherosclerosis management programme on the reduction of cardiovascular risk in patients after an acute coronary syndrome

Année : 2008

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	Efficacité d'un programme court de prise en charge globale de l'athérosclérose sur la réduction du risque cardiovasculaire des patients avec un syndrome coronarien aigu.
Résumé	<p>Introduction : Il a pu être prouvé à plusieurs reprises que l'athérosclérose joue un rôle important dans l'infarctus du myocarde. Les programmes de prévention sont efficaces mais leurs bénéfices ne sont pas conservés à long terme.</p> <p>But : Evaluer l'efficacité du programme Cepta qui prend en charge de manière globale l'athérosclérose et ses facteurs de risque à long terme et l'adhésion au traitement.</p> <p>Méthode : 660 patients convoqués 3 mois après l'infarctus du myocarde pour évaluer leurs facteurs de risque et leur athérosclérose, et adapter/compléter leur programme thérapeutique et diététique. Evaluation de ce programme à long terme sur les facteurs de risque, le maintien du traitement et les événements cliniques.</p> <p>Résultat : ce programme se montre bénéfique pour la prise en charge à long terme des facteurs de risque et l'adhérence au traitement.</p>
Introduction Enoncé du problème	La majorité des études a développé des interventions visant des résultats à long terme chez des patients ayant eu un infarctus du myocarde. Il a pu être démontré que les résultats n'étaient que partiellement atteints. Les patients ne maintiennent pas les changements de leurs habitudes de vies, des facteurs de risque et l'adhérence aux traitements diminue. En réponse à cette difficulté à maintenir les résultats à long terme, le programme d'athérosclérose a été développé en se basant sur les lignes directives européennes et nationales sur les maladies cardiovasculaires. Le centre d'exploration, de prévention et de traitement de l'athérosclérose (CEPTA) a été créé à Bordeaux pour répondre à ces besoins. Le programme commence durant l'hospitalisation, à 48h et après 3 mois. Le programme évalue de manière complète l'extension de l'athérosclérose, la fonction du myocarde, les facteurs de risque. Il combine un programme thérapeutique et diététique. Après trois mois le traitement médicamenteux est revu et adapté aux risques du patient et à son profil.
Recension des écrits	Les études sont citées de manière globale. Elles figurent en référence à la fin de la recherche dans la bibliographie afin que le lecteur puisse s'y référer.
Cadre théorique ou conceptuel	Les concepts sont cités dans le texte mais ne sont pas expliqués. Prévention secondaire, facteurs de risque, athérosclérose, infarctus du myocarde, éducation thérapeutique.
Hypothèses	Ces différentes étapes de la prise en charge des patients ayant eu un infarctus du myocarde permettent d'augmenter la prévention secondaire.
	L'objectif principal de cette étude est d'analyser les effets de cette prévention secondaire 2 ans après un infarctus du myocarde Le second objectif est d'évaluer la morbidité et la mortalité chez ces patients et de comparer les résultats avec la littérature.
Méthodes	Devis quantitatif. Particularité de l'étude : pas de groupe contrôle, mais comparaison des résultats avec les résultats trouvés dans la littérature.

Devis de recherche	
Population et contexte	<p>660 patients ont été sélectionnés durant leur hospitalisation pour un infarctus du myocarde. Il n'y a pas de groupe contrôle, les résultats seront alors comparés à ceux recueillis dans la littérature.</p> <p>Critère d'inclusion : les mêmes que dans l'étude numéro 9, cette étude n'est pas disponible sur internet. Il n'y a pas de critères d'exclusion.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Toutes les données concernant les patients ont été récoltées à 3 mois, puis à 24 mois.</p> <p>Le protocole initial de statistiques a été validé par l'équipe de méthodologie du centre hospitalier. Les données ont été analysées sous forme de statistiques descriptives et analytiques.</p> <p>Un comité éthique a supervisé l'étude. Des consentements écrits ont également été signés.</p> <p>Toutes les variables à mesurer sont décrites et des normes sont données.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Phase aiguë :</p> <p>Chaque patient a eu une coronarographie et a reçu des traitements durant la phase aiguë. Entre 2 à 5 jours après l'infarctus du myocarde les patients ont été transférés au CEPTA. Celui-ci va alors veiller à ce que le patient reçoive les informations nécessaires pour changer son style de vie, son alimentation et qu'il stoppe sa consommation de tabac. Un traitement sera instauré en plus si nécessaire, en se référant aux lignes directives du service cardiovasculaire.</p> <p>Interventions à trois mois :</p> <p>3 mois après l'infarctus du myocarde, le patient est invité à un entretien afin d'évaluer sa maladie athéromateuse et ses conséquences et à participer à un programme de prévention secondaire.</p> <p>Programme de prévention secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépistage des facteurs de risque (tabac, alimentation, activité physique). Calcul du BMI, de la tension artérielle, prise de sang afin de connaître le taux de cholestérol, de glucose et d'hémoglobine glyquée. <p>Objectif : LDL <3,35mmol/L ; HDL <1.03 mmol/L, triglycérides <1,69mmol/L, TA < 140/90 ; HbA1c < 7%, tour de taille homme <102cm et femme <98cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> - indications alimentaires et établissement d'un programme d'alimentation avec un diététicien. But : diminuer de 30% par jour des graisses saturées et de 10% la ration. Encouragé à manger des céréales, des fibres et des fruits. - si patient fumeur : entretien avec un spécialiste des addictions au tabac - éducation thérapeutique sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, du style de vie ainsi que les habitudes de vie. Réalisée par des infirmières et des médecins. - Adaptation de la médication en lien avec le statut cardiovasculaire, les facteurs de risque ainsi que les lignes directives cardiovasculaires. TTT : bêtabloquants ; ACE, HTA, antiagrégants plaquettaires, anti cholestérol, et antidiabétiques pour les patients souffrant de diabète. - évaluation de la fraction d'éjection des ventricules par échographie, scintigraphie et scanner avec produit de contraste. - évaluation de l'athérosclérose en liens avec les résultats obtenus à l'angiographie à l'entrée, pendant la phase aiguë. Contrôles de la TA sur les différents membres du corps. Utilisation du Doppler. <p>Suite : le patient sera suivi par son médecin généraliste ou cardiologue et ne sera pas recontacté par le CEPTA avant la cession finale. Un questionnaire sera envoyé à chaque patient et médecin 18 mois après la dernière visite du patient. Ce questionnaire évalue les événements cliniques</p>

	(récidives, by-pass,...), le style de vie, le poids ainsi que le traitement. Le médecin généraliste va mesurer la TA. Une prise de sang sera faite pour mesurer les mêmes paramètres qu'à 3 mois. Les réadmissions à l'hôpital sont prises en compte et classées selon la gravité : majeur (mort suite à un problème cardiovasculaire, IM, attaque) et mineur (insuffisance cardiaque, revascularisation des coronaires ou des périphéries).
Résultats Traitement des données	<p>Différents instruments ont permis de réaliser ces statistiques : Chi-square test, t-test,... La valeur $p < 0.05$ est significative.</p> <p>Un premier tableau représente diverses données médicales concernant l'athérosclérose des artères, le traitement utilisé ainsi que l'extension des plaques athéromateuses.</p> <p>Le deuxième tableau met en évidence les divers traitements médicamenteux des patients. Les statistiques présentent les résultats après 3 mois, puis après 18 mois. Pour chaque traitement on remarque une baisse de sa prise. Celle-ci varie entre les types. Celui avec le moins de variation (-4%) est l'antiagrégant plaquettaire et le plus (-20%) la combinaison bêtabloquant, antiagrégants plaquettaires et anti cholestérols.</p> <p>Le troisième tableau montre les facteurs de risque à 3 mois puis 18 mois : diminution du taux de cholestérol, diminution de la tension artérielle, valeurs glycémiques stables, augmentation du tabac (certains anciens fumeurs ont repris) 16,8 % à 3 mois puis 18,6% à 18mois, diminution des triglycérides, BMI stable et augmentation de l'activité physique.</p> <p>Le quatrième, les événements cliniques de la population en dessous de 65 ans et en dessus. Mortalité totale à 20 mois : 4,3%. Et 3,6% avant 17 mois (2,4% de maladie cardiovasculaires, 1,2% de cancers et d'embolie pulmonaire). Il n'y a pas différences significatives dans les maladies cardiovasculaires à 20 mois chez les moins de 65 ans et les plus de 65 ans. 6,5% sont des événements majeurs et 5,5% des événements mineurs.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés sous forme de statistiques descriptives et analytiques. Ils sont sous forme de chiffre et de pourcentage. Le tout est mis sous forme de tableaux et de textes.
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le programme met des interventions en place pour favoriser une prévention secondaire. Il combine l'information du patient, son éducation thérapeutique, les évaluations cliniques et para cliniques. L'efficacité et la faisabilité de ce programme court sont démontrées. On observe une meilleure adhérence au traitement et une réduction des facteurs de risque cardiovasculaires. D'autres études avaient été faites au paravent mais traitant des éléments spécifiques. Ce programme propose donc une prise en charge globale de l'athérosclérose. Il a été prouvé qu'après 3 mois les patients se sentent moins motivés dans leur nouvelle prise en charge ce qui a pour conséquence d'augmenter les facteurs de risque. C'est pourquoi l'étude convoque les patients après 3 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - programme dirigé par des cardiologues, car les patients écoutent facilement leurs recommandations. - le groupe d'intervenants contient des cardiologues, des infirmières spécialisées en cardiologie et des psychologues (et diététicien si besoin). Ils évaluent ensemble la situation du patient et proposent des interventions adéquates (informations, éducations...). - la prévention secondaire débute immédiatement après l'infarctus. Plus il est commencé tôt, plus il est efficace, et augmente l'adhérence du patient. - adaptation de la médication en fonction de la gravité des facteurs de risque - après 1 année, 8-20% des patients diminuent ou arrêtent la prise des médicaments, la raison de cette non-adhérence est complexe. Le programme essaye donc de l'augmenter afin d'avoir des résultats bénéfiques à long terme. <p>Cette approche multifactorielle demande des stratégies structurées et intensives.</p> <p>L'étude montre qu'avec ce programme les patients sont plus adhérents aux traitements médicaments 20 mois après l'IM. La réduction des facteurs</p>

	de risque à long terme est démontrée. En comparaison aux résultats littéraires les événements cardiovasculaires et la mortalité ont diminué de moitié avec le programme CEPTA.
	Limite de l'étude : manque du groupe contrôle.
Perspectives futures	Cette prise en charge globale a montré de très bons résultats. Il serait donc très utile de les intégrer au maximum dans la pratique.
Questions générales Présentation	L'article est bien structuré, tous les éléments sont présents. Les concepts sont cités mais ne sont pas expliqués. Il serait nécessaire de les définir afin que l'article soit le mieux compris.
Evaluation globale	Le programme est décrit de manière concrète et présente des interventions précises et réalisables dans la pratique. Ceci nécessite néanmoins une augmentation des coûts mais qui est bénéfique à long terme.

Auteurs : Wood D., Kotseva K., Conolly S., Jennings C., Mead A., Jones J., Holden A., Bacquer D., Collier T., Backer G. & Faergeman O

Titre: Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial

Année : 2008

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	Programme d'interventions infirmières préventives et multidisciplinaires sur la maladie cardiovasculaire, basé sur la famille (Euroaction), pour les patients souffrant d'une maladie coronaire et asymptomatique avec des facteurs de risque individuels. Etude randomisée.
Résumé	Sommaire : But : investiguer l'impact d'un programme d'interventions infirmières sur la prévention dans un programme de cardiologie avec des soins standards. Méthode : Réalisé dans 8 pays européens. Comparaison de programmes d'interventions ciblés à des programmes d'interventions traditionnelles. 1 ^{ère} mesure après 1 année : famille, style de vie, tension artérielle, lipides, glycémie, adhérence à la médication. Résultats : Patients fumant un mois avant l'attaque, 58% du groupe d'intervention ont arrêté après une année contre 47% du groupe contrôle. Diminution également du taux de cholestérol, de la TA,... Résultats sont présentes de manière très détaillée dans le résumé. Ils seront repris dans la partie résultat de l'étude. Interprétation : Les résultats ont démontré qu'il est nécessaire d'avoir des programmes de prévention locales adaptés à chaque pays et qui sont accessibles dans chaque hôpitaux et centres de réhabilitation cardiovasculaire pour les patients à haut-risque.
Introduction Enoncé du problème	Il a été prouvé de manière scientifique que la prévention des maladies cardiovasculaires est bénéfique. On a démontré que le style de vie, le management des facteurs de risque ainsi que la médication réduisent considérablement les morbidités cardiovasculaires et la mortalité chez les patients avec de l'athérosclérose et des hauts risque de développer la maladie. Le programme de prévention primaire et secondaire, EUROASPIRE, a été créé en 2000 en Europe, afin de réduire les risques chez les patients avec des maladies coronaires. Il a été développé dans des soins de routine.

	<p>Les résultats ont démontré que ce programme est inadéquat.</p> <p>Le modèle EUROACTION a été développée par la société européenne de cardiologie. Il a pour but d'aider les patients avec une maladie coronaire à changer leur style de vie, leurs facteurs de risque par des buts thérapeutiques qui seront définis dans un programme de prévention. Le modèle veut démontrer l'efficacité d'une prise en charge multidisciplinaire, centrée sur la famille, à l'hôpital VS des soins traditionnels.</p>
Recension des écrits	Le programme à l'étude se base sur les résultats d'un programme réalisé en 2000. Les auteurs se sont référés aux études précédentes.
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Un tableau est disponible afin de démontrer les résultats attendus concernant toutes les variables qui vont être influencées lors de l'étude.</p> <p>Fumée : arrêt de la fumée</p> <p>Alimentation : <10% de graisses saturées par jour, >400gr de fruits par jour, >20gr de poisson par jour, < 30gr d'alcool par jour</p> <p>Corps : BMI<25kg/m2, circonférence de la taille chez la femme <80cm et homme <94 cm.</p> <p>Activité physique : 30-45 min d'intensité moyenne 4-5fois par semaine</p> <p>Tension artérielle : <140/90mmHg (<130/85 chez les diabétiques)</p> <p>Cholestérol : total <5mmol/L, LDL <3 mmol/L</p> <p>Glycémie : <6mmol/L</p> <p>Médication : antiplaquettaires, Bêtabloquants, IEC, statines.</p>
Hypothèses	Les soins traditionnels après une maladie coronaire, ne permettent pas d'influencer de manière optimale les facteurs de risque, le style de vie et l'adhérence.
Méthodes Devis de recherche	Etude randomisée, devis quantitatif.
Population et contexte	<p>Population : réalisé dans 12 hôpitaux : France, Italie, Pologne, Espagne, Suède et Angleterre ainsi que dans 12 centres généraux : Danemark, Italie, Pologne, Espagne, Hollande et Angleterre. Etude réalisée entre 2003 et 2006.</p> <p>Un tableau très détaillé représente tous les échantillons de populations (p.2002).</p> <p>Hôpitaux : patients de moins de 80 ans, maladie coronaire</p> <p>Cabinets médicaux : patients entre 50 et 80 ans patients sans maladie cardiovasculaire mais hauts risque de maladie cardiovasculaire dans les 10 prochaines années, avec traitements mais sans diabètes.</p> <p>Critères d'exclusion pour tous : insuffisance cardiaque, autres problèmes physiques, démence.</p> <p>4 groupes ont été formés et comptent chacun 6 hôpitaux, qui eux rassemblent environ 2000 patients. Ce qui donne un total d'environ 8000 patients identifiés et conviés à l'étude. Environ 2000 patients n'ont pas voulu y participé ou ont été exclus.</p> <p>L'échantillon est donc suffisamment grand pour être représentatif.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Patients en hôpitaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> -groupe d'intervention : patients et partenaires conviés à un entretien infirmier afin d'évaluer leurs style de vie, les facteurs de risque ainsi que le traitement médicamenteux. - groupe contrôle : seulement 18% des patients (sans les partenaires) auront droit à une évaluation des données. <p>→ les deux groupes seront à nouveau entendus après 16 semaines, puis après une année.</p> <p>Patients en cabinet médical :</p>

	<p>-groupe d'intervention : patients et partenaires conviés à un entretien infirmier afin d'évaluer leurs style de vie, les facteurs de risque ainsi que le traitement médicamenteux.</p> <p>- groupe contrôle : 29% sélectionnés (sans partenaires), pour évaluation des données.</p> <p>→ les deux groupes seront entendus après une année.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Programme EUROACTION :</p> <p>-<u>Hôpital</u> : cardiologues, infirmières recrutent les patients et familles. Evaluation de chaque patient avec diététicienne et physiothérapeute. Coaching chaque huit semaines par chaque membre de l'équipe. Les couples participent à des ateliers et des exercices supervisés. Le cardiologue s'occupe de la médication et l'infirmière, chaque semaine, gère les facteurs de risque ainsi que l'adhérence aux traitements prescrits. Après 16 semaines les couples sont réexaminés par toute l'équipe et un rapport sera envoyé à leur médecin de famille.</p> <p>La famille va être impliquée afin d'aider le patient à changer, des entretiens motivationnels vont également être réalisés afin d'avoir de meilleurs résultats.</p> <p>- <u>Cabinet</u> : médecin de famille et infirmières ont recruté les couples. Evaluation par l'infirmière de chaque couple. Les patients se rendent également chaque semaine au départ pour des ateliers avec l'infirmière et le médecin pour les traitements, mais sans exercices supervisés. Les infirmières auront le même comportement que dans les hôpitaux.</p> <p>→ Buts : évaluer le style de vie familial, les facteurs de risque, la médication, l'état de santé, l'anxiété, la dépression, la perception de la maladie et l'humeur. Interventions individuels sur le style de vie et facteurs de risque et support familial.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La consommation de tabac va être évaluée (habitudes, état de santé, changements prévus). La dépendance sera évaluée par le test de Fagerstrom. Les infirmières vont aider les patients à se préparer au changement et de planifier des actions avec des dates. Pour les personnes qui ont arrêté de fumer, le but sera d'éviter qu'ils ne recommencent. ❖ L'alimentation (connaissances et attitudes) va être enseignée par la diététicienne à l'hôpital et par l'infirmière chez le médecin traitant. Les patients rempliront un questionnaire sur les habitudes alimentaires, tiendront un journal de bord alimentaire pendant 7 jours et seront interviewés. Quelques mesures seront relevées : poids, taille, tour de taille, BMI. A l'hôpital les diététiciennes vont effectuer un macrotest sur l'alimentation pendant 24h afin de comparer les différentes cultures. <p>Les diététiciennes (hôpital) et infirmières (cabinet) vont donner des renseignements sur la nourriture, et poser des buts réalistes avec le patient et la famille. Pour les gens avec un BMI plus haut que 25kg/m², le but sera de perdre au minimum 5% de leur poids pendant une année.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ L'activité physique modérée doit être présente 30-45min, 4-5 fois par semaine. Le physiothérapeute (hôpital) et l'infirmière (cabinet) mesurent les habitudes sportives, les capacités fonctionnelles, ainsi que d'autres facteurs pouvant influencer la participation à l'activité physique. Un journal de bord sera tenu sur 7 jours. Un plan d'activités physiques est réalisé de manière réaliste pour la famille. <p>Le physiothérapeute interroge la famille de manière individuelle pour réévaluer les objectifs posés et d'augmenter l'endurance chaque semaine. 60-75% se font de manière individuelle selon des calculs. Il sera prévu en parallèle des exercices en famille et en communauté.</p> <p>En cabinet un plan d'activité sera développé avec des objectifs, mais sans cours de supervision.</p> <p>Un compteur de pas sera proposé au deux groupes afin de motiver le patient et sa famille. Le but est donc d'améliorer les connaissances des participants sur l'activité physique, de les motiver, et de maintenir une activité physique à long terme.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La tension artérielle, le cholestérol et la glycémie seront mesurés lors des contrôles. Les patients avec un début de diabète seront dirigés vers des diabétologues. Les infirmières vont également enseigner les traitements aux familles afin d'augmenter au maximum l'adhérence.

	<p>A l'hôpital les infirmières coordonnent 8 ateliers (un par semaine) : maladie coronarienne ; risques cardiovasculaires ; facteurs de risque et style de vie ; médication ; retour à la vie active et au travail...</p> <p>Au cabinet les interventions se centrent essentiellement sur le style de vie et les facteurs de risque.</p> <p>Après 16 semaines, les patients seront réévalués selon les critères ci-dessus. Les résultats seront envoyés aux médecins de famille. Réévaluation après une année.</p> <p>Analyses laboratoires :</p> <p>- Hôpital : après 16 semaines, des examens de laboratoires ont été fait (cholestérol, triglycérides, glucose) puis après une année. Les différents laboratoires et méthodes de mesures sont décrits dans l'étude.</p> <p>Les consentements ont été signés par chaque participant. Un comité éthique a suivi l'étude de près.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Méthodes statistiques : les analyses statistiques principales traitent principalement des premières mesures (famille, style de vie, tension artérielle, lipides, glycémie, adhérence à la médication). 6 interventions en hôpital vont être comparées à des interventions traditionnelles en hôpital. Tandis que 6 interventions chez le médecin traitant vont être comparées avec 6 soins traditionnels chez le médecin traitant, le tout après une année. Des statistiques additionnelles ont été réalisées pour démontrer l'évolution des états sur une durée d'une année après l'incident cardiaque. Elles y sont décrites de manière très précise dans l'étude. Elles sont significatives.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous différentes manière : tableaux et graphiques puis leurs contenus sont repris sous forme de texte.</p> <p>Tableau 1 : démontre les statistiques démographiques des patients et de leurs partenaires, pour les hôpitaux et les cabinets. On y trouve les taux de participation, l'âge et le sexe ainsi que le diagnostique.</p> <p>Tableau 2 : montre les résultats de la première évaluation (J0) : fumée, cholestérol, BMI, TA, TTT....</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Fumée : chez les patients qui fumait encore un mois avant leur problème cardiaque, un haut taux du groupe d'intervention était non-fumeur une année après, comparé au groupe contrôle. Les partenaires non-fumeurs après une année, ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes. On observe une plus grande diminution (-14%) dans les hôpitaux que dans les cabinets (-7%). ❖ Alimentation : une grande proportion des patients dans le groupe d'intervention vont atteindre les objectifs concernant la graisse saturée, les fruits et légumes... après une année en comparaison au groupe contrôle. Les mêmes résultats ont été relevé dans les groups des cabinets, mais la différence la plus significative est dans les fruits et légumes et dans la consommation d'huile de poisson. La situation des partenaires dans les deux groupes est similaire. ❖ Activité physique : Les patients des groups d'interventions (hôpital et cabinet) montrent des résultats significatifs concernant le sport après une année : une différence d'environ 30% est observée. Chez les partenaires il y a moins de sportif, mais la différence entre les groupe est d'environ 20%. ❖ BMI : Pas de différences significatives entre le groupe d'intervention et contrôle. Environ 20-25% des patients présentent un BMI dans les buts fixés (<25kg/m2). On remarque tout de fois une différence significative dans l'objectif fixé de perdre 5% de son poids entre le groupe d'intervention et contrôle. On le voit en particulier dans le groupe à hauts risques (16% du groupe d'intervention VS 7% groupe contrôle). Les patients suivi à l'hôpital sont 19% du groupe d'intervention VS 13 % du groupe contrôle à avoir perdu 5 % de la masse corporelle. La mesure n'a pas été prise chez les partenaires des groupes contrôles. Pas de différence de l'atteinte du BMI chez les partenaires entre les deux groupes. ❖ Circonférence de la taille : petite amélioration (6 %) non-significative dans le groupe d'intervention. ❖ Tension artérielle : Meilleures TA dans le groupe d'intervention après une année VS groupe contrôle. Différence de 15 % environ. La tension

	<p>systolique s'améliore des suites des interventions. Tandis que la tension diastolique ne varie pas de manière significative.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cholestérol : meilleurs résultats dans le groupe d'intervention mais pas significatif. Le meilleur moyen est donc les interventions ainsi que la médication afin d'atteindre le but visé, ici environ 76% l'atteigne. ❖ Glycémie : Pas de différences entre les deux groupes. ❖ Médication : Les statines ont été le plus prescrits dans les groupes d'intervention. Dans les cabinets il sera plus prescrit d'ACE dans le groupe d'intervention. Les patients prennent en moyenne plus de médicaments dans les cabinets qu'à l'hôpital. Le programme EUROACTION favorise les génériques qui reviennent moins chers.
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le programme préventif d'EUROACTION diminue les risques des maladies coronaires en comparaison aux soins traditionnels en agissant sur les différents facteurs cités si dessus. Le changement de style de vie, de nourriture et l'augmentation de l'activité physique permet aux patients de perdre du poids et pour les personnes à haut risque, de réduire leur obésité. La tension a pu être diminuée également chez les patients du groupe contrôle sans antihypertenseur. Le taux de cholestérol a pu être diminué dans tous les groupes, en particulier chez le groupe à haut risque par la prise de statines. L'utilisation de médicaments est plus grande dans les cabinets. La cessation de fumée est représentée chez les patients d'hôpitaux mais que très peu chez les patients à hauts risque.</p> <p>Ces résultats se montrent encourageant pour la pratique. Le protocole pour l'arrêt de la fumée ne sera pas utilisé pour des raisons de coût. Les mêmes protocoles ont donc été appliqués à l'hôpital et au cabinet, sauf pour la TA et les lipides qui étaient plus conservateur en cabinet. Les patients à hauts risque n'ont pas atteint les buts concernant les lipides</p> <p>Il a été mis en évidence que la réhabilitation cardiaque sur la mortalité, était indépendante du diagnostic, du type de réadaptation, des interventions ainsi que de la durée du suivi.</p> <p>Le programme multidisciplinaire de prévention secondaire réduit les réadmissions à l'hôpital ainsi que la récurrence d'infarctus du myocarde.</p> <p>Dans la prévention primaire il n'y a pas de différence significative sur la mortalité suite à des maladies coronaires. Mais une petite diminution de 10% a pu être relevée. Cette diminution est due à la modeste réduction de tabac, changement dans la TA et les lipides. Mais dans le programme de prévention secondaire il a été démontré qu'il a été plus bénéfique que les soins usuels, par ses interventions combinées aux médicaments, qui ensemble diminuent les événements cardiovasculaires.</p> <p>Principes du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients choisis dans des hôpitaux généraux et cabinets médicaux, où il n'y a pas de centre de réadaptation cardiovasculaire spécialisé. Ceci permettrait donc d'étendre le programme au plus grand nombre de personnes. Le programme s'est destiné à tous les patients recensés par des critères dans le guide. Ces patients étaient de grande priorité. - aucune distinction n'est faite entre les patients ayant déjà eu un infarctus du myocarde et ceux présentant un haut risque. Les mêmes buts ont été posés. - ce programme inclut le partenaire de vie ainsi que les membres de la famille. Les changements effectués par une personne influencent les autres membres par la concordance des styles de vie. - Le programme est coordonné par des infirmières - les points essentiels restent l'évaluation des facteurs de risque ainsi que le management.

	Limitations : Le nombre de participants a nettement diminué durant l'étude. Certains centres n'ont pas fourni tous les résultats de manière assez détaillée (ex. médicaments,...).
Perspectives futures	Les interventions ainsi que le matériel nécessaires ont été conçus pour qu'ils s'appliquent dans tous les hôpitaux ou à domicile. Il peut donc être intégré dans les soins de routine. Un rapport du coût des activités est actuellement en cours.
Evaluation globale	L'étude démontre l'importance d'une approche infirmière multidisciplinaire qui inclue le patient ainsi que sa famille. Les actions sont réalisables dans toutes les institutions. Ces interventions favorisent le rôle autonome infirmier et le promouvoir.

Auteurs : Giannuzzi, P., Temporelli, P., Marchioli, R., Maggioni, A., Balestroni, G., Ceci, V., Chieffo, C., Gattone, M., Griffo, R., Schweiger, C., Tavazzi, L., Urbinatti, S., Valagussa, F. & Vanuzzo, D.

Titre: Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction

Année : 2008

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	Stratégies de prévention secondaire pour limiter la récurrence de l'infarctus du myocarde
Résumé	<p>Introduction : La prévention secondaire n'est actuellement pas adéquate. L'étude va évaluer l'effet de la qualité des soins sur le pronostic à long terme par une réhabilitation intensive après un infarctus du myocarde</p> <p>Méthode : étude randomisée prenant en compte les patients après un infarctus du myocarde en réhabilitation cardiovasculaire, sur un long terme. Comparaison du groupe contrôle qui reçoit des soins traditionnels avec le groupe d'intervention recevant une approche éducative multifactorielle sur une durée de 3 ans.</p> <p>Echantillon : 3241 patients.</p> <p>Première mesure : mortalité, récurrence d'infarctus du myocarde (MI), angor, insuffisance cardiaque, revascularisation urgente.</p> <p>Deuxième mesure : événements cardiovasculaires, événements cérébraux, habitudes de vie et médication.</p> <p>Résultats : 17,2 % des patients souffriront d'un problème de la première catégorie. Le programme d'intervention ne va pas montrer de grandes différences dans la première catégorie, mais des différences significatives dans la deuxième. Une meilleure qualité de vie a été mesurée ainsi qu'une meilleure adhérence aux traitements.</p> <p>Conclusion : L'étude Gospel est la première étude qui démontre sur 3 ans après un IM, que les événements importants de première catégorie ne diminuent pas malgré un programme de rééducation cardiovasculaire intense.</p>
Introduction Enoncé du problème	Durant les dernières années, le programme de rééducation cardiovasculaire s'est beaucoup développé. Diverses interventions sont proposées au patient afin de changer son style de vie, d'arrêter de fumer, de contrôler ses facteurs de risque... La plupart des programmes proposent des interventions mais sur une courte durée. Des études ont démontré que les interventions ne sont pas maintenues par les patients, car ceux-ci ne

	<p>prennent pas suffisamment en compte leurs propres facteurs de risque. Une petite quantité d'étude a démontré que la médication n'est souvent plus adaptée à la sortie de l'hôpital.</p> <p>Le programme de prévention secondaire globale (GOSPEL) mesure l'efficacité de deux stratégies de prévention secondaire avec des différences dans la durée et dans l'intensité des interventions après un IM.</p>
Recension des écrits	Oui, diverses études ont été prises en compte. L'article démontre les similitudes mais aussi les différences des résultats obtenus.
Cadre théorique ou conceptuel	Réhabilitation cardiaque
Hypothèses	<p>Un programme de réadaptation cardiaque sur un long terme et intense permet de meilleurs résultats sur le patient.</p> <p>L'hypothèse se base sur des études antérieures.</p>
Méthodes Devis de recherche	Etude randomisée, devis quantitatif.
Population et contexte	<p>Etude randomisée effectuée dans 78 centres de réhabilitation cardiovasculaire en Italie.</p> <p>3241 patients ont été pris en compte lors de l'étude. En tout 3087 patients participeront à l'étude, 4,7% ont dû arrêter et 4,8% ont décidé d'arrêter. Le nombre était similaire dans le groupe contrôle et d'intervention.</p> <p>Critères d'inclusion : patient ayant eu un IM (moins de 3 mois), fréquentation d'un centre de réhabilitation cardiaque, stationnaire ou ambulatoire</p> <p>Exclusion : âgé de plus de 75 ans, autre maladie (cancer, insuffisance cardiaque...), pathologie limitant l'exercice, incapacité à participer à l'étude pour diverses raisons.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Tous les patients participent pendant un mois à un programme standard de réadaptation : exercices supervisés, cours sur le style de vie, sur les facteurs de risque et sur la médication.</p> <p>Après ce mois, les patients sont séparés en deux groupes, de manière aléatoire. Groupe d'intervention (approche multifactorielle) et groupe contrôle (soins traditionnels) sur 3 ans.</p> <p>La récolte de données est la même pour les deux groupes. Une base de données a été établie. A chaque visite les informations suivantes y sont reportées : signes vitaux, BMI, ECG, symptômes de stress, niveau d'adhérence, anamnèse des événements passés. Une prise de sang sera faite (mesure du cholestérol, des triglycérides, du glucose. Une échographie cardiaque sera réalisée pour calculer la fraction d'éjection du ventricule gauche.</p> <p>Après une année, un test psychologique est fait en prenant en compte l'évaluation de la qualité de vie selon une échelle prédéfinie.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Chaque patient a signé un consentement écrit. Les interventions ont été testées au préalable afin de garantir leur efficacité.</p> <p>Groupe d'intervention :</p> <p>Les interventions multifactorielles sont proposées par une équipe du centre de réadaptation. Celle-ci se compose d'infirmières spécialisées en cardiologie, de physiothérapeutes, d'un cardiologue (superviseur), d'un psychologue et d'ergothérapeutes si nécessaire.</p> <p>Les patients viennent après 1 mois, 6 mois puis chaque 6 mois pendant 3 ans. Chaque session comprend 30 min d'exercices physiques supervisés (ex : aérobic), 1h d'évaluation du style de vie, des facteurs de risque, puis pendant 30 min renforcement préventif. Afin que les patients adhèrent au</p>

	<p>mieux aux changements de style de vie et au management du stress, ils reçoivent chacun une brochure informative. Le support familial est encouragé. Les partenaires de vie sont invités au rendez-vous afin de favoriser au maximum les changements à long terme.</p> <p>Les interventions proposées se basent sur les facteurs de risque propres au patient, à la gestion de son style de vie ainsi que son traitement selon les lignes directives. Le but des interventions est d'encourager à arrêter de fumer, à adopter une alimentation de style méditerranéen, à faire des activités physiques (3h/semaine), de maintenir ou de diminuer le BMI à 25 ou moins, de maintenir une TA dans les normes acceptables, de garder un taux de cholestérol et de glucose dans les normes citées dans l'étude ainsi que de maintenir le traitement médicamenteux.</p> <p>Groupe contrôle :</p> <p>Après une réhabilitation standard en centre de réadaptation, les patients sont convoqués après 6 mois, puis chaque année. Des questions leur sont posées, et des examens physiques et de laboratoires sont effectués. Après chaque session les résultats sont envoyés au patient et à sa famille.</p> <p>Un comité éthique supervise l'étude. Tous les participants ont signé un consentement.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Des analyses statistiques ont été effectuées.</p> <p>Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphiques.</p> <p>Le premier tableau représente les données récoltées chez le groupe contrôle, le groupe d'intervention et chez tous les participants. 3087 participants sont recensés, car 4,7% ont dû arrêter l'étude et 4,8% ont décidé de l'arrêter. Les données de base concernant les participants des deux groupes sont similaires.</p> <p>Tableau numéro 2 et figure 2 : démontrent l'efficacité des interventions sur les premières mesures (mortalité, récurrence d'infarctus du myocarde (MI), angor, insuffisance cardiaque, revascularisation urgente). Les résultats sont répartis en 4 graphiques, ce qui correspond aux différents moments de l'étude. Il en ressort qu'il n'y a pas de différence dans les résultats entre les patients des deux groupes. C'est-à-dire que les interventions proposées n'influencent pas la mortalité, la récurrence, l'angor, l'IC ou la revascularisation d'urgence.</p> <p>Figure numéro 3 : représente sous forme de graphique les habitudes de vie. Les données de base sont similaires. On observe une différence significative dans le groupe d'intervention concernant l'activité physique, le stress et les habitudes alimentaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - activité physique : après 6 mois d'interventions, le groupe d'intervention (24.3%) fait 6% de plus de sport que le groupe contrôle (18,2%). La différence a été maintenue tout au long de l'étude. - Alimentation méditerranéenne : 6 mois après IM : groupe d'intervention : 18% et contrôle 14%, donc une différence de 3.9%. Résultats maintenus durant l'étude. - Gestion de soi et du stress : à 6 mois les résultats doublent dans les deux groupes! 48,1% pour le groupe d'intervention et 40,9% pour le groupe contrôle. On observe donc une meilleure gestion de soi et du stress. - Taux de cholestérol et triglycérides : cholestérol : plus bas dans le groupe d'intervention et diminution du taux (-3,2%) après les 3 ans d'intervention. Triglycéride : le taux diminue également, mais de manière plus significative après 3 ans. La glycémie ne change pas. - BMI : diminution de 0,7% dans le groupe d'intervention et 0,9% dans le groupe contrôle. Après les 3 ans, différence de 0.4% entre les

	<p>deux groupes (1,7%/ 2,1%). Le groupe contrôle obtient donc un meilleur résultat ! Au fil des mois on observe tout de même une augmentation du BMI, après 3 ans les deux groupes ont augmenté de 2-3% !</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fumée : 80,2% du groupe d'intervention ont cessé de fumer, contre 75,1% du groupe contrôle. Différence de 4,2%. Après 3 ans : premier groupe : 75,3% et deuxième 71,1 %. La différence est très petite lorsqu'on compare l'implication des soignants dans le premier groupe pour la prévention. - Tension artérielle : pas de différence significative. Nette diminution chez les deux groupes après 6 mois (environ 10%), puis maintien jusqu'aux 3 ans. La prise des médicaments était similaire dans les deux groupes. Une petite diminution de l'adhérence au traitement a été remarquée chez le groupe contrôle.
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés de manière précise : tableau, graphiques puis commentaires dans le texte. Des statistiques sont mises en évidence pour tous les items.
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>L'étude GOSPEL a été mise en place pour évaluer la prévention secondaire à long terme. Après 3 ans d'interventions multifactorielles sur les facteurs de risque et l'adhérence, les résultats montrent une augmentation de la qualité de style de vie. Presque tous les items ont pu être réduits par ce programme. Les interventions n'ont pas eu d'effets significatifs (-12%) sur la première mesure mentionnée plus haut. La deuxième mesure montre de plus grandes différences : diminution de la mortalité/ IM non-mortel/ attaque de 33%, et de mort cardiaque de 36%. Le taux d'attaques et de mortalité diminuent de 32 et 21%.</p> <p>Les chercheurs ont observé une diminution des événements individuels de 48% dans la réduction des risques d'infarctus du myocarde.</p> <p>Les chercheurs confirment par l'étude que les facteurs de risque et le changement de style de vie ne sont pas maintenus à long terme par les patients qui ont suivi des soins traditionnels. Il avait pu être démontré que l'adhérence aux traitements médicamenteux avait tendance à diminuer après une année. Il est donc important de créer et garder une alliance thérapeutique entre le patient et le professionnel. Le programme GOSPEL a montré une bonne adhérence aux traitements. Toute fois les résultats ne sont pas énormes.</p> <p>L'étude englobe des patients avec des risques relativement faibles. Seulement une petite partie de l'échantillon est âgée de plus de 70 ans et a une fraction d'éjection de moins de 40%. Il est donc nécessaire de rappeler que l'échantillon de population ne représente pas totalement la population. Car dans le monde les soins traditionnels ne comprennent pas toujours un programme de réhabilitation cardio-vasculaire. Ce programme compare donc deux programmes de réadaptation.</p> <p>Les patients qui ont arrêté l'étude ou qui n'ont pas voulu y participer doivent être retenus. C'est-à-dire qu'ils ne montraient pas assez de collaboration au projet et peut-être d'adhérence.</p>
Perspectives futures	Le projet a été piloté par une association scientifique. En considérant ces résultats, ils sont en train de réfléchir pour poursuivre ce programme. Mais ils le considèrent comme infaisable et pas applicable. Ils craignent une erreur de jugement de la part des participants dans les habitudes de vie. Le comité se pose la question si les participants du groupe d'intervention n'ont pas été influencés par le programme et répondent de manière plus positive que le groupe contrôle. Quelques résultats étaient reportés par les patients eux-mêmes et ne permettaient pas de vérification. Nous pouvons nous poser des questions sur les résultats obtenus. En effet, il y a une augmentation de l'activité physique, une meilleure alimentation, une diminution du taux de cholestérol, mais le BMI diminue plus dans le groupe contrôle puis remonte chez les deux groupes après 3 ans !

	Toutes les améliorations apportées par ce programme ont démontré qu'il est nécessaire d'avoir un programme intensif, compréhensible. Cette étude est donc la première à démontrer que des interventions multifactorielles sont efficaces après un IM.
Questions générales Présentation	L'article est bien structuré, toutes les parties sont présentes. Les chercheurs ont détaillés suffisamment pour que l'analyse soit minutieuse.
Evaluation globale	Les résultats pour la pratique infirmière future sont intéressants. En effet on voit qu'une approche multifactorielle est importante et qu'il est nécessaire de poursuivre les interventions sur un long terme afin que les résultats soient le plus bénéfiques possibles.

Auteurs : Robichaud-Ekstrand, S. & Gibbons, C.

Titre : Composantes de la capacité d'auto-soin de personnes ayant subi un infarctus du myocarde et participant à un programme d'exercices à domicile

Année : 2008

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	Composantes de la capacité d'auto-soin de personnes ayant subi un infarctus du myocarde et participant à un programme d'exercices à domicile.
Résumé	<p>Introduction : Une étude a été faite en 1993 par Robichaud-Ekstrand, dans le but de démontrer une amélioration plus précoce de la « capacité globale d'autosoin des participants au programme d'exercices à domicile à la suite d'un récent infarctus du myocarde ». Les auteurs vont reprendre les données trouvées en 1993 pour en effectuer une analyse secondaire et donc trouver la ou les composantes qui engendrent cette amélioration.</p> <p>Méthode : Participants complètent une échelle mesurant les exercices d'auto-soins (ESCA) à l'hôpital puis après la 8^{ième} et 14^{ième} semaine.</p> <p>Cadre théorique : concept de soi, la motivation,...</p> <p>Résultats : Les composantes déterminantes sont l'initiative et la responsabilité. Les patients montrent alors une meilleure attitude à prendre soin d'eux et leur niveau de motivation augmente ce qui les pousse à adopter des comportements de santé plus sains.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>« La maladie coronarienne est la principale cause de décès, d'invalidité et d'hospitalisation dans le monde ». Les soins se sont développés, au même titre que la technologie. Ceci permet donc de diminuer de manière importante le taux de mortalité, mais le taux de morbidité augmente toujours par les survivants de l'infarctus du myocarde (IM).</p> <p>Une quantité de programme de réhabilitation cardiovasculaire ont été développé pour favoriser la guérison et réduire la récurrence. Ceci amène donc à une amélioration de la condition physique, une diminution de la morbidité et de la mortalité. « Ces résultats sont atteints grâce à la pratique d'exercices, à la modification des comportements de santé ainsi qu'à l'adoption de stratégies adaptives visant une meilleure gestion des facteurs de risque cardiovasculaires. »</p> <p>Une grande étude a démontré qu'un programme de réadaptation qui se base essentiellement sur l'exercice, permet de diminuer de 27% le taux de mortalité. Toutefois, les programmes qui incluent aussi des interventions psychosociales et éducationnelles et de l'activité physique, permettent de diminuer la mortalité de 13%. Les femmes et les personnes âgées participent moins à ces programmes de réadaptation.</p>

	<p>Des programmes de réadaptation à domicile ont été développés. Ils sont gérés par des professionnels de la santé, afin qu'ils soient atteignables par le plus grand nombre de personne. Les objectifs visés sont individualisés et spécifiques. Un système de monitoring de l'entraînement physique et des informations envoyées par poste ou téléphone sont des éléments souvent présents.</p> <p>« La capacité à exécuter des actions afin de maintenir sa santé ou son bien-être reflète la capacité d'autosoin de l'individu ». La capacité d'autosoin est mesurée par l'échelle ESCA.</p> <p>L'étude de Robichaud-Eksrand de 1993 a utilisé cette échelle pour évaluer les effets d'un programme d'exercices à domicile sur la capacité d'autosoin des personnes ayant subi un IM. Les résultats ont été présentés, mais on n'y retrouve pas la ou les composantes qui influencent l'autosoin.</p> <p>Ces connaissances permettent à l'infirmière d'évaluer la capacité d'autosoin chez ces patients. Elle peut donc plus facilement développer des programmes pour le domicile en fonction des propres besoins de l'individu.</p> <p>Un auteur cite les critères de l'autosoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - concept de soi - initiative et responsabilité - connaissances et recherche d'informations - engagement versus passivité.
Recension des écrits	<p>Certaines études comparent l'efficacité d'un programme de réadaptation cardiaque à domicile à ceux d'un centre spécialisé. A domicile en comparaison aux soins usuels, on observe une diminution de la TA et un risque moins élevé de récurrence dû à l'arrêt du tabac. Il n'y a cependant pas de différences concernant le cholestérol, la capacité fonctionnelle, l'anxiété ou la dépression. « Le seul résultat non favorable au programme à domicile est le taux de mortalité ».</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Réadaptation cardiaque : Les buts sont un retour optimal à une vie productive dans la société par la pratique de l'exercice, l'adoption de comportements sains concernant la santé, le rétablissement de l'état psychologique et le retour aux activités sociales antérieures.</p>
Hypothèses	<p>« Une ou plusieurs composantes de la capacité globale d'autosoin des participants du programme d'exercices à domicile démontrent des scores supérieurs comparativement à cette capacité chez des sujets qui reçoivent les soins usuels. » L'hypothèse découle des résultats de l'étude de Robichaud-Ekstrand de 1993.</p>
Méthodes Devis de recherche	<p>Plan expérimental pré-test et post-test. Le devis n'est pas mentionné. Comparaison du groupe contrôle (soins usuels) avec le groupe d'intervention (programme d'exercices à domicile avec appels téléphoniques). Les participants sont répartis de manière aléatoire.</p>
Population et contexte	<p><u>Etude de Robichaud-Ekstrand (1993)</u></p> <p>Critères d'inclusion : infarctus du myocarde à faible risque (absence d'ischémie au repos 24h après l'admission), FC <90bts/min au repos, fraction d'éjection > 35%, capacité d'effectuer une épreuve d'effort sur tapis roulant, capacité de lire ou écrire, parlant le français ou l'anglais.</p> <p>Critères d'exclusion : incapacité à évaluer la fréquence, l'intensité ou la durée de l'effort physique, problèmes psychiatriques, désordres métaboliques ou endocriniens, impossibilité d'être joint par téléphone, pas d'antécédents (insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire, arythmies ventriculaires complexes, tachycardie sinusale ou fibrillation auriculaire).</p> <p>93% des participants sont des hommes, 81% travaillent, 56% fument et 66% ont un IMC trop haut.</p> <p>83 personnes ayant subi un IM récent correspondent aux critères (856 sélectionnés au départ).</p> <p>Moyenne d'âge : 52 ans.</p>

Collecte des données et mesures	Instrument de mesure de la capacité d'autosoin : Exercice of self-care Agency (ESCA, cette échelle a été validée par un groupe de 5 juges de la science infirmière). But : évaluer le niveau de prise en charge de la personne à l'égard de ses soins de santé. L'échelle comprend 35 items, chacun comprend 5 choix de réponse. L'échelle évalue : le concept de soi/ l'initiative et la responsabilité/ les connaissances et la recherche d'information/ l'engagement VS passivité. Le résultat le plus haut est de 140 (= perception positive de la capacité d'autosoin et participation active).
Déroulement de l'étude	<p>❖ Programme d'exercices à domicile et suivi téléphonique :</p> <p>Epreuve d'effort limitée à J8 afin de poser des interventions et des objectifs selon les capacités de chaque patient. Programme : 5 séances d'exercices (35-40min), 5x par semaines sur 8 semaines. Chaque séance commence par un échauffement de 10min, puis 20 minutes de marche rapide et 5-10 min de récupération. L'intensité augmente chaque 2 semaine.</p> <p>Appel téléphonique infirmier :</p> <p>Deux appels la première semaine de retour à domicile, puis des appels une fois par semaine pendant 7 semaines. But : renforcer les informations données lors du séjour hospitalier, répondre aux questions (physique et psychologique). L'infirmière récolte des données sur les changements cliniques qui pourraient montrer une intolérance à l'effort. Si besoin elle modifie le programme. L'infirmière encourage le patient aux auto-soins (sport, prise des médicaments, alimentation saine, tabac, gestion du stress). Pas d'appels entre la 8^{ème} et 14^{ème} semaine.</p> <p>❖ Soins usuels : recommandations habituelles données par le service d'hospitalisation, pas individualisé, pas de suivi téléphonique. Les patients choisissent eux-mêmes leurs exercices physiques. L'infirmière téléphone pour évaluer la capacité d'autosoin.</p> <p>Un comité éthique veille au respect des principes éthiques. Les participants ont signé des consentements.</p>
Résultats Traitement des données	Une analyse de variance multi-variée à mesurer les différents résultats obtenus. Tous les résultats sont significatifs.
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, graphiques puis ils sont commentés dans le texte.</p> <p>Tableau 2 : moyennes et écarts-type des capacités d'autosoin</p> <p>Résultat significatif : initiative et responsabilité : différence au pré-congé (meilleur score dans le groupe d'intervention) puis forte augmentation lors de la 8^{ème} semaine et petite diminution pas significative à la 14^{ème} semaine. Le groupe contrôle montrent des résultats moins hauts au départ, mais augmente gentiment à la huitième semaine pour arriver au même score que l'autre groupe à la 14^{ème} semaine.</p>
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les résultats secondaires à l'étude de 1993 démontre que « les participants au programme d'exercices présentent, au pré congé de l'hôpital, un niveau d'initiative et de responsabilité inférieur comparativement aux sujets des soins usuels, malgré des caractéristiques sociodémographiques similaires. Le groupe d'intervention atteint un niveau d'initiative et de responsabilité maximum à la 8^{ème} semaine, mais le résultat final est le même pour les deux groupes. Sous initiative et responsabilité, on comprend un régime équilibré, un programme assidu de sport et une présence aux visites médicales, une volonté de prendre soin d'eux-mêmes et visent une atteinte d'un niveau maximal de bien-être. L'initiative et la responsabilité sont les précurseurs de la motivation.</p> <p>Les auteurs concluent que le suivi à domicile est un catalyseur dans ce cas-là. Bien que les résultats soient similaires après 14 semaines, les personnes ayant subi un événement marquant utilisent des stratégies adaptatives plus tôt que le groupe contrôle.</p> <p>Concept de soi : augmenté par la capacité de se sentir précieux dans sa famille. Les relations familiales et sociales y jouent un rôle essentiel. Les</p>

	<p>personnes avec un bon concept de soi, s'aiment, ont de la joie de vivre, connaissent bien leurs besoins et cherchent à améliorer leur état de santé. Concept de soi= perception que la personne a d'elle-même, de ses forces et faiblesses. Des visites à domicile afin de mieux créer le lien thérapeutique auraient pu aider à augmenter au maximum ce concept.</p> <p>Evaluation de l'intérêt, du savoir et de la compréhension. Score élevé : intérêt pour la compréhension de la maladie, des autosoins. Score relativement élevé à la sortie de l'hôpital chez les deux groupes.</p> <p>Engagement : augmentation de l'énergie ainsi que garder ses résolutions..</p> <p>Limites de l'étude : Les scores de l'ESCA sont élevés à la sortie de l'hôpital, il reste difficile à augmenter la composante d'autosoin et ses composantes.</p> <p>Certains participants ont peut-être fourni des réponses en fonction de ce qui est valorisé socialement.</p>
Perspectives futures	<p>Implication dans la pratique : le programme qui propose un suivi à domicile par des appels téléphoniques est intense dans le but d'augmenter l'initiative et la responsabilité de manière précoce. Une approche multidisciplinaire serait plus bénéfique, comme il a été démontré dans des études antérieures.</p> <p>Implication pour la recherche : il serait intéressant de réaliser une étude quantitative qui « pourrait explorer en profondeur les éléments de l'initiative et de la responsabilité qui aident les personnes cardiaques à se prendre en charge plus rapidement à la suite d'un IM ».</p> <p>Il serait également intéressant de développer une échelle infirmière pour évaluer la capacité d'autosoin des patients après un IM afin d'organiser un suivi spécifique.</p> <p>Le programme d'exercices à domicile et le suivi téléphonique permettent d'accélérer la prise en charge et le retour aux activités antérieures pendant les huit premières semaines suivant le congé de l'hôpital. Il permet aux personnes ayant un plus faible niveau d'initiative et de responsabilité de l'augmenter plus précocement pour arriver aux mêmes résultats que les sujets du groupe de soins usuels.</p> <p>Objectif principal de la réadaptation cardiaque : augmenter la capacité d'autosoin le plus rapidement possible. Une adaptation de l'échelle de l'ECSCA et une intervention multidisciplinaire sont recommandées.</p>
Questions générales Présentation	L'article est très bien structuré. Il est suffisamment détaillé pour une analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	Les résultats mettent en avant l'importance de la multidisciplinarité. Il paraît également important que l'infirmière dispose d'une échelle adaptée, qui pourrait évaluer la capacité d'autosoin du patient de manière précise. Ces résultats seraient alors utilisés par l'infirmière, et l'équipe, afin de proposer le meilleur suivi de réadaptation pour le patient, de manière individuelle.

Auteurs: Zöhre, I. & Fesci, H.

Titre: Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction.

Année : 2007

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	Le titre permet de saisir le problème de recherche. Le contexte n'apparaît cependant pas dans le titre lui-même mais dans le résumé. Population : Des patients ayant eu un infarctus du myocarde. Intervention : Mise en place d'un programme de prévention secondaire géré par les infirmières. Résultat : Le programme a des effets sur le style de vie des patients et les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde.
Résumé	Le résumé contient les principales parties de la recherche. Objectif : L'étude de l'effet d'un programme de prévention secondaire, géré par les infirmières, sur le style de vie des patients et les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde. Type de recherche : quasi-expérimental Echantillon : 36 patients Méthodologie : Le style de vie ainsi que les facteurs de risque sont mesurés à l'hôpital avant la sortie et 14 semaines après. Le programme éducatif de prévention secondaire commence à l'hôpital et continue à la maison 4 fois après la sortie. Résultat : Le résultat de la mise en place du programme a montré une diminution de la pression artérielle, du taux de cholestérol, de l'indice de masse corporelle des patients et du nombre de fumeurs, ainsi qu'une augmentation du nombre de participants étant plus attentifs concernant leurs habitudes alimentaires et l'exercice physique régulier. Conséquence pour la pratique infirmière : Les résultats indiquent que les infirmières peuvent avec succès planifier et mettre en œuvre un « programme de réduction des risques » qui va aider le patient à gérer les facteurs de risque d'un infarctus du myocarde.
Introduction Enoncé du problème	Le problème de recherche est énoncé clairement : Le but de cette étude est d'examiner les effets d'un programme de prévention secondaire géré par les infirmières, sur les facteurs de risque et le style de vie des patients qui ont eu un infarctus du myocarde.
Recension des écrits	Les connaissances sur les variables étudiées sont résumées. Selon une étude les « programmes de réduction des risques » dirigés par les infirmières peuvent être une des stratégies les plus efficaces pour gérer les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Quelques études ont également montré que les interventions à prévention secondaire menées ou supervisées par les infirmières ont un effet positif sur les facteurs de risque et le style de vie mais d'autres montraient cependant que les interventions n'avaient pas d'effets.
Cadre théorique ou conceptuel	Les variables telles que le style de vie et la médication ont été basées sur des « guidelines » nationales et internationales de la prévention d'infarctus du myocarde. Il n'y a cependant dans l'introduction pas la définition de ces concepts. On retrouve dans la méthode sous la classification des données, des explications succinctes des thèmes utilisés dans le questionnaire.
Hypothèses	Les hypothèses découlent de l'état des connaissances. Le développement de l'athérosclérose est associé à des éléments présents dans un certain style de vie tels que la cigarette, une alimentation riche en

	<p>graisses saturées, une inactivité physique et des facteurs de risque tels que l'hypercholestérolémie, l'hypertension et l'obésité. Ces facteurs de risque sont considérés comme réversibles et leur réduction protège contre le développement de maladies cardiaques.</p> <p>Des études indiquent que le changement de style de vie et la prise de traitement peuvent réduire les facteurs de risque et diminuer le risque de récurrence et de mortalité. Les facteurs de risque cardiovasculaires non contrôlés qui contribuent à la morbidité et la mortalité restent très fréquents après un événement cardiaque aigu.</p> <p>Des études ont également montré que l'efficacité d'un programme de prévention secondaire dépend de l'adhérence des patients au changement de vie et au traitement médicamenteux. L'adhérence au changement de vie et aux traitements prophylactiques après un événement cardiaque est cependant très complexe et relève d'un challenge à plusieurs facettes. Des études ont montré que l'augmentation de connaissances sur les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires est facteur contribuant à une meilleure adhérence.</p>
Méthodes Devis de recherche	Etude quasi-expérimentale
Population et contexte	<p>41 patients diagnostiqués d'un infarctus du myocarde ont été recrutés sur une période de 6 mois. Finalement, 36 patients ont continué de participer à l'étude car 5 patients ont dû arrêter pour différentes raisons. L'étude a eu lieu à l'hôpital urbain à Zonguldak en Turquie dans l'unité cardiaque de soins intensifs.</p> <p>Les critères d'inclusion et d'exclusion sont bien décrits.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Un questionnaire développé par les chercheurs a été utilisé pour mesurer le style de vie et la compliance au traitement médicamenteux. Le questionnaire comprenait 4 chapitres principaux incluant la fréquence des repas, des cigarettes, des exercices physiques et de la prise du traitement médicamenteux. La compliance du patient au traitement et au changement de style de vie était aussi déterminée dans ce questionnaire.</p> <p>Le programme éducatif de prévention secondaire comprend 6 thèmes : l'infarctus du myocarde et ses facteurs de risque, l'hypertension, les habitudes nutritionnelles, l'arrêt du tabac, l'activité physique et le traitement médicamenteux. En plus des infirmières, des médecins (traitement médicamenteux) et des diététiciens (habitudes alimentaires) participent au programme.</p> <p>Les variables telles que le style de vie et la médication ont été basées sur des « guidelines » nationales et internationales sur la prévention d'infarctus du myocarde.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est décrite :</p> <p>L'exercice physique, les habitudes alimentaires et la fréquence du nombre de cigarettes étaient évalués à l'hôpital et 14 semaines après. La pression artérielle, l'indice de masse corporelle et le taux de cholestérol sont mesurés avant et après l'intervention. Le programme de prévention commence à l'hôpital trois jours après l'infarctus et continue après la sortie lors de visites à domicile. Un questionnaire a été complété par les chercheurs pour déterminer le style de vie dès que les conditions médicales du patient furent stabilisées. Dès que l'état du patient était stable, les sessions d'éducation individuelles étaient réparties en 6 séances (une séance = un thème) et terminées en 3 jours. Afin de maintenir le suivi du programme après la sortie, chaque patient était visité 4 fois à domicile (à la 2^{ème}, 6^{ème}, 10^{ème}, et 14^{ème} semaine après la sortie). A chaque visite durant entre 30 et 40 min, les buts visés et quotidiens étaient revisités et si nécessaire les sessions d'éducation et de discussion étaient poursuivies. Lors de la dernière visite, les facteurs de risque étaient remesurés, le style de vie et l'adhérence au traitement médicamenteux étaient réévalués. Etant donné que le soutien des membres de la famille est très important pour les patients, celle-ci était invitée à assister aux sessions d'éducation et de discussion.</p> <p>Des mesures appropriées ont été utilisées pour préserver les droits des participants : Une permission écrite a été obtenue de l'université et de l'administrateur de l'état hospitalier. Un consentement éclairé a été obtenu des participants qui étaient d'accord de participer à l'étude. Ils étaient</p>

	également informés de l'objet d'étude. L'anonymat et la confidentialité étaient garantis.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses.
Présentation des résultats	Après l'intervention, la proportion de fumeurs diminue de 61,1% à 13,9%. La proportion de patients faisant attention à leurs apports alimentaires avant le programme était de 5,6% et après de 80,6%. Il y avait également une différence significative dans la pratique d'activités physiques avant (13,9%) et après (86,1%) le programme. Concernant les facteurs de risque des participants, la pression artérielle a diminué de manière significative. L'indice de poids corporel a diminué mais de manière non significative ($p = 0,29$). Ceci étant éventuellement dû, selon les chercheurs, à un délai trop court soit de 14 semaines après la sortie de l'hôpital. Le taux de cholestérol total a diminué de manière significative chez les participants, cependant les valeurs des triglycérides n'ont pas changé ($p = 0,871$). Il a été difficile d'évaluer l'adhérence au traitement des participants car de nombreux patients ont eu des changements de prescriptions dans leur médication pour différentes raisons (mauvais traitement, effets secondaires,...). Trois patients ont arrêté de prendre l'aspirine pendant une semaine en raison des effets secondaires et 2 patients ont arrêté de prendre les comprimés de bêta-bloquants et de nitroglycérines pendant une semaine parce qu'il se sentait bien. L'étude indique aussi de nombreux effets secondaires de différents médicaments (aspirine, bêta-bloquant, nitrate,...) observés chez les participants. Cependant, l'étude a démontré que presque tous les patients prenaient leurs médicaments à la fréquence et à la dose prescrite.
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le programme de prévention secondaire consiste en de l'évaluation, de l'éducation, de la discussion, du suivi, de la référence. Les principaux résultats sont interprétés en lien avec le changement positif sur les facteurs de risque et le style de vie.</p> <p>Ils disent également qu'il y a eu des changements significatifs qui ont eu lieu sur les facteurs de risque et le style de vie des participants après le programme. Ils affirment aussi que 14 semaines c'est très court pour évaluer un changement de comportement car ça demande plus de temps à une personne d'intégrer un nouveau comportement dans sa vie de tous les jours. Ils sont conscients qu'une période de suivi plus longue serait nécessaire afin d'évaluer l'efficacité du programme.</p> <p>Les limitations de l'étude sont décrites. Les chercheurs sont conscients des limites des résultats de l'étude en raison de la petite taille de l'échantillon, de la courte durée du programme et de l'absence de comparaison avec un groupe contrôle.</p>
Perspectives futures	Il est essentiel de planifier de tels programmes et de les mettre en œuvre durant l'hospitalisation et après la sortie lors de visites à domicile afin de réduire les facteurs de risque et l'incidence des événements récurrents d'athérosclérose. Les infirmières peuvent facilement mettre en pratique ce genre de programmes.
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit, bien structuré et bien détaillé.
Evaluation globale	L'étude procure des résultats probants et bien susceptibles d'être utilisés et utile dans la pratique infirmière. Il serait intéressant de refaire une étude dans le même genre en ayant un échantillon plus grand et de le faire sur une période plus grande puis de le comparer à un groupe contrôle.

Auteurs : Cobb S., Brown D. & Davis L.

Titre: Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization.

Année : 2006

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	Le titre permet de saisir le problème de recherche. Population : Des personnes qui ont eu un infarctus du myocarde ou une revascularisation artérielle coronarienne. Interventions : Examiner les interventions qui sont utilisées pour changer le mode de vie et rassembler les plus efficaces. Contexte : Le contexte n'est pas précisé, car il n'est pas le même pour toutes les études analysées. Résultat : Un changement dans le style de vie.
Résumé	Le but : Le but de cette revue de littérature est d'examiner les interventions qui sont actuellement utilisées pour assister le patient dans la réalisation d'un changement de style de vie après un infarctus du myocarde ou une revascularisation artérielle coronarienne. L'efficacité des interventions à réduire de manière significative les facteurs de risque des maladies cardiaques a été analysée. La méthodologie : Des études originales longitudinales et des revues datant entre 1999 et 2004 ont été trouvées sur Pubmed. Huit études sont rentrées dans les critères et présentent des interventions qui ont avec succès augmenté l'adhérence des participants à modifier leur mode de vie. Le résultat : Les stratégies recommandées actuellement pour diminuer les facteurs de risque sont : <ul style="list-style-type: none">- Un suivi fréquent- Un changement de régime intensif- Des exercices physiques en groupe ou individuel- Du coaching- Des groupes de rencontres- De l'éducation thérapeutique concernant la modification sur le style de vie et le changement de comportements- Un programme de réhabilitation cardiaque formel L'implication pour la pratique : Les infirmières peuvent aider à diminuer l'écart entre les recommandations « evidence-based » et la pratique clinique en mettant en œuvre un programme éducatif dans leurs pratiques. Les recommandations incluent la fréquence des visites du suivi, les négociations des plans de traitements personnalisés et un accent général sur le changement de style de vie thérapeutique comme une composante essentielle au plan de traitement.
Introduction Enoncé du problème	Le but de l'étude est d'examiner les interventions qui sont actuellement utilisées pour assister les patients dans leur réalisation du changement de style de vie après un infarctus du myocarde ou une revascularisation artérielle. L'efficacité de ces interventions à réduire de manière significative les facteurs de risque des maladies coronariennes a été étudiée.
Recension des écrits	Selon une étude, les personnes ayant subi un infarctus du myocarde ont un risque de maladies ou de décès 15 fois plus élevé que la population en général. Par conséquent, les patients souffrant de maladies coronariennes sont la première priorité dans la cardiologie préventive. Une autre étude décrit plusieurs facteurs de risque des maladies coronariennes connus tels que le sexe masculin, l'âge avancé, l'histoire de la famille concernant les maladies coronariennes, le diabète, la cigarette, l'hypertension, la dyslipidémie, le surpoids et l'obésité, le manque d'activité

	physique, la consommation d'alcool et certains facteurs diététiques tels qu'un apport en sel et en graisse élevé. De nombreuses études ont démontré que la réduction des facteurs de risque a un effet sur la diminution de la récurrence des événements coronariens et la mortalité des patients qui ont déjà souffert d'un infarctus du myocarde ou d'une revascularisation coronarienne. L'identification des facteurs de risque et des traitements dans les maladies cardiaques incluant le changement thérapeutique du style de vie est crucial dans la gestion de la santé du patient.
Cadre théorique ou conceptuel	Les mots-clés utilisés sont : Les maladies artérielles coronariennes, le changement thérapeutique de style de vie, la réduction des risques et l'infarctus du myocarde
Hypothèses	Cet article est une revue de littérature. Les résultats sont donc issus d'études. Aucune hypothèse n'a été formulée.
Méthodes Devis de recherche	Cet article est une revue systématique de littérature.
Population et contexte	La population répond aux critères d'inclusion suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Des adultes, féminins ou masculins - Ages : plus de 18 ans - Diagnostiqués d'un infarctus du myocarde ou d'une revascularisation artérielle coronarienne, ou les deux, - Participant à une intervention visant à augmenter l'adhérence des participants afin de recommander le changement de style de vie La taille des échantillons des études analysées est adéquate pour la plupart. Deux études ont une taille d'échantillon relativement petite. Les résultats de celles-ci sont cependant appuyés par les autres études.
Collecte des données et mesures	Les mots-clés utilisés sont : « myocardial ischemia », « myocardial revascularization », « health behaviour », « patient education » avec les sous-titres : « prevention and control », « diet therapy » and « rehabilitation ». Les variables ne sont pas décrites dans la revue systématique.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est décrite. La collecte des données a été établie à l'aide de la base de données Pubmed. Les recherches originales longitudinales et les études publiées en anglais entre 1999 et 2004 impliquant les critères ci-dessus (dans la rubrique méthode, population et contexte) ont été analysées. Les études qui ont évalué l'efficacité des thérapies médicamenteuses sur les facteurs de risque ont été exclues. Au total, huit études ayant des interventions efficaces ont été incluses dans la revue de littérature.
Résultats Traitement des données	Les études ont été considérées comme réussies lorsque celles-ci étaient statistiquement significatives et cliniquement pertinentes sur les facteurs de risque mesurés.
Présentation des résultats	Selon Ornish et al., « The Lifestyle Heart Trial » a été le premier test clinique randomisé contrôlé évaluant les effets d'un changement de style de vie sur la régression de l'athérosclérose coronarienne. La réduction significative de sténoses coronariennes a pu être démontrée par angiographie. Les chercheurs tenteraient alors de déterminer quels comportements seraient une priorité de changer et le degré de l'intensité du changement requis pour retarder la progression ou induire la régression d'une maladie coronarienne. Wallner et al. (1999) examinent le besoin des patients de recourir à une revascularisation coronarienne. Ils comparent deux groupes

	<p>d'interventions : Le groupe contrôle reçoit les soins habituels d'un professionnel et est suivi par celui-ci pendant 3 mois. Le groupe d'intervention suit le programme pour modifier le style de vie basé Ornish : il participe à des séances d'1h par semaine pendant 1 mois avec un nutritionniste, puis toutes les 2 semaines pendant 2 mois et enfin 1 fois par mois pendant 1 an. Le temps d'observation a été de 26 mois. Malgré avoir eu plus d'infarctus du myocarde précédemment, une pression artérielle plus élevée et une plus grande activité physique à la base, le groupe d'intervention a significativement amélioré son activité physique, son apport en graisse saturé et monosaturé, son apport en fibre et carbohydrate ainsi que son régime en cholestérol. Le BMI, le poids du corps, la pression artérielle, le taux de cholestérol total, la basse densité de lipoprotéines, tous ces facteurs ont été améliorés dans le groupe d'intervention en suivant le programme Ornish comparés aux résultats de départ. Durant la période de départ, 14 procédures de revascularisation ont été requis dans le groupe contrôle contre 2 dans le groupe d'intervention. Le changement thérapeutique de style de vie utilisé dans le groupe d'intervention a réduit de 74% le besoin d'une revascularisation artérielle coronarienne de manière significative.</p> <p>Aldana et al. ont aussi comparé le programme Ornish mais avec un programme de réadaptation cardiaque traditionnel et un groupe contrôle. Après avoir regardé deux vidéos présentant les différents programmes, les participants ont choisi eux-mêmes leur groupe. Des contrôles à l'aide d'une prise de sang ont été effectués au départ dans les deux groupes. Au sein des deux groupes, une amélioration au niveau des facteurs de risque a été constatée après 6 mois. Le programme de réadaptation cardiaque a induit une réduction significative du tour de taille des patients et une augmentation du HDL. Le programme Ornish quant à lui, a amélioré de manière significative le BMI, le poids, le taux de cholestérol total, le LDL, la glycémie, la consommation de graisse alimentaire, comparé au groupe de réadaptation traditionnelle et au groupe contrôle. Chez les participants du programme de réadaptation traditionnelle, le poids, le BMI et la pression artérielle se sont aggravés tandis que les facteurs de risque du groupe contrôle ont augmenté ou empiré. La médication n'a pas été mesurée ni prise en compte dans les résultats. Les participants à la réadaptation cardiaque traditionnelle ont eu de meilleurs résultats que ceux du groupe contrôle. Cependant, le programme Ornish visant le changement thérapeutique du mode de vie a été plus efficace pour réduire les facteurs de risque.</p> <p>Gordon et al. ont trouvé une diminution des facteurs de risque chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde qui ont participé à une réadaptation cardiaque traditionnelle ou une réadaptation cardiaque supervisée par des médecins et gérée par des infirmières ou encore à un programme d'exercice dirigé par un physiologiste de l'exercice. Les trois groupes ont montré des résultats significatifs dans la diminution des facteurs de risque suivant : la pression artérielle, le taux de cholestérol global, le cholestérol LDL et le poids. Ces trois groupes n'ont cependant pas été comparés à un groupe contrôle.</p> <p>Lispers et al. ont développé un programme de réhabilitation cardiaque pour les patients de moins de 60 ans ayant eu un infarctus du myocarde afin de promouvoir une modification du style de vie. Ce programme dure au total 12 mois. Le programme débute par une hospitalisation de court séjour de 4 semaines et implique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'éducation à la santé sur la cessation du stress, l'alimentation, l'exercice physique et le tabagisme - Le changement de comportement - L'acquisition des compétences - La pratique de nouvelles habitudes - Des entretiens de groupe ou individuel - La prévention de la rechute <p>Chaque participant a une infirmière désignée qui aura le rôle de coach personnel. Les mesures des facteurs de risque ont été effectuées après 4 semaines et 12 mois. Les résultats ont démontré que le BMI des participants a diminué en 4 semaines et a été maintenu après 12 mois. 60% des</p>
--	--

	<p>fumeurs ont arrêtés de fumer durant le programme et pas recommencé après 12 mois. Bien que les résultats ont montré une amélioration considérable, il n'y avait pas de groupe contrôle pour la comparaison.</p> <p>Vale, Jelinek, Best et Santamaria ont mis en place un coaching dans le but de diminuer l'écart de traitement et atteindre le taux de cholestérol cible recommandée. Le groupe contrôle recevait les soins habituels pendant que le groupe d'intervention avait droit au coaching en plus des soins. Les participants au groupe d'intervention ont été contactés par le coach par téléphone 2 semaines après la randomisation soit 3 fois à 6 semaines d'intervalle, puis après 24 semaines pour planifier la prise de sang des 6 mois. Les participants du groupe contrôle ont été contactés 2 semaines après la randomisation par téléphone pour un appel « How are you ? » puis après 24 semaines pour planifier la prise de sang des 6 mois. Les deux groupes ont été encouragés à participer à des programmes de réhabilitation cardiaque séparément. Chaque intervention faite par le coach suit un cycle d'amélioration de la qualité qui implique : a) Un questionnement afin d'évaluer les connaissances, les attitudes et les croyances des participants à propos de leurs facteurs de risque, b) Une éducation concernant le besoin et l'explication du traitement recommandé afin d'atteindre les objectifs en matière de facteurs de risque, c) Un entraînement dans la prise d'assurance pour aider à recevoir les informations du médecin ainsi qu'à demander une thérapie des plus appropriée. d) La mise en place des buts pour la prochaine session et la négociation d'un plan d'action, puis e) les réévaluer lors de la prochaine session de coaching. Les sessions de coaching ont été dirigées par un diététicien avec une expérience dans l'éducation et le domaine cardiovasculaire. Les données des deux groupes ont été comparées. Après 6 mois, le taux de cholestérol total des participants du groupe d'intervention était significativement plus bas que celui des participants au groupe contrôle. Selon les auteurs, ni le type de revascularisation, ni la participation à la réhabilitation cardiaque ont affecté le taux de cholestérol total.</p> <p>Un an après, les mêmes auteurs cités ci-dessus ont refait une étude comparative en augmentant l'échantillon. Les participants venaient de 6 hôpitaux universitaires différents, chaque hôpital avait un coach attitré. Les participants du groupe d'intervention ont également reçu la recommandation de suivre le changement thérapeutique de style de vie recommandé avec une anticipation à une meilleure adhérence aux recommandations du régime et du traitement prescrit par le médecin. Les participants du groupe d'intervention ont reçu par mail une copie du document de leurs facteurs de risque individuels ainsi qu'une charte concernant les objectifs des facteurs de risque à atteindre. Les participants au groupe d'intervention ont eu droit à des sessions de coaching par téléphone après 2 semaines, suivi de 3 sessions à 6 semaines d'intervalle puis un dernier appel à 24 semaines afin d'organiser l'évaluation des facteurs de risque des 6 mois. Les facteurs de risques ciblés ont été élargis pour inclure non seulement le taux de cholestérol total, le sevrage tabagique, la pression artérielle, la glycémie à jeun, l'indice de masse corporelle, l'apport en graisse saturé et l'activité physique. Le groupe contrôle a été seulement contacté à la 24^{ème} semaine afin d'organiser l'évaluation des facteurs de risque des 6 mois. Entre les deux groupes, il n'y avait pas de différences significatives dans les références de base. Six mois après l'intervention, les participants du groupe d'intervention ont vu diminuer de manière significative leur taux total de cholestérol d'une moyenne de 0,54 mmol/L comparé à 0,18 mmol/L dans le groupe contrôle. Comparé au groupe contrôle, les participants coachés ont amélioré de manière significative leur poids, leur indice de masse corporelle, leur matière en graisse totale, leur graisse saturée, leur apport en cholestérol et augmenté leur fréquence de marche. Il n'y a cependant pas eu de différences significatives concernant leur glycémie à jeun, l'arrêt du tabac, la présence en réhabilitation cardiaque entre les groupes.</p> <p>Gleason et al. ont mené une étude plus ciblée examinant le LDL et le changement de poids. Les chercheurs ont analysé si la livraison à domicile de plats préparés ainsi qu'une éducation au patient sur le régime à adopter, faite par téléphone, augmenteraient l'adhérence au régime et la qualité de vie réduisant le taux de cholestérol et le poids. Les participants ont été appelé une fois par semaine afin d'être encouragés, de recevoir un feedback sur le processus et d'avoir l'opportunité de poser leurs questions. Les participants ont aussi reçu des informations écrites concernant l'activité physique, la marche, les boissons, les recettes et des conseils concernant les courses, les repas à l'extérieur et les casse-croûtes. Pendant les 4</p>
--	--

	<p>premières semaines, le déjeuner et le dîner ont été fournis en menus préparés. Pour la seconde moitié de l'étude, des suggestions ont été faites pour la substitution de déjeuner et dîner appropriés. Les plans ont été faits à partir de guidelines. Après 8 semaines, le taux de cholestérol LDL et total, le poids, l'indice de masse corporel ont diminué de manière significative tandis que les taux de triglycérides et de cholestérol HDL n'ont pas changé de manière significative. La période de suivi de 8 semaines ainsi que le manque de groupe contrôle limite le poids des résultats. L'intervention elle-même semblerait avoir une utilité limitée dans la pratique.</p> <p>Masley, Philips et Copeland ont aussi étudié les changements alimentaires. L'accent a été mis sur l'encouragement des patients avec une maladie cardiaque à augmenter leur consommation de fruits, de légumes tout en changeant l'apport en graisse. Les participants divisés en deux groupes avaient le même taux de LDL. Le groupe d'intervention a participé à des cours une fois par semaine pour le 1^{er} mois puis une fois par mois durant une année. Les cours ont été donnés par une infirmière diplômée et impliquait l'éducation diététique, des démonstrations de cuisine et des encouragements afin d'être actif physiquement. Ils ont également reçu un manuel avec des listes de course, des plans de menu et des feuilles pour la surveillance des aliments. Le groupe contrôle a reçu un document sur le régime et des plans de menu mais pas de cours en groupe. Le groupe d'intervention a augmenté de manière significative sa consommation autodéclarée de fruits et de légumes et également augmenté de 45% l'utilisation d'huile monosaturée en cuisine comparé à 1% des participants dans le groupe contrôle. Le groupe d'intervention a aussi diminué de manière significative le niveau de LDL de 0,34 mmol/L. Toutefois, la réduction n'était pas significativement supérieure à celle observée dans le groupe témoin. Le changement du rapport taux de cholestérol total/ taux de HDL, le taux de cholestérol HDL et le niveau de triglycérides n'a pas été significativement chez les participants du groupe contrôle. Les résultats autodéclarés des participants ont introduit un biais potentiel. Les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence car l'étude a eu un nombre relativement haut d'abandon.</p>
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Toutes les interventions étudiées ont impliqué un contact avec un professionnel de la santé plus fréquemment que dans les soins habituels à travers des appels téléphoniques, des visites ou des visites en groupe. Probablement, le fait de parler ou de rencontrer un professionnel de la santé aurait un effet additif sur le fait d'aider les participants à continuer leurs changements de mode de vie thérapeutiques recommandés. L'intervention de coaching qui a englobé la thérapie médicamenteuse appropriée et le changement de style de vie a un effet indépendant statistiquement significatif sur la diminution du cholestérol ainsi que sur d'autres facteurs de risque.</p> <p>Dans la plupart des études analysées, des nutritionnistes intervenaient auprès des participants dans l'éducation au régime afin de promouvoir un cœur sain. Dans de nombreuses études également, les infirmières intervenaient dans l'éducation auprès des patients. Dans une étude, des physiologistes de l'exercice ont intervenu pour fournir des informations au sujet du régime et du style de vie à adopter. Des recherches plus poussées sur les effets de l'éducation par différents professionnels de la santé ont été justifiées.</p> <p>Plusieurs méthodes ont été utilisées pour encourager l'augmentation d'activités physiques : des conseils verbaux, des informations écrites, à travers un programme de réhabilitation cardiaque, par la prescription de plans d'exercices individuels ou la participation à un groupe d'exercice. Trois études ont examiné le comportement en relation avec le tabac. Grâce à l'éducation et le coaching favorisant un changement de mode de vie avec des entretiens individuels et des réunions en groupe, 60% des fumeurs ont arrêté de fumer durant l'étude. La comparaison entre une réhabilitation cardiaque, la gestion de cas par des infirmières et un programme « community-based » n'a pas donné de différences concernant la proportion de participants ayant arrêté de fumer durant l'étude. Une étude a démontré que l'intervention de coaching n'a pas d'effets sur l'arrêt du tabagisme. Une étude a démontré que les cas gérés par les infirmières et supervisés par les médecins, le programme « community-based », la course entraînée par un physiologiste de l'exercice et la réhabilitation cardiaque améliorent de manière significative la pression artérielle des participants, leur taux de cholestérol total et HDL et leur poids. Selon une étude, les patients qui ont participé à une réhabilitation cardiaque n'ont</p>

	<p>pas eu d'amélioration au niveau du taux de cholestérol.</p> <p>Le lien entre la minimisation des facteurs de risque et la réduction de la mortalité et la morbidité a été établi. Des stratégies courantes pour atteindre des niveaux de facteurs de risque cibles recommandés incluent le suivi fréquent, des changements alimentaires intensifs, des exercices individualisés ou en groupe, du coaching, des réunions de groupe, une éducation sur les modifications du mode de vie et les changements de comportement ainsi qu'un programme de réhabilitation cardiaque formel.</p> <p>La majorité des études avait un groupe contrôle qui avait des contacts avec des professionnels de la santé mais pas autant régulièrement que le groupe d'intervention. Il est alors difficile de déterminer à quel degré la fréquence du contact influence le succès de l'intervention implémentée.</p>
Perspectives futures	<p>Selon les chercheurs, plusieurs interventions tirées des études seraient impraticables décrites ainsi mais celles-ci peuvent être modifiées et ensuite appliquées dans la pratique quotidienne. Les professionnels de la santé peuvent assister leurs patients dans la réalisation du changement de mode de vie. Une stratégie qu'avaient toutes les études en commun était d'augmenter le contact avec les professionnels de la santé. Lorsqu'ils introduisaient un changement de style de vie thérapeutique visant tous les facteurs de risque, ils prévoyaient un suivi régulier et fréquent des patients ainsi que du temps pour les questions et les encouragements chez la personne ou par téléphone. Les professionnels de la santé peuvent, dans la pratique, offrir un soutien aux patients qui mettent en œuvre leur changement de mode de vie ou encourager les patients à participer à des réunions en groupe à l'extérieur du secteur médical par exemple des réunions Weight Watcher's. Une attention spéciale devrait être donnée pour agréer à un changement de style de vie thérapeutique en plus d'une thérapie médicamenteuse. Il est aussi important de savoir que les stratégies doivent être personnalisées à chaque patient en considérant leurs problèmes de santé et les risques, les facteurs culturels et financiers qui influencent le changement de comportements. L'implication du patient dans la formulation des buts et la création de son plan d'action donne au patient des étapes concrètes à suivre et lui permet d'illustrer l'importance de l'accompagnement d'un professionnel de la santé afin d'atteindre un changement thérapeutique de mode de vie. Bien que d'autres méthodes apportent des bénéfices similaires aux réhabilitations cardiaques, les professionnels de la santé devraient continuer à adresser des patients en réhabilitation cardiaque tout en appliquant d'autres stratégies pour changer le mode de vie.</p>
Questions générales	
Présentation	<p>Les différents articles sont bien décrits et structurés. On trouve des informations suffisantes quant au déroulement des études et leurs résultats. La revue de littérature en elle-même est bien décrite.</p>
Evaluation globale	<p>Les infirmières en contact direct avec le patient lors des soins peuvent utiliser leurs connaissances sur le patient et sa famille afin de personnaliser les soins et négocier les buts et les plans d'action favorable au patient et aussi gérer une thérapie médicamenteuse.</p>

Auteurs: Leong, J., Molassiotis , A. & Mars, H.

Titre: Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients : the role of health beliefs, locus of control and psychological status.

Année: 2004

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	L'adhérence aux recommandations de santé lors d'un programme de réhabilitation des patients ayant eu un infarctus du myocarde : le rôle des croyances concernant la santé, le locus de contrôle et le statut psychologique.
Résumé	Il contient le but, la méthodologie, les résultats et la conclusion.
Introduction Enoncé du problème	Le but de la recherche est de déterminer le niveau d'adhérence au régime médicamenteux et aux conseils donnés sur la santé des patients participant à un programme de réhabilitation cardiaque après un infarctus du myocarde et d'évaluer le rôle des facteurs influençant l'adhérence.
Recension des écrits	La recension des écrits est riche et donne des renseignements sur les variables étudiées.
Cadre théorique ou conceptuel	Le locus de contrôle (les croyances sur la santé), le support social, l'anxiété et la dépression. Les variables en relation avec l'adhérence : les caractéristiques du traitement médicamenteux, les caractéristiques de la maladie, la relation entre le soignant et le patient ainsi que le lieu de traitement.
Hypothèses	Des facteurs influencent la compliance aux recommandations de santé lors d'un programme de réhabilitation chez les patients ayant eu un infarctus du myocarde.
	Le rôle des croyances concernant la santé, le locus de contrôle et le statut psychologique ont une influence sur l'adhérence.
	Les hypothèses découlent de l'état des connaissances.
Méthodes Devis de recherche	Devis croisé (cross-sectional design)
Population et contexte	Population : Les patients qui ont subi un infarctus du myocarde ces deux dernières années et qui sont en attente d'un programme de réhabilitation cardiaque. Les critères d'inclusion étaient la pose du diagnostic d'infarctus du myocarde entre 3 mois à 2 ans antérieurement à l'étude, l'absence de complications majeures, les patients qui étaient en attente d'un programme de réhabilitation cardiaque, qui étaient orientés dans le temps et l'espace, capable de comprendre l'anglais et volontaire de faire partie de l'étude.
	85 patients ont participé à l'étude.
Collecte des données et mesures	Un questionnaire anonyme incluant différentes échelles et des informations personnelles sur les participants.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Une échelle d'adhérence aux prescriptions du régime médicamenteux et aux conseils de santé 2. Une échelle des croyances concernant la santé qui explique que certains comportements sont directement liés aux croyances

	<p>3. Une échelle multidimensionnelle du locus de contrôle qui comporte trois dimensions : les dimensions internes, les dimensions externes (la chance), l'influence de l'autre (les professionnels de la santé)</p> <p>4. Une échelle concernant le support social : soutien familial, ...</p> <p>5. Une échelle mesurant l'anxiété et la dépression hospitalière</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure a été approuvée par le Comité de Recherche Ethique local. Le questionnaire a été posté aux participants avec une lettre du coordinateur de la réhabilitation cardiaque qui était connu par ceux-ci.</p> <p>Une feuille avec des informations détaillées a également été incluse. La confidentialité des réponses a été assurée. Deux termes clés mentionnés ont été expliqués en bas de page. Les participants avaient pour instruction de retourner le questionnaire rempli dans les deux semaines à venir.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Les statistiques descriptives ont été calculées en tenant compte de toutes les variables de l'étude.</p>
Présentation des résultats	<p>L'échantillon était majoritairement masculin (n=42). La moyenne d'âge était de 65.52 ans. 32.7% des participants étaient encore actifs professionnellement et 42.3% participants étaient retraités. 80.8% des participants ont un passé médical augmentant le risque de coronaropathies. 71.2% des participants étaient ex-fumeurs. 63.5% consommaient toujours de l'alcool, seulement un était totalement abstinent. 26.9% ont répondu qu'ils n'avaient jamais consommés de l'alcool.</p> <p>Les éléments les plus fréquemment adhérents par les participants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le régime diététique (38.5% des participants) - L'activité physique (32.7%) - L'arrêt du tabac (26.9%) <p>La majorité des participants (73.2%) n'étaient pas anxieux ni dépressifs (78.9%). Seul 24.7% des participants présentaient des symptômes d'anxiété et 19.1% des participants présentaient des symptômes de dépression.</p> <p>Concernant les croyances des participants sur la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le score moyen concernant les facteurs internes était de 22.25 (éventail des réponses entre 9 et 36) - Le score moyen concernant les facteurs externes (la chance) était de 18.94 (éventail entre 6 et 34) - Le score moyen concernant l'influence de l'autre était de 24.57 (éventail entre 16 et 36) <p>Des corrélations significatives ont été observées entre les items d'adhérence et toutes les autres variables d'étude :</p> <p>L'adhérence à un régime diététique était fortement corrélée par les encouragements de la totalité de la famille à suivre des recommandations saines. Il y a plus souvent une adhérence aux conseils concernant l'importance d'avoir une activité sociale lorsque la personne a un faible niveau de dépression. Une haute adhérence à l'arrêt du tabac était reliée à un haut niveau d'efficacité personnelle. Le haut niveau d'adhérence à l'activité physique a été relié à un taux bas de dépression, au genre masculin, au passé médical et au haut niveau de motivation à être en bonne santé.</p> <p>Les variables utilisées comme variables dépendantes étaient l'adhérence au régime diététique, la perte de poids, l'activité physique et l'activité sociale. Les variables qui ont été utilisées comme variables indépendantes étaient l'étendu de l'encouragement des membres de la famille à suivre les recommandations de la santé, les obstacles rencontrés, l'efficacité personnelle, la motivation d'être en bonne santé, les facteurs des croyances sur la santé (externes, influence de l'autre), le passé médical, la dépression, l'anxiété et le genre. Concernant l'adhérence au régime diététique, le modèle démontre 38% des variances et la seule variable prédictive a été l'étendu de l'encouragement des membres de la famille à suivre les</p>

	recommandations sur la santé. Concernant l'adhérence à la perte de poids, le modèle démontre 16% de la variance et la seule variable explicative inclut le passé médical, l'anxiété et les facteurs internes des croyances sur la santé. Finalement, concernant l'adhérence aux activités sociales, le modèle démontre 41% de la variance et les variables explicatives sont la dépression, le genre et les facteurs internes de la gestion de la santé.
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>- L'adhérence à la prise de médicament : La plupart des participants adhère à la prise de médicaments prescrits (98.1%). Ce résultat a été étonnant pour les chercheurs car une étude de 1994 a contredit cette affirmation. Les chercheurs affirment que les résultats de leur étude sont douteux et certainement pas fiables voire biaisés car les résultats ont été relevés par auto-évaluation. Il parle à l'avenir de faire une prise de sang afin de contrôler si les participants ont réellement pris leurs médicaments.</p> <p>- L'anxiété : La majorité des participants de l'étude n'étaient pas anxieux. Ce résultat est contredit dans une étude qui affirme que l'anxiété est un problème fréquent qui peut persister au-delà du séjour hospitalier. L'explication de cette contradiction peut être due au manque de sensibilité de l'échelle utilisée pour ce contexte de cardiologie. L'échelle aurait dû inclure davantage les symptômes physiques que psychiques.</p> <p>- La dépression : L'étude a démontré que la majorité des participants n'étaient pas déprimés. Cette indication a été confirmée par une autre étude. Thompson suggère un programme (conseils) simple pour les couples lors du séjour à l'hôpital dirigé par les infirmières qui pourrait réduire l'anxiété et la dépression des patients et l'anxiété de leur partenaire. Les patients qui reçoivent des conseils sont statistiquement moins déprimés et moins anxieux que ceux qui reçoivent des soins de routine.</p> <p>- L'adhérence : Il serait possible qu'une personne étant déprimée soit susceptible d'être moins adhérente. D'un autre côté, les personnes qui doivent déjà prendre régulièrement des médicaments à cause d'une maladie quelconque seraient plus adhérentes à prendre les médicaments prescrits suite à un infarctus du myocarde, ce qui expliquerait le taux d'adhérence de 98.1%. Le schéma thérapeutique ainsi que des facteurs sociaux pourraient influencer positivement l'adhérence. Les avantages de la thérapie améliorent l'adhérence tandis que les effets secondaires la diminuent. Dans ce groupe d'étude, il y a eu une meilleure adhérence à l'alimentation saine comparé à l'activité physique et l'arrêt du tabagisme, la perte de poids, l'activité sociale et la consommation d'alcool. Le résultat concernant l'adhérence à l'alimentation saine est surprenant car une étude a démontré que les patients n'aimaient pas le goût de l'alimentation lors d'un régime cardiaque et donc qu'ils étaient non-adhérents à celle-ci. L'adhérence à l'activité physique a aussi été contredite dans une autre étude lors d'une réhabilitation cardiaque en raison d'une longue période d'exercice de maintenance avant d'en voir les bénéfices. L'adhérence à l'activité physique serait associée à la motivation d'être en bonne santé et l'adhérence à l'arrêt du tabagisme serait liée à l'efficacité personnelle. L'influence du locus de contrôle (interne et pouvoir à l'autre) peut partiellement influencer la variation dans certaines formes d'adhérence et son rôle dans les programmes d'éducation d'où l'importance d'identifier les patients qui seraient à risque d'être non-adhérents. Selon des chercheurs, la perte de poids et la régression des maladies artérielles coronariennes peuvent seulement être évidents après 12 mois suivant la réhabilitation cardiaque. C'est pourquoi la continuité du contact avec le patient est importante pour l'adhérence. La famille du patient ainsi que les soignants sont capables de fournir la continuité du soutien qui est selon Bowman important lors des modifications des habitudes néfastes pour la santé. Une étude a démontré que l'hôpital n'est pas forcément le lieu idéal pour faire des conseils en éducation car le patient est à ce moment-là dans un grand stress. Des patients n'adhèrent apparemment pas à certaines composantes du régime thérapeutique en raison d'incompréhensions ou d'oublis de certains détails. C'est pourquoi, Lindsay suggère d'apporter un support écrit en plus de l'apport d'informations verbales afin d'augmenter significativement les connaissances des patients.</p> <p>Une limite de cette étude est le petit échantillon.</p>
Perspectives futures	La variance d'adhérence à l'alimentation saine des participants serait en partie due à l'encouragement des membres de la famille à suivre les

	recommandations médicales. Les facteurs influençant l'adhérence du patient à une alimentation saine seraient les attitudes et les comportements alimentaires. L'acceptation du régime diététique par le patient pourrait être augmentée en impliquant les amis, les soignants et spécialement la famille du patient dans l'encourageant au changement. Cette affirmation est confirmée par des chercheurs qui sont d'avis que le soutien du partenaire peut augmenter l'adhérence à la réhabilitation. Etant donné que l'implication de la famille dans le processus de la réhabilitation cardiaque a montré son efficacité, les futurs programmes de réhabilitation cardiaque devraient inclure la famille du patient autant que possible. Les professionnels de la santé devraient soutenir les partenaires le plus possible. Cela pourrait être possible en établissant un programme éducationnel pour les partenaires et les participants.
Questions générales	L'article est bien décrit mais moyennement bien structuré, il manque parfois des sous-titres. La généralisation des conclusions n'a pas été abordée.
Présentation	
Evaluation globale	L'étude donne des pistes qui se révèlent utiles pour la pratique infirmière .

Auteur: Linden, B.

Titre: Evaluation of a home-based rehabilitation programme for patients recovering from acute myocardial infarction

Année: 1994

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	P : patients ayant eu un infarctus I : programme de rééducation à domicile Co : comparaison des patients avec ou sans programme de réadaptation
Résumé	Importance de la réhabilitation du patient après un infarctus afin de diminuer le taux de mortalité, de morbidité et de conséquences psychologiques. Méthode : deux groupes, le premier reçoit une brochure et des indications générales, le second un programme de rééducation. Comparaison après six semaines. Résultats : meilleur rétablissement, meilleure perception des progrès, diminution de l'anxiété, pas de changement pour la dépression
Introduction Enoncé du problème	Il est important d'établir un programme de rééducation qui soit bénéfique et justifié au niveau des résultats et des coûts. Des études ont démontré que les patients avec un haut niveau de stress ont trois fois plus de risque de refaire un infarctus. Un programme de relaxation diminue nettement ce risque. Des études démontrent que la dépression est une source importante de mortalité et à long terme, de diminution de la qualité de vie. Les exercices de relaxation diminuent de 20% la mortalité et diminuent le risque de récurrence de 50%. Le guide de santé comprend différents exercices à intensité variable qui s'adaptent selon les besoins du patient. Des études récentes montrent que les différences d'intensité des exercices ont les mêmes effets. Plusieurs études démontrent que les patients et leurs partenaires ont besoin d'informations afin de diminuer leur anxiété (surtout chez les partenaires), car le manque de soutien familial et social est invalidant. Le manuel de la santé contient des informations spécialement pour les partenaires.

Recension des écrits	Ce programme comprend des informations sur la maladie, divers exercices ainsi que de la relaxation et une gestion du stress. Les informations sont destinées au patient et à la famille. Les infirmières expliquent le programme au patient, les guident et prennent contact régulièrement après 1, 3 et 6 semaines après sa sortie de l'hôpital.
Cadre théorique ou conceptuel	Concepts : réhabilitation cardiaque, anxiété et dépression, perception de la santé, relaxation, éducation
Hypothèses	Les patients recevant le manuel de santé se sentent en meilleure santé et remarquent plus leurs progrès que les patients ayant des informations générales. Un plus grand nombre de patients qui reçoit le manuel arrêtent de fumer en comparaison à ceux qui ne le reçoivent pas.
Méthodes Devis de recherche	Etude randomisée. Devis quantitatif.
Population et contexte	Echantillon de 41 personnes d'une unité de service de cardiologie. Deux groupes ont été formés. Critères d'exclusion : patients insuffisant cardiaque, TTT anti arythmique, troubles psychiatriques, illettrés. 7 patients ont été retirés (complications/décès/ démotivation).
Collecte des données et mesures	Un groupe reçoit le programme de réhabilitation de santé dès le 2 ^{ème} jour après son infarctus du myocarde avec des suivis réguliers (après 1 semaine, 3 semaines puis 6). Le programme de réhabilitation contient des exercices, de la relaxation qui s'appliquent de manière individuelle. L'autre groupe reçoit des informations générales ainsi qu'une brochure contenant plusieurs informations avec le même suivi que le premier groupe. 4 infirmières ont été agréées afin de gérer le programme ainsi que d'assumer le suivi. A chaque suivi après 1, 3 et 6 semaines les patients remplissent un questionnaire concernant la fumée, le régime alimentaire, les exercices et la relaxation. Visite à domicile ou appel téléphonique.
Déroulement de l'étude	L'échelle HAD (hospital anxiety and depression) a été utilisée afin de mesurer l'anxiété ainsi que la dépression des patients. Ils seront mesurés au début puis après 6 semaines. Une échelle mesure de 1-10 leur perception de leur progrès physiques, de la fumée. Evalué au début, puis 1, 3 et 6. Un questionnaire mesure la fréquence des visites chez leur généraliste. Un comité éthique veille à préserver les droits des patients. Des consentements ont été signés par les patients.
Résultats Traitement des données	Les résultats sont présentés sous forme de graphiques et de textes.
Présentation des résultats	Confiance dans un rétablissement du patient : Programme de réhabilitation : augmentation de la confiance au fil des semaines, au premier assestement, environ 7.9/10 puis après une semaine 7.7/10, c'est après 3 semaines qu'elle augmente à nouveau pour atteindre après 6 semaines environ 8.5/10. Groupe avec brochure : après une semaine la confiance est d'environ 6,5/10, puis elle augmente à 7.6 après 3 semaines, puis pour finir à 7.5/10 après 6 semaines. D'après les résultats on observe une légère baisse de confiance dans les deux groupes après une semaine, plus dans le deuxième groupe. Le groupe recevant le programme montre une meilleure confiance dans un rétablissement après 6 semaines. La perception des progrès physiques : pas de différences significatives à l'introduction des programmes entre les deux groupes. Après 6 semaines les personnes ayant suivi le programme de réhabilitation ont une meilleure perception de leurs progrès (8.2/10) VS les patients ayant reçu la brochure (7.6/10). Chez le groupe ayant reçu uniquement la brochure, on observe après une semaine une diminution de la perception de progrès

	<p>(6,5/10).</p> <p>Niveau d'anxiété : Réduction significative avec l'introduction du programme de réhabilitation après 6 semaines. 12/17 ont diminué leur anxiété contre 5/17 pour le groupe avec la brochure.</p> <p>Niveau de dépression : Le niveau de dépression ne change pas chez les patients suivant le programme, mais il augmente chez le groupe ayant la brochure. 11/17 des patients avec le programme diminuent leur dépression VS 14/17 ont augmenté leur niveau de dépression avec la brochure.</p> <p>Visite chez le généraliste : pas de différence.</p> <p>Fumée : chez les 5 patients du premier groupe qui fument, un a arrêté. Chez ceux de la brochure 5 sur 8 on arrêté de fumer. Il y a trop peu de patients fumeurs pour que les résultats soient significatifs.</p> <p>Les patients se sont montrés, pour la plupart, très satisfaits avec le programme ainsi qu'avec la brochure et les appels après quelques semaines.</p>
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les résultats de cette étude prouvent que le programme de santé diminue le niveau d'anxiété et de dépression, augmente le niveau de croyance du patient vers un rétablissement ainsi qu'améliore la perception de progrès physique du patient. Il est donc nécessaire d'introduire des exercices progressifs ainsi que de la relaxation.</p> <p>Après un séjour à l'hôpital, lorsque le patient rentre à domicile, il se sent plus vulnérable et craintif. Le programme sur 6 semaines permet donc de prévenir cette vulnérabilité et de la réduire au maximum. Plus les exercices physiques, les activités et la relaxation sont repris rapidement après l'événement cardiaque, meilleurs sont les résultats (diminution des craintes, meilleures confiance).</p> <p>La première émotion suite à un infarctus du myocarde, est l'anxiété. Le programme permet de diminuer considérablement l'anxiété et la dépression. Il a été prouvé que la dépression influence le comportement du patient face à sa maladie ainsi que sa perception de la douleur.</p> <p>Le programme permet de diminuer les coûts dans différents domaines. Les patients consultent à priori moins chez le médecin généraliste. Il faudrait toutefois proposer une étude avec un plus grand échantillon pour en récolter des résultats significatifs.</p>
Perspectives futures	<p>Limitations de l'étude : petit échantillon.</p> <p>Les patients ont été satisfaits par cette méthode. Le programme est facilement réalisable.</p> <p>Les interventions proposées peuvent guider les soignants dans leur prise en charge en milieu de soins aigus.</p>
Questions générales	
Présentation	L'étude comporte les différentes parties nécessaires pour analyser le contenu. Les résultats sont présentés de différentes manières. Très bonne structure.
Evaluation globale	Il aurait été intéressant de réaliser l'étude sur un échantillon plus grand.

Auteur: Thompson D.

Titre: A randomized controlled trial of in-hospital nursing support for first time myocardial infarction patients and their partners: effects on anxiety and depression

Année: 1988

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	P : patients et partenaires après un premier infarctus du myocarde I : interventions infirmières ayant un effet sur l'anxiété et la dépression Co : comparaison de groupes avec et sans programme éducatif infirmier
Résumé	Résumé de la problématique : comparaison du niveau d'anxiété et dépression après un infarctus du myocarde chez les patients et leurs partenaires Méthodologie : comparaison de soixante couples répartis en deux groupes avec et sans programme éducatif (dès 24h jusqu'à 5jours après sortie), utilisation d'une échelle (HAD) mesurant le niveau d'anxiété et de dépression. Résultats : réduction de l'anxiété et de la dépression à la suite du programme éducatif
Introduction Enoncé du problème	Différentes études ont pu mettre en évidence que la prise en charge psychologique du patient ayant subi un infarctus est très bénéfique. Il y a une diminution de la probabilité de récurrence et une meilleure qualité de vie. Toutefois aucune étude ne s'est intéressée à l'impact de la prise en charge du couple sur la qualité de vie. Ceci va donc être étudié dans cette recherche.
Recension des écrits	Différentes interventions ont été proposées et testées dans différentes études comme la relaxation, une gestion du stress, un programme éducatif. Beaucoup de ces interventions demandent un personnel spécialement formé et donc des coûts supplémentaires.
Cadre théorique ou conceptuel	Le support psychologique doit présenter différentes conditions telles que la simplicité/ les interventions doivent être spécifiques, systématiques, graduelles et éducatives/ la dépression doit être prise en compte/ le réseau social du patient doit être intégré dans les soins/ la continuité des soins est assurée.
Hypothèses	L'intégration du partenaire de vie dans le programme éducatif après un infarctus du myocarde aurait un impact significatif sur la prise en charge du patient. Aucune étude ne démontre cette hypothèse, c'est pourquoi elle va être mise à l'étude dans cette recherche. Des connaissances théoriques montrent toutefois que ceci pourrait être bénéfique.
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif. Recherche quantitative comparant soixante couples
Population et contexte	Critères d'inclusion décrits (patients de moins de 66ans, en couple, premier infarctus, parlant anglais, apte à participer). Les critères d'exclusion ne sont pas nommés.
Collecte des données et mesures	Recensement des données personnelles (âge, statut social, durée d'hospitalisation) et médicales (tension, fumeur, ATCD, BMI, sévérité de l'infarctus) Echelle HAD (évaluation de l'anxiété et de la dépression à l'hôpital) : quatorze items. Instrument validé dans des études précédentes. La différence entre les interventions proposées aux deux groupes est que très peu décrite.

Déroulement de l'étude	<p>Après 24h d'hospitalisation, chaque couple est invité à participer à l'étude, ils sont alors répartis dans deux groupes. Les couples vont compléter l'échelle HAD. Les couples du groupe d'intervention sont vus quatre fois (24h, 48h, 73h et 5jours) pendant trente minutes. Le couple est vu ensemble puis quelques minutes séparément. Des informations écrites et orales sont données.</p> <p>Le programme d'éducation est le même pour tous les couples, mais les interventions s'individualisent suivant les attentes et ressources du couple.</p> <p>Le groupe contrôle reçoit des informations standards (causes de la maladie, conséquences, primaire et secondaire prévention, les stratégies pour modifier les facteurs de risque).</p> <p>Les cinq principes du programme :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Informations sur la maladie et la prise en charge hospitalière et convalescence 2) Conséquences physiques et psychiques de l'infarctus 3) Relation de confiance afin de répondre à toutes les questions 4) Discussion avec le couple sur la prise en charge 5) Création d'un climat de confiance et confidentiel pour toutes discussions <p>Le groupe contrôle reçoit alors des soins de routine au niveau médical et infirmier.</p> <p>Supervision d'un comité éthique, les couples ont signé un consentement et l'anonymat est garanti.</p>
Résultats Traitement des données	Les résultats sont démontrés sous forme de tableaux et graphiques.
Présentation des résultats	<p>Les données personnelles et médicales sont recensées dans un tableau. Les résultats sont démontrés sous forme de graphiques. Le tout est résumé sous forme de texte.</p> <p>Pas de différences significatives entre les deux groupes après 24h selon l'échelle HAD.</p> <p>Après cinq jours, des différences apparaissent entre les deux groupes : les patients du groupe d'intervention présentent moins de symptômes dépressifs, et moins d'anxiété. L'anxiété diminue également chez les partenaires, contrairement aux symptômes dépressifs qui n'évoluent pas.</p>
Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>C'est la première étude qui inclut le partenaire de vie. Il est démontré qu'un programme simple incluant le partenaire de vie, réalisé par une infirmière, permet de réduire, de manière significative, l'anxiété et la dépression chez un patient ayant eu un infarctus du myocarde et l'anxiété chez le partenaire de vie.</p> <p>Il est essentiel de proposer un suivi psychologique et des interventions d'éducation directement après un infarctus du myocarde afin d'influencer de manière positive l'état psychologique du patient.</p> <p>Le rôle du partenaire de vie pendant la convalescence est important. Il a été prouvé qu'il influence le rétablissement du patient. Les résultats obtenus confirment l'importance d'un suivi démontré dans d'autres études. Cette étude inscrit en plus la partenaire dans le programme.</p> <p>Les interventions infirmières proposées pendant l'étude sont simples et sont donc facilement applicables dans la pratique, elles ne demandent pas de personnel supplémentaire ou des frais en plus, mais du temps infirmier prévu pour cet effet. Celles-ci sont bénéfiques pour les couples et devraient être faite de manière régulière.</p>
Perspectives futures	<p>L'étude montre que la dépression chez la partenaire se prolonge au-delà des quatre jours, d'autres études sur un plus long terme suivront.</p> <p>Comme démontré il est très important d'offrir un soutien psychologique directement après l'infarctus du myocarde. Le soin doit être proposé de</p>

	manière régulière.
Questions générales Présentation	L'article est bien structuré. Il manque quelques précisions au niveau des instruments et des interventions.
Evaluation globale	L'article propose de bonnes pistes pour développer des interventions psychologiques. Il est intéressant de voir que c'est le premier article qui inclut le partenaire de vie chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde. L'article n'est pas récent, mais il propose de bonnes interventions avec des résultats intéressants qui permettent aux études actuelles de se développer. Les actions proposées sont plus simples mais semblent tout autant bénéfiques.