

La perception de la qualité de vie chez les personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque à domicile : Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

Par

Liliane Sansonnens

Promotion 2009-2012

Sous la direction de Mme Christine Sager Tinguely

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière Soins Infirmiers

Le 24 septembre 2012

Résumé

Etat des connaissances : L'insuffisance cardiaque, maladie chronique, affecte par ses symptômes (dyspnée, fatigue, dépression, etc.) le quotidien et la vie des patients qui en sont atteints. Cependant, malgré les nombreuses études s'intéressant à cette pathologie, rares sont les écrits parlant de la perception par les personnes âgées de leur qualité de vie.

But : Déterminer quels éléments influencent la perception de la qualité de vie des personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque à domicile et de pouvoir, en tant qu'infirmière trouver des pistes pour agir sur la qualité de vie ou du moins, tenter avec le patient de la maintenir, voire de l'optimiser.

Population : La population cible étudiée est les personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque et vivant à domicile. La recherche s'est centrée sur la manière dont les patients perçoivent leur qualité de vie. Seules les études publiées en anglais, français ou éventuellement allemand et italien durant les 10 dernières années ont été retenues.

Méthode : 14 articles issus de banques de données scientifiques (PUBMED) ont été retenus, puis analysés à l'aide d'une grille de lecture critique. Les éléments intéressants de chaque grille ont été synthétisés puis séparés par thèmes similaires.

Résultats : Les recherches qualitatives ont été séparées des recherches quantitatives pour les résultats. De manière générale, les mêmes éléments ressortent, si ce n'est que les recherches qualitatives se centrent plus sur le vécu des patients et les recherches quantitatives sur les variables influençant la qualité de vie. Les facteurs qui influencent principalement la perception de la qualité de vie des patients souffrant d'insuffisance cardiaque sont les limitations physiques, le statut émotionnel et psychologique, les relations sociales, l'âge et le sexe.

Discussion : Au niveau physique, les patients expérimentent des limitations dans la vie quotidienne tandis qu'au niveau psychologique, ils ressentent de l'anxiété et de la dépression. Dans les relations sociales, ils se sentent parfois isolés et ont besoin de soutien. Une différence a pu être mise en évidence entre les sexes : les femmes ont une moins bonne qualité de vie que les hommes lorsqu'elles souffrent d'insuffisance cardiaque. L'âge est également un facteur de diminution de la qualité de vie liée à la santé.

Perspectives : Encourager les patients à s'adapter, stimuler leurs capacités fonctionnelles, diminuer leurs pensées négatives, prodiguer du soutien, gérer le stress et impliquer la famille sont des pistes intéressantes à poursuivre.

Mots clés principaux : Heart failure, quality of life, old people (ou aged), perception, home.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice Mme Christine Sager Tinguely pour m'avoir aidée à traverser cette étape, pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de ces deux années.

Un merci à tous ceux qui ont lu et corrigé mon travail.

Table des matières

Résumé	2
Remerciements	4
Introduction :	7
1. Contexte, problématique et argumentation :	8
2. Concepts /cadre de référence	11
2.1 Spécificités de la maladie chronique	11
2.2 Qualité de vie.....	12
2.3 Insuffisance cardiaque.....	16
2.4 Modèle de la trajectoire vécue de la maladie chronique (Corbin & Strauss)	18
2.4.1 Spécificité des soins à domicile	21
2.4.2 Spécificité des soins infirmiers aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque	22
3. Méthode :	24
3.1 Argumentation du choix du devis :	24
3.2 Étapes nécessaires à la revue de littérature :	24
3.2.1 Concepts et Mots-clés à rechercher :	25
3.2.2 Critères d'inclusion/exclusion	25
3.2.3 Recherche dans les banques de données/stratégies de recherche	26
3.2.4 Démarche d'analyse critique	31
4. Résultats	32
4.1 Démarche de synthèse des données.....	32
4.2 Mise en évidence des grands thèmes ressortis des études qualitatives :	32
4.2.1 Définition de la qualité de vie :	32
4.2.2 Facteurs influençant la qualité de vie :	33
4.3 Mise en évidence des grands thèmes ressortis des études quantitatives :	36
4.3.1 Facteurs influençant la qualité de vie :	36
4.4 Lien avec les concepts et le cadre de référence :	39
4.5 Tableau récapitulatif des études qualitatives et quantitatives	41
5. Discussion	43
6. Implications pour la pratique infirmière	52
7. Apports du travail	57
8. Limites du travail	57
9. Conclusion	58

10.	Bibliographie.....	59
	Articles :	59
	Ouvrages :	62
	Sites internet :	63
11.	Annexes :	65
	Annexe A : Déclaration d'authenticité	65
	Annexe B : Statistiques OFS (données au 01.09.2010)	66
	Annexe C : Grilles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression	67
	Annexe D : Grille d'analyse qualitative.....	72
	Annexe E : Grille d'analyse quantitative.....	73
	Annexe F : Grilles de synthèse des 5 recherches qualitatives.....	74
	Annexe G : Grilles de synthèse des 9 recherches quantitatives.....	105

Introduction :

Lors de nos stages aux soins à domicile, nous avons fréquemment rencontré des personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque. Nous avons pu observer que leur quotidien est rythmé par leur capacité cardiaque à ce moment-là et que le tableau symptomatique est grand, englobant principalement de la dyspnée, des œdèmes et de la fatigue.

Il est difficile pour le soignant, mais surtout pour le patient et sa famille de voir la personne diminuer ses activités pour s'adapter à l'état de son cœur. Par ailleurs, il nous semblait qu'à cause de cette maladie, les personnes avaient tendance à perdre leur indépendance et qu'elles ressentaient un plus grand besoin de suppléance (les efforts leur coûtant trop d'énergie).

Nous nous demandions : Quelle est la qualité de vie de ces patients âgés devant vivre avec tant de contraintes ? Est-ce que les infirmières¹ peuvent contribuer à améliorer cette qualité de vie ?

C'est pourquoi nous avons souhaité nous pencher sur cette thématique afin de pouvoir connaître les éléments qui, selon les patients, affectent le plus leur qualité de vie et plus précisément lorsque ceux-ci vivent encore à domicile. De plus, en tant que futures infirmières, nous avons souhaité trouver des pistes ou interventions que les soignants pourraient mettre en place avec les patients âgés afin d'améliorer leur qualité de vie.

¹ Afin de faciliter l'écriture et la lecture du travail, le terme infirmière sera utilisé au féminin, mais cela englobera également les professionnels de sexe masculin.

1. Contexte, problématique et argumentation :

Depuis plusieurs années, grâce notamment aux progrès de la médecine, l'espérance de vie augmente. De plus, suite au baby-boom de l'après-guerre, le nombre de personnes âgées va augmenter dans les décennies à venir ; dans la population helvétique, la proportion des personnes ayant 65 ans et plus va atteindre les 24% d'ici 2030, puis les 28% en 2060 (contre 17% en 2010) (Höpflinger et al., 2011 & Monod-Zorzi et al., 2007). Cependant, c'est la population de plus de 80 ans qui va très fortement s'accroître. On estime que d'ici 2030, elle aura doublé (Monod-Zorzi et al., 2007).

De plus, nous constatons qu'avec l'augmentation de la population âgée, de plus en plus de personnes devront faire face aux maladies chroniques, génératrices de dépendance fonctionnelle et entraînant des besoins en soins de longue durée (Monod-Zorzi et al., 2007). En effet, ces maladies représentaient 46% de la morbidité mondiale en 2000 et, selon les estimations, elles franchiront les 60% en 2020 (Sager Tinguely et al., 2011). Or, afin que ces patients puissent vivre au mieux, il est très important de mesurer la qualité de vie liée à la santé et de déterminer son impact sur la vie quotidienne (Heo et al., 2009, Moser et al., 2009).

La maladie qui nous intéresse plus particulièrement dans ce travail, l'insuffisance cardiaque, est une affection touchant principalement les sujets âgés. En effet, cette pathologie est l'un des plus grand problème de santé publique en Occident et touche 1 à 2% de la population (Europe et al., 2004). En Suisse, la prévalence de l'insuffisance cardiaque avoisine les 1,4% de la population et l'incidence annuelle augmente avec l'âge (Monod-Zorzi et al., 2007). Par ailleurs, on estime qu'il y a 10'000 nouveaux cas par année en Suisse (ibid, 2007). D'après l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), en Suisse, environ 7000 hommes et 9000 femmes sont décédés en 2008 d'une cause cardiaque². De plus, selon l'Observatoire de la Santé (Obsan)³, « les maladies cardio-vasculaires sont non seulement la principale cause de

² Cf. Annexe B tableau OFS

³ L'Observatoire de la santé (Obsan) analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. L'Obsan agit dans les six domaines de compétences suivants : «Coûts, financement, concurrence», «Population et recours aux soins», «Professions de santé et offre de soins», «Santé mentale, maladie et handicap», «Promotion de la santé et prévention» et «Rapports de santé et monitoring». Source : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/07.html> [Page WEB consultée le 11.09.2012]

mortalité, mais aussi l'une des plus fréquentes causes d'hospitalisation dans la population suisse » (2010, p.29). Selon l'Obsan, (2010), dans le canton de Fribourg, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès (36%), précédant ainsi les cancers (26%).

Selon Stewart et al. (2003), le nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque tendrait à augmenter. Ceci s'expliquant notamment par les progrès médicaux. En effet, grâce à la médecine, le taux de mortalité suite à une attaque cardiaque aiguë (infarctus du myocarde) baisse, mais certains sujets en gardent des séquelles et cela entraîne des maladies chroniques comme l'insuffisance cardiaque. Stewart et al. (ibid) ont mené une étude projective et estime qu'en 2020, en Ecosse, le nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque pourrait augmenter de 24% par rapport à l'an 2000.

Amaral dos Santos et al. (2009) relèvent que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, même s'ils ont un traitement, voient leur vie perturbée à cause de la maladie et cette dernière semble avoir différents impacts sur leur qualité de vie.

En effet, il s'agit d'une maladie entraînant de multiples symptômes physiques et psychologiques (œdèmes, dyspnée, dépression, etc.) diminuant le statut fonctionnel de la personne. A ceci, Zambroski et al. (2005) ajoutent des hospitalisations fréquentes affectant la qualité de vie, l'espérance de vie et la mortalité.

Il est vrai que la prévalence de ces symptômes, considérés comme des fardeaux, augmentent le stress et sont prédictifs d'une qualité de vie diminuée et d'une augmentation des troubles fonctionnels. Assez logiquement, si l'on arrive à reconnaître ces symptômes et à les juguler, ceci pourrait avoir un impact positif sur les capacités fonctionnelles et par répercussion, sur la qualité de vie (Zambroski et al., 2005).

Gott & al., (2006, p.172) préconisent que « l'objectif principal dans la gestion de l'insuffisance cardiaque serait de maximiser l'espérance de vie et d'augmenter la qualité de vie ». Améliorer la qualité de vie des patients est un but qui tient à cœur aux soignants. Mais pour se faire, il ne faut pas oublier que chaque personne y donne un sens différent. Il faut donc être attentif au sens que donne la personne à sa

qualité de vie et aux facteurs qui peuvent l'influencer afin de pouvoir, avec le patient, l'améliorer (Jaarsma et al., 2000).

De nombreuses recherches s'intéressent à l'éducation thérapeutique⁴ du patient souffrant d'insuffisance cardiaque. Cependant, rares sont les écrits parlant de la perception par les personnes âgées de l'impact des symptômes dus à l'insuffisance cardiaque sur leur qualité de vie. Il est donc intéressant de se pencher sur cette thématique.

Par ailleurs, nous pensons que cette démarche est pertinente d'un point de vue infirmier. En effet, ce questionnement à propos de la qualité de vie a son utilité auprès du personnel soignant afin qu'il puisse reconnaître et agir sur les symptômes représentant un fardeau pour les patients et que ces derniers ressentent une amélioration de leur symptomatologie dans leur quotidien. Evaluer la manière dont les personnes âgées perçoivent leur qualité de vie pourrait donner des pistes à l'infirmière afin qu'elle apporte une aide nouvelle à l'amélioration de la qualité de vie.

Suite à la description de la problématique, nous en venons à poser la question de recherche suivante :

Comment les personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque perçoivent-elles leur qualité de vie lorsqu'elles vivent à domicile ? En plaçant le patient et son opinion au centre des soins, quelle aide l'infirmière peut-elle apporter afin d'améliorer la qualité de vie ?

Le but de cette revue de littérature est de pouvoir déterminer quels éléments influencent la qualité de vie des personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque à domicile et de pouvoir, en tant qu'infirmière trouver des pistes pour agir sur cette dernière ou du moins, tenter avec le patient de la maintenir, voire de l'optimiser.

⁴ Il s'agit de prévention tertiaire ; ce type d'éducation s'adresse au patient et à ses proches. L'éducation thérapeutique doit être centrée sur le patient, en tenant compte des quatre dimensions de l'être humain : biologique, psychologique, socioculturelle et spirituelle. Source : Wikipédia, éducation thérapeutique du patient. [Consulté le 01.09.2012]

2. Concepts /cadre de référence

Selon Fortin (2006, p. 91), « Le cadre de référence peut être défini comme une structure abstraite formée d'une ou de plusieurs théories ou de concepts qui sont réunis ensemble en raison des rapports qu'ils ont avec le problème de recherche à définir ».

Le cadre de référence sert à expliquer les concepts et la relation entre ceux-ci. De plus, « il permet d'orienter la recherche dans une direction définie et de lier le sujet d'étude à l'état actuel des connaissances » (ibid, p.91).

Le cadre conceptuel peut englober des concepts (éléments servant à exprimer les pensées, idées et notions abstraites), des énoncés de relation (propositions générales qui mettent en lien les variables), des modèles conceptuels (tentant d'expliquer des phénomènes), et des théories (constituées d'un ensemble de concepts, de définitions et de propositions permettant de comprendre un phénomène).

Afin de mieux pouvoir comprendre la question de recherche, plusieurs thèmes nécessitent un éclaircissement. Voici les cinq concepts et le cadre de référence de la question de recherche : la maladie chronique, la qualité de vie, l'insuffisance cardiaque, les soins infirmiers aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque, les spécificités des soins à domicile et le modèle de la trajectoire vécue de la maladie chronique.

2.1 Spécificités de la maladie chronique

De par son caractère incurable, l'insuffisance cardiaque fait partie des maladies dites « chroniques », nécessitant une prise en soins particulière. En effet, les soins de longue durée que vont recevoir les patients visent le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie en tenant compte de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du malade (Sager Tinguely et al., 2011). Selon l'Obsan, cité par Sager Tinguely et al. (ibid, p. 7), les soins de longue durée regroupent les

soins médicaux, paramédicaux, d'assistance aux « activités de la vie quotidienne » (par exemple, s'habiller, se laver, se lever du lit, aller aux toilettes, se nourrir), et d'assistance aux « activités instrumentales de la vie quotidienne » (telles que téléphoner, payer les factures, faire les courses, préparer les repas, prendre des médicaments, ou faire le ménage).

Le terme « maladie chronique » ne signifie pas forcément que la maladie soit grave, mais qu'elle peut, de manière très aisée, entraîner une « [...] diminution des capacités physiques, psychiques ou cognitives [...] » (ibid, p.8). Lorsque la maladie chronique devient sévère, elle perturbe les activités du quotidien et modifie la qualité de vie (ibid).

Pour le patient, gérer sa maladie implique également d'intégrer celle-ci à sa « nouvelle » vie. C'est pourquoi les besoins d'un patient souffrant de maladie chronique sont spécifiques. Sager Tinguely et al. (ibid) ont mis en évidence 5 axes pour le développement de prises en soins en adéquation avec les attentes des patients :

- Accompagner les personnes en assurant la continuité, tout au long du parcours de la maladie.
- Planification de soins permettant la gestion des symptômes et des traitements dans le quotidien. Prévoir l'enseignement ainsi que les moyens de prévention (éviter les complications, phases aiguës).
- Accompagner les patients dans le vécu de la maladie ainsi que ses conséquences, dans le but de maintenir la qualité de vie.
- Guider la personne quant aux choix de prestations possibles et l'orienter vers les services existants (aides sociales, financières, moyens auxiliaires, etc.).
- Soutenir les proches aidants qui ont une place très importante auprès du patient puisqu'ils constituent son « réseau principal d'aide et de maintien de l'autonomie » (ibid, p. 10).

2.2 Qualité de vie

Comme nous l'avons abordé dans la problématique, l'insuffisance cardiaque a de nombreuses répercussions sur la qualité de vie des personnes. Il est de ce fait primordial de s'y intéresser en tant qu'infirmières intervenant au domicile de la

personne. Améliorer la qualité de vie pourrait permettre aux patients de mieux vivre avec leur maladie.

Selon Formarier & Jovic (2009), le concept de qualité de vie est né dans les années soixante aux Etats-Unis. Il a vu le jour suite à l'augmentation des maladies chroniques, des progrès médicaux et du vieillissement de la population et est, de ce fait, de plus en plus utilisé dans le domaine médical et infirmier (Sager Tinguely et al., 2011).

Sager Tinguely et al., (2011) distinguent la qualité de vie indépendante (facteurs environnementaux, financiers, culturels, sociaux, etc.) de la qualité de vie liée à la santé (qui est un critère d'évaluation de la santé). La qualité de vie liée à la santé s'intéresse aux « conséquences de la maladie et de sa prise en charge sur l'individu, sa vie quotidienne, son bien-être et son degré de satisfaction » (ibid, p. 52).

La notion de qualité de vie a pour objectif de mieux prendre en compte la perception qu'a le patient de son état de santé en mettant au point des instruments de mesure spécifiques. Elle se base sur la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), selon laquelle il ne suffit plus de définir la santé comme l'absence de maladie « mais comme un état complet de bien-être physique, psychologique et social » (Formarier & Jovic, 2009, p. 234). Le fait de se centrer sur l'individu dans sa globalité et de s'intéresser à sa manière d'intégrer la maladie chronique dans son quotidien et à son bien-être sont des objectifs de santé publique (Sager Tinguely et al., 2011) .

Selon Moser et al., la qualité de vie reliée à la santé peut être définie comme un « concept multidimensionnel et subjectif se référant à la manière dont une condition reliée à la santé affecte le bien-être d'une personne en incluant ses capacités fonctionnelles, le statut psychologique, le fonctionnement social et les perceptions liées à la santé » (2009, p. 763).⁵

Pour Formarier & Jovic (2009), la santé prend ainsi un nouvel aspect ; elle n'est plus uniquement centrée sur des éléments tels que la morbidité ou la thérapeutique, mais également sur la fin de vie, la qualité de vie, etc.

⁵ Traduction de l'auteure, 2009 p. 763. Phrase originale : « Health-related quality of life (HRQOL) is a subjective, multidimensional construct referring to how a given health condition affects a person's total well-being including functional capacity, psychological status, social functioning, and health perceptions. »

« Pour Schipper ⁶, améliorer la qualité de vie d'un patient consiste à réduire les répercussions fonctionnelles négatives (sur l'activité physique, l'état psychologique, les relations sociales, etc.) de sa maladie et de ses traitements, telles qu'il les perçoit. » (Arnould & Letzelter, s.d.).

Il est difficile d'arriver à un consensus concernant une définition et les attributs de la qualité de vie, car il s'agit d'un concept abstrait et multidimensionnel. Plusieurs auteurs en ont nommé les principaux éléments. Leplège la qualifie en disant que :

La qualité de vie n'est pas identifiable au bonheur, mais, à l'instar du bien-être, elle relève de ses conditions nécessaires. Elle se définit par rapport au degré de satisfaction d'un ensemble de besoins et de désirs déterminés à partir d'un point de vue qui, idéalement, devrait être celui des sujets (1999, p.124).

Selon Marilyn Bergner (professeure et chercheuse), citée par Leplège (ibid), les principaux domaines de la qualité de vie sont : « les symptômes, le statut fonctionnel, les activités liées au rôle social, le fonctionnement social, la cognition, le sommeil et le repos, l'énergie et la vitalité, l'état ou le statut émotionnel, la perception de la santé et la satisfaction générale à l'égard de la vie » (ibid, p.21). Leplège (ibid) cite également Hunt ⁷, qui soutient que dans une situation pathologique, la satisfaction des besoins augmente la qualité de vie, tandis que les besoins peu satisfaits diminuent celle-ci.

Par ailleurs, selon Cella⁸ cité par Formarier & Jovic, il est important de tenir compte que « la qualité de vie ne peut être comprise que dans la perspective du patient » (2009, p. 234). Leplège répertorie 4 domaines dans lesquels le patient peut définir sa qualité de vie: « l'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques) ; les sensations somatiques (symptômes, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs) ; son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) et ses relations sociales ; son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel » (1999, p. 18). Selon Sager Tinguely et al., la qualité de vie se décline en six domaines : « le domaine physique, psychologique, le niveau

⁶ L'auteur n'est pas référencé sur le site consulté, mais suite aux recherches effectuées, nous avons pu constater qu'il a travaillé sur l'intérêt de mesurer la qualité de vie : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1875788/pdf/canmedaj01393-0062.pdf>, consulté le 09.04.2011

⁷ Dans les notes de bas de page 23 de Leplège, nous pouvons voir que Hunt, S. a participé à l'ouvrage : The QLDS, a scale for the measurement of quality of life in depression, 1992.

⁸ Suite à des recherches sur internet, <http://www.mss.northwestern.edu/faculty/cella.html>, site consulté le 28.08.2012, nous avons découvert que Cella est un psychologue, psycho-oncologue et s'intéresse à la qualité de vie, principalement chez les patients atteints de cancer.

d'indépendance, les interrelations sociales, l'environnement et finalement la spiritualité » (2011, p. 52).

Nous retiendrons de toutes ces définitions qu'il existe de nombreux domaines dans lesquels la qualité de vie peut être évaluée. Cependant, elle doit être définie par le patient car la perception de sa santé est quelque chose de subjectif. De plus, une bonne qualité de vie est nécessaire pour contribuer au bonheur des individus. C'est pourquoi malgré la maladie, il est important que le patient puisse avoir une bonne qualité de vie et ressentir un bien-être physique, psychologique et social.

Aujourd'hui, les chercheurs tentent de développer et d'utiliser des questionnaires afin de mesurer la qualité de vie. En effet, il est primordial de tenir compte des perceptions et des préférences des patients. De plus, Leplège précise qu'« il n'est pas possible de mesurer tous les aspects de l'existence, ni de construire un questionnaire par sujet, il faut, pour mesurer la qualité de vie, la réduire à certaines de ses dimensions » (1999, p. 124). Lorsque l'on évalue la qualité de vie, on ne s'intéresse pas à mesurer un terme aussi vaste mais plutôt à s'attarder sur certains de ses attributs, qui en sont un aspect plus facilement mesurable. De plus, la qualité de vie peut se mesurer d'un point de vue qualitatif et quantitatif. « Les mesures de la qualité de vie liée à la santé visent à améliorer le bien-être et la satisfaction de la population vis-à-vis des traitements et du système de santé » (ibid, p. 11-12).

D'après Formarier (2009), l'intérêt de ce concept dans les sciences infirmières est, qu'à notre époque, les pathologies chroniques sont omniprésentes et en constante augmentation. Il est important que les patients puissent prendre part à leur processus de soin, développer des ressources et bénéficier d'une éducation thérapeutique adaptés à leurs besoins et tout ceci en évaluant leur qualité de vie. De plus, d'après Leplège et Debout (2007), cité par Sager Tinguely et al. (2011) l'objectif des soins infirmiers est de permettre aux patients d'avoir une qualité de vie qui corresponde aux choix de santé du patient.

Pour terminer, en faisant le lien avec notre population, nous pouvons dire que pour la personne âgée, la qualité de vie est influencée par l'autonomie et l'indépendance qu'elle arrive à maintenir (OMS, cité par Sager Tinguely et al., 2011).

2.3 Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est une maladie, qui suite au vieillissement de la population, affecte de plus en plus de patients âgés. Connaître sa physiopathologie permettra par la suite aux soignants de mieux comprendre l'apparition des symptômes et quel est leur impact sur la qualité de vie.

« L'insuffisance cardiaque se définit comme l'incapacité pour le cœur d'assurer, dans les conditions de retour veineux adéquat, un débit sanguin nécessaire aux besoins métaboliques et fonctionnels des différents organes » (Jan, 2000, p. 138).

On peut distinguer l'insuffisance cardiaque gauche, droite ou globale.

Pour ce qui est de l'insuffisance cardiaque gauche, elle apparaît lorsque le ventricule gauche s'abîme, les pressions augmentent alors dans l'oreillette gauche, les veines et capillaires pulmonaires. Le principal symptôme en est la dyspnée, entraînée par la fuite de l'excédent de liquide vers les alvéoles pulmonaires (Monin, 2005).

Les causes de ce dysfonctionnement sont diverses : surcharge de pression (hypertension artérielle, rétrécissement de l'aorte), surcharge de volume (insuffisance mitrale, insuffisance aortique), troubles de la contractilité (myocardiopathies ischémiques, par exemple infarctus du myocarde et myocardiopathies non ischémiques) (Jan, 2000). De plus, chez les personnes âgées, il faut tenir compte du vieillissement physiologique du cœur et de la mort programmée de ses cellules : l'apoptose (Broustet, 1998).

En aval du cœur se crée un bas débit ; les organes tels que les reins, l'abdomen, le cerveau et les membres inférieurs sont insuffisamment perfusés. Les symptômes observés sont une dyspnée à l'effort (évaluée par l'échelle de classification de la New York Heart Association⁹, si elle est présente au repos, cela signifie une aggravation de l'insuffisance cardiaque), fatigue, tachycardie, oligurie, cyanose et utilisation des muscles accessoires de la respiration. Une complication sévère est l'œdème aigu du poumon (OAP). Il s'agit d'une urgence, survenant lorsque la pression, trop élevée dans les capillaires pulmonaires, pousse le plasma dans les alvéoles et cause une asphyxie par manque d'échanges gazeux. Le patient présente

⁹ Stade I : Absence de gêne sauf pour des efforts importants et inhabituels. Stade II : Limitation survenant à l'effort. Stade III : Limitation des gestes de la vie courante. Stade IV : Gêne au moindre effort et dyspnée permanente au repos. (Cohen-Solal, 2006)

une orthopnée (n'arrive à respirer qu'en position assise), sa respiration est bruyante et polypnéique, il est tachycarde au-delà de 100 pulsations par minute, sue et est cyanosé (Prudhomme & Brun, 2009).

L'insuffisance cardiaque droite est principalement due à une insuffisance cardiaque gauche, à une surcharge de pression (hypertension artérielle pulmonaire, rétrécissement mitral, insuffisance respiratoire chronique, embolie pulmonaire), à une surcharge de volume (insuffisance tricuspidiennne) et à une gêne de remplissage du ventricule droit (Jan, 2000).

La défaillance cardiaque droite se caractérise par la pression qui augmente dans les veines caves et, par la suite, dans la circulation systémique. Cela touche particulièrement le foie et les membres inférieurs (conséquence d'une pression augmentée dans les capillaires sous-cutanés ; le plasma s'infiltre dans les tissus). Lors d'insuffisance cardiaque droite, une stase se crée en amont¹⁰ du cœur (Monin, 2005). Les symptômes suivants peuvent être observés : hépatalgies (la pression dans les veines est telle qu'elle distend l'enveloppe hépatique, créant des douleurs), hépato- et splénomégalie, œdèmes des membres inférieurs, turgescence des jugulaires et ascite (Prudhomme & Brun, 2009).

L'insuffisance cardiaque globale réunit les signes de l'insuffisance cardiaque gauche et droite. Les atteintes droite et gauche peuvent être simultanées ou consécutives.

Plus spécifiquement lié à l'insuffisance cardiaque, le traitement a pour but d'améliorer les symptômes et la qualité de vie des patients, de prévenir un plus grand dysfonctionnement des ventricules et de diminuer la mortalité (Jan, 2000). Ceci consiste en une adaptation du style de vie (traitement non-médicamenteux): régime hyposodé, restriction hydrique, surveillance pondérale, efforts modérés, mais également à la prise de médicaments, principalement : diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion et bêtabloquants. Le but de ces traitements est de diminuer la quantité de liquides dans le corps soit par la restriction des apports, soit par l'émission d'urines afin d'éviter une surcharge de travail pour le cœur. De plus, la perte de poids et l'exercice physique sont également encouragés pour améliorer la fonction cardiaque.

¹⁰ Touche les organes qui se situent avant le ventricule droit, c'est-à-dire les veines caves, le foie et les membres inférieurs.

L'évolution de l'insuffisance cardiaque est souvent perturbée par des décompensations aiguës nécessitant un traitement d'urgence.

2.4 Modèle de la trajectoire vécue de la maladie chronique (Corbin & Strauss)

L'insuffisance cardiaque étant une maladie chronique, il semblait intéressant d'aborder le modèle de la trajectoire pour mieux comprendre les répercussions de la maladie sur le quotidien des patients.

Elaboré par Anselm Strauss (sociologue) et Juliet Corbin (infirmière), ce modèle s'intéresse à la maladie de longue durée et au vécu du patient d'un point de vue psychologique et social, au quotidien. Il est conçu en fonction de la maladie qui évolue avec le temps et la manière dont le patient vit avec et la gère. La trajectoire se décline en plusieurs concepts (Sager Tinguely et al., 2011).

- 1) Les phases de la trajectoire : Il s'agit des différentes phases de la maladie que l'on pourrait définir par les variations de l'état clinique.
Il existe 9 phases.
 - a) Pré-trajectoire : avant que la personne ait contracté la maladie.
 - b) Début de la trajectoire : la personne ressent des symptômes, le diagnostic est posé.
 - c) Crise : la personne fait face à une situation menaçant sa vie.
 - d) Phase aiguë : la maladie crée des complications, nécessitant parfois une hospitalisation.
 - e) Phase stable : la maladie et ses symptômes sont sous contrôle.
 - f) Phase instable : phase houleuse, les symptômes sont moins bien gérés mais il s'agit d'une phase moins grave que la phase aiguë.
 - g) Rémission : amélioration d'ordre physique ou mentale.
 - h) Détérioration : détérioration d'ordre physique ou mentale.
 - i) Décès : semaines, jours, heures avant le décès.
- 2) La projection de la trajectoire : Il s'agit de la manière dont la personne malade perçoit le déroulement de sa trajectoire (= sa maladie). Cette perception joue

un rôle dans le positionnement de la personne face à la maladie, par exemple plutôt lutte ou laisser-aller. Il faut savoir que la projection de la trajectoire est quelque chose d'individuel. En effet, chacun a sa propre vision en fonction de ses expériences, croyances et représentations.

- 3) La modélisation ou schéma de la trajectoire : Il s'agit des traitements médicaux et alternatifs ayant pour but de gérer le cours de la trajectoire et les symptômes.
- 4) Les conditions qui influencent la gestion de la trajectoire : Nombreuses sont les conditions qui influencent la trajectoire, que ce soit positivement ou négativement. Lors de maladie chronique, le domicile étant le lieu où s'effectuent la plupart des soins, il est important pour les professionnels de la santé de savoir s'y adapter.
- 5) La gestion quotidienne de la trajectoire : tâche qui revient au patient, à ses proches et aux intervenants, incluant la gestion des crises, des symptômes, du traitement et des effets secondaires et la prévention des complications. La gestion de la trajectoire englobe 3 axes :
(...) gérer la maladie et tirer parti des capacités, gérer la biographie et gérer la vie quotidienne. Un des principaux objectifs est de maintenir le meilleur équilibre possible entre contrôle de la maladie et qualité de vie (Boisvert, 2001, cité par Progin et Weber, 2011, p. 46).

La maladie, lorsqu'elle survient, perturbe le quotidien de la personne, au niveau de son mode de vie, de ses activités, sa vie familiale, etc. Elle doit alors intégrer la maladie et tout le temps que celle-ci nécessite à son quotidien déjà planifié.

- 6) L'influence sur la biographie et la vie quotidienne et réciprocity de l'impact : Lorsqu'un individu découvre qu'il souffre d'une maladie chronique, cela change le cours de sa vie. En effet, il doit sans cesse s'y ajuster. La réciprocity de l'impact fait référence à la difficulté de gérer la maladie et ses complications qui peuvent survenir de l'interaction entre maladie, biographie et

activités de la vie quotidienne. Une personne malade est avant tout une personne ayant son identité, ses rôles sociaux, et à cela vient se greffer celui de malade. Malgré les réaménagements nécessaires, la personne va devoir trouver du sens à la maladie pour se l'approprier. Nous voyons donc que la biographie et la vie quotidienne influencent la gestion de la trajectoire.

Implication pour les soins infirmiers :

Une caractéristique centrale de la gestion de la trajectoire consiste à faire des choix concernant sa vie et les activités quotidiennes, de telle sorte qu'elles soient compatibles avec la prévention, la gestion de la maladie et assurent une bonne qualité de vie (Progin et Weber, 2011, p. 49).

Pour les soignants, il faut que les interventions tiennent compte des interactions entre la maladie, l'histoire de vie et la réalisation des activités de la vie quotidienne. Il est également important de garder en tête que la maladie n'est pas seulement dans l'instant présent, mais qu'elle a un passé et un futur. Par ailleurs, le domicile est le lieu par excellence pour les soins lors de maladie chronique et l'hôpital ou les centres de réadaptation offrent un soutien à la prise en charge.

Le but des soins infirmiers en situation de chronicité est d'aider les patients à façonner le cours de la maladie tout en maintenant la qualité de vie. (...) et sollicite des compétences allant du soin direct, technique, à la surveillance des traitements en passant par le conseil, l'information, l'enseignement et la relation d'aide et de soutien (Progin et Weber, 2001, p. 49).

Suite à ces éléments, nous pouvons constater que l'insuffisance cardiaque, de par ses nombreux symptômes et son caractère incurable, impose au patient bien des réaménagements dans son quotidien. C'est pourquoi nous avons choisi d'exposer le modèle de la trajectoire vécue de la maladie chronique, qui a permis de compléter nos connaissances.

2.4.1 Spécificité des soins à domicile

Ces dernières années, nous avons pu observer que la part des soins en institution a continué de diminuer au profit des soins à domicile. De plus, l'âge d'entrée dans un établissement médico-social est repoussée (Höpflinger et al., 2011).

Il faut savoir que le risque de dépendance augmente avec l'avancée en âge ; jusqu'à la classe d'âge de 75 à 79 ans, la proportion de personnes âgées ayant besoin de soins ne dépasse pas les 10 %. Elle dépasse ensuite les 13 % chez les 80 à 84 ans et atteint les 34 % chez les 85 ans et plus et chez les 90 ans et plus, elle pourrait, selon les estimations, franchir les 50 % (ibid, 2011). Selon les études réalisées en Suisse, 10% des personnes de 65 ans à 75 ans ont besoin d'aide pour une activité de la vie quotidienne (AVQ, par exemple, se laver), alors qu'à partir de 75 ans, 20% des personnes âgées ont des difficultés avec au moins une AVQ (Monod-Zorzi et al., 2007).

Les soins à domicile occupent une place importante auprès de la population vieillissante, de plus en plus exposée à des limitations fonctionnelles (Höpflinger et al., 2011).

En effet, ils offrent des prestations d'aide et de soins extrahospitaliers à un stade de dépendance fonctionnelle dans le but de maintenir le plus longtemps possible une personne à domicile et de diminuer les incapacités. Grâce à ces prestations, les individus peuvent rester dans leur environnement familial malgré un certain nombre d'incapacités, tout en maintenant leur autonomie (Association suisse des services d'aide et de soins à domicile & Monod-Zorzi et al., 2007) .

Selon les prévisions, les besoins en prestations de soins à domicile professionnelles continueront de croître en raison non seulement de facteurs démographiques, mais aussi des aspirations des personnes âgées (souhait de vivre à domicile le plus longtemps possible) et de nouveaux types de logement (hausse du nombre de logements accessibles, développement des formules de logement protégé (Höpflinger, 2011, p. 33).

2.4.2 Spécificité des soins infirmiers aux personnes souffrant d'insuffisance cardiaque

Les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque bénéficient parfois de soins à leur domicile dispensés par des infirmières car la maladie est complexe et les surveillances nombreuses. Or, nous émettons l'hypothèse que souvent la qualité de vie n'est pas (suffisamment) évaluée par les soignants et cela ne permet pas d'avoir une approche centrée sur le patient.

Le rôle de l'infirmière auprès de patients souffrant d'insuffisance cardiaque est de leur enseigner l'importance d'une prise médicamenteuse régulière, d'observer un régime pauvre en sel et de faire un léger exercice physique. Il est également de sa responsabilité de se renseigner sur les connaissances du patient à propos de sa maladie et du traitement médicamenteux (Cohen-Solal, 2006). De plus, c'est elle qui évalue l'efficacité du traitement à travers le contrôle de différents paramètres (signes vitaux, œdèmes, poids, respiration, etc.). Ceci est en lien avec la modélisation de la trajectoire et la gestion quotidienne de celle-ci.

Nous pouvons constater que l'intervention de l'infirmière a pour but de diminuer les complications (rôle de prévention), telles que l'œdème aigu du poumon. A domicile, confrontés à la chronicité de l'insuffisance cardiaque, les professionnels de la santé jouent un grand rôle dans la prévention des rechutes et des réhospitalisations. En effet, dans une étude américaine effectuée par Vinson & Jaarsma, le taux de réadmission des patients hospitalisés initialement pour de l'insuffisance cardiaque atteignait les 30-50% dans les trois mois suivant la première sortie d'hôpital (Monod-Zorzi et al., 2007).

En résumé, le rôle des soignants est d'évaluer la situation dans sa globalité et sa complexité dans le but d'accompagner et d'offrir des soins adaptés au patient, en fonction d'où il en est dans sa trajectoire. En effet, le modèle de la trajectoire est très pertinent lorsque l'on parle de maladie chronique et de soins à domicile. La réussite pour les patients, mais également pour les soignants réside dans le fait que « le malade » a toutes les clefs en main pour gérer sa trajectoire lui-même ou de la manière la plus autonome possible; l'objectif étant la phase stable.

A travers l'élaboration des concepts et du cadre de référence, nous avons pu remarquer que l'insuffisance cardiaque impose au patient de nombreuses contraintes et réaménagements au quotidien et que sa qualité de vie peut être perturbée à cause de ceux-ci.

De plus, du côté des soignants, en dehors du travail de promotion et de prévention qu'ils font en continu, lorsque le patient n'est pas stable avec sa maladie, ceci a des répercussions sur la demande en soins ainsi que la durée de ceux-ci va être augmentée. C'est pourquoi il est important de maintenir, voire d'augmenter la qualité de vie et tout ceci en tenant compte de la trajectoire du patient.

3. Méthode :

3.1 Argumentation du choix du devis :

Selon Loiselle & Profetto McGrath (2007), l'analyse documentaire a un rôle prépondérant lorsque les infirmières souhaitent appuyer leur pratique sur des résultats probants. Le fait d'élaborer une revue de littérature permet tout d'abord de répondre à une question que l'on se pose, de développer ses connaissances sur un sujet donné, puis de porter un regard critique sur tout ce qui a déjà été entrepris comme démarche d'amélioration des sciences infirmières jusque-là. De plus, faire une synthèse des écrits apporte une diversité de méthodes, d'options et d'opinions. Par ailleurs, il est d'autant plus intéressant de se lancer dans une recherche où il existe encore peu de résultats afin d'apporter de nouvelles propositions d'amélioration. Ce phénomène en pleine expansion permettra aux infirmières de trouver rapidement réponse à leurs questions en consultant les bases de données.

Notre question de recherche pourrait très bien trouver réponse par un questionnement expérimental sur le terrain, mais par manque d'expérience des auteurs, elle peut également se réaliser au moyen d'une revue de littérature étoffée. Il est en effet plus pratique, lorsque l'on est novice, de prendre des résultats déjà publiés et cela permet un gain de temps. Au vu de la question de recherche, ayant pour phénomène d'intérêt le vécu des patients, les auteurs ont opté pour des recherches qualitatives, mais lorsque l'on s'intéresse aux facteurs prédictifs de la qualité de vie, les recherches analysées seront quantitatives.

3.2 Étapes nécessaires à la revue de littérature :

De manière générale, une revue de littérature étoffée se structure de la manière suivante : un résumé (abstract) qui synthétise les différentes parties de la revue, l'introduction avec l'état des connaissances amenant à l'élaboration d'une problématique, la méthode contenant la population, la recension des écrits et les stratégies de recherche, la synthèse des données et la discussion se terminant par les implications pour la pratique infirmière (Loiselle & Profetto-Mc Grath, 2007).

3.2.1 Concepts et Mots-clés à rechercher :

Pour élaborer l'état des connaissances, la problématique et le cadre de référence, nous avons commencé par lire des livres et consulter des pages Web de source sûre (médecins, auteurs de référence dans le domaine des sciences infirmières, sites Internet de statistiques suisses) étayant nos connaissances sur la physiopathologie de l'insuffisance cardiaque, l'épidémiologie, le concept de qualité de vie et les soins infirmiers. Les livres sélectionnés étaient pour la plupart récents (parution dans les dix dernières années). Nous avons ensuite trouvé, dans les bases de données (cf. méthode ci-dessous), quelques articles parlant de la qualité de vie également utiles pour le contexte.

La recherche d'articles répondant partiellement à la question de recherche a été effectuée par mots-clés, MeSH terms, mais également en utilisant la bibliographie de certains articles.

3.2.2 Critères d'inclusion/exclusion

Concernant les critères d'inclusion, tout d'abord, la population cible étudiée est les personnes âgées, souffrant d'insuffisance cardiaque et vivant à domicile. Par ailleurs, la recherche s'est centrée sur la manière dont les patients perçoivent leur qualité de vie. Seules les études publiées durant les 10 dernières années en anglais, français ou éventuellement allemand et italien (langues connues par les auteurs) ont été retenues.

Au départ, les études portant sur des personnes jusqu'à 65 ans étaient exclues de cette revue, puis au fur et à mesure la recherche s'est élargie à une population plus jeune, mais dont les résultats pouvaient se transférer aux aînés. Les données recueillies à l'hôpital sont également exclues.

3.2.3 Recherche dans les banques de données/stratégies de recherche

Les associations de mots-clefs et Mesh (stratégies de recherche) essayées sur PUBMED sont :

Stratégie 1 :

Perception, quality of life, heart failure, elderly.

78 articles, 4 retenus

- Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C. & Moser, D.K. (2009). Quality of life in patients with heart failure : Ask the patients. *Heart & Lung march/april 2009*: 100-108.
- Pihl, E., Fridlund, B. & Martensson, J. (2010). Patient's experience of physical limitations on daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal Of Caring Science* : 3-11.
- Hallas, C., N., Wray, J., Andreou, P. & Banner, N., R. (2009). Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 40 (2011), 111-121.
- Paul, S. & Sneed, N. (2002). Patient perceptions of quality of life and treatment in an outpatient congestive heart failure clinic. *Congestive Heart Failure*, 74-79.

Stratégie 2:

"aged" [MeSH Terms] AND "heart failure"[MeSH Terms] AND "needs assessment"[MeSH Terms].

43 articles, 2 retenus

- Cortis, J.D. & Williams, A. (2007). Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review* 54, 263-270.

- Davidson, P.M., Cockburn, J. & Newton, P.J. (2008). Unmet needs following hospitalization with heart failure. Implications for clinical assessment and program planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 23, No 6, pp 541-546.

Stratégie 3 :

"Heart failure " [MeSH Terms] AND patient experience, quality of life.

189 articles, 2 retenus

- Europe, E. & Tyni-Lenné, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart and Lung*, 33, 227-234.
- Yu, D.S.F., Lee, D.T.F., Kwong, A.N.T., Thompson, D.R. & Woo, J. (2007). Living with chronic heart failure : a review of qualitative studies of older people. *Journal compilation*. 474-483. (retenu pour la discussion)

Stratégie 4 :

« Zhan L » [Author], quality of life.

3 articles, 1 retenu

- Xie, J., Wu, E., Q., Zheng, Z., J., Sullivan, P., W., Zhan, L., Labarthe, D., R. (2008). Patient-reported health status in coronary heart disease in the United States : age, sexe, racial and ethnic differences. *Journal of the American Heart Association* 118 : 491-497.

Stratégie 5 :

Heart failure, Health-related quality of life, symptom

49 articles, 2 retenus

- Heo, S., Doering, L.,V., Widener, J. & Moser, D., K. (2008). Predictors and effects of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care* 17, 2 , 124-132.

- Zambroski, C., H., Moser, D.,K., Bhat, G. & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*, 4 : 198-206.

Stratégie 6 :

Heart failure, health-related quality of life, psychological

58 articles, 1 retenu

- Lee, D., T., F., Yu, D., S., F., Woo, J. & Thompson, D., R. (2004). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *The European Journal of Heart Failure*. 7 (2005), 419-422.

Stratégie 7 :

quality of life, older people, heart failure, community.

40 articles, 2 retenus

- Franzen, K., Saveman, B.-I. & Blomqvist, K. (2006). Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (2007) 112-120.
- Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S. Seamark, D. Gariballa, S & Small, N. (2006). Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and ageing* 2006 ; 35 : 172-177.

Stratégie 8 :

quality of life, qualitative research, heart failure, daily living.

25 articles, 1 retenu

- Jeon, Y.-H., Kraus, S.,G., Jowsey, T. & Glasgow, N., J. (2010). The experience of living with chronic heart failure : a narrative review of qualitative studies. *Biomed Central*. 10 : 77. (retenu pour la discussion)

Recherches effectuées sur Google Scholar:

Stratégie 9 :

Effectuée par tâtonnement sur Google Scholar avec les mots clefs : clinical assessment, patients' perceptions of heart failure, quality of life.

Sur la première page des résultats :

- Rector, T.S., Anand, I.S, & Cohn, J.N. (2006). Relationships between clinical assessment and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. Journal of Cardiac Failure, Vol 12, No 2, 87-92.

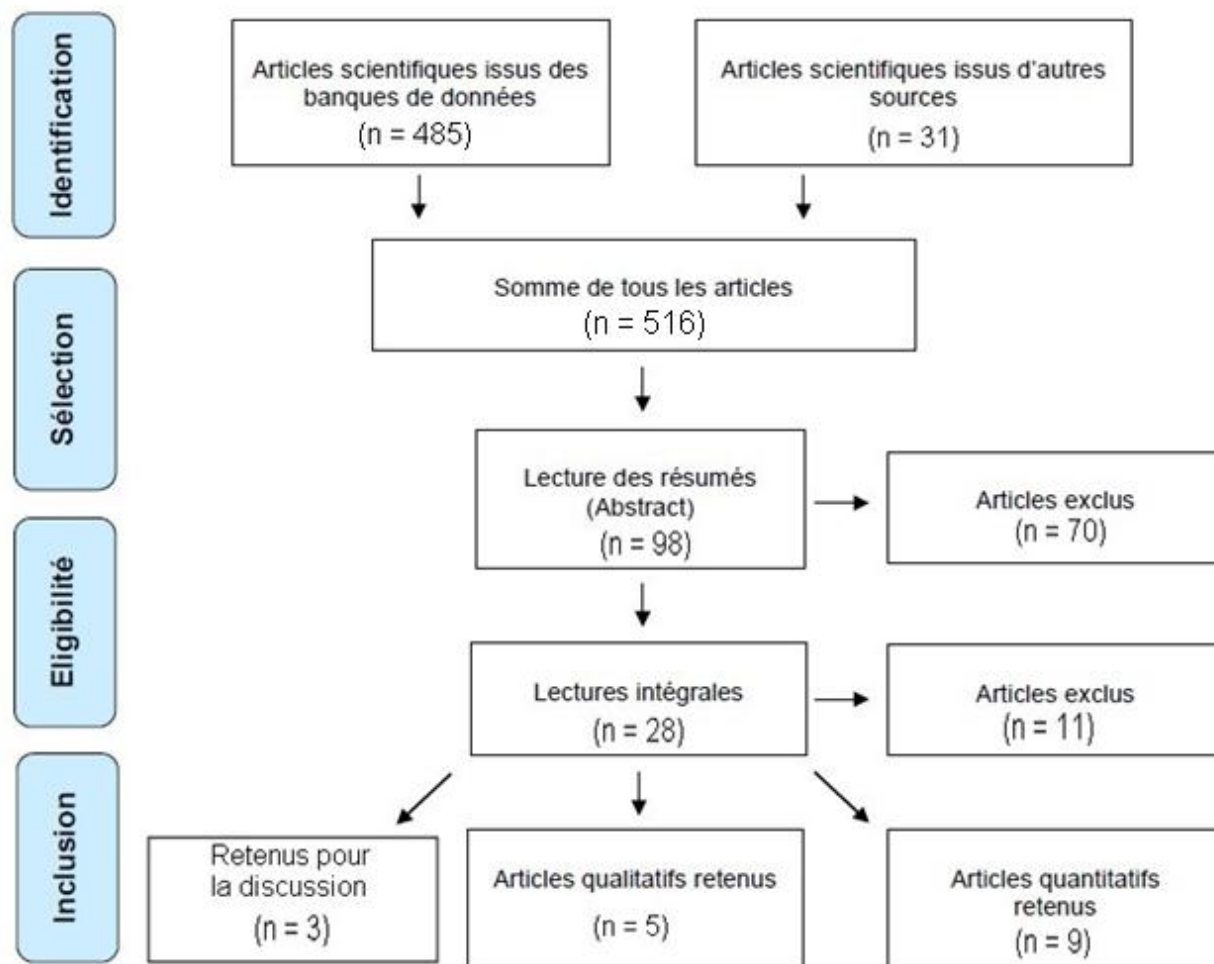
Stratégie 10 :

Effectuée par tâtonnement sur google Scholar avec les mots clefs: interventions, health related quality of life, patients, heart failure.

Sur la première page des résultats :

- Johansson, P., Dahlström, U. & Broström, A. (2005). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure : A review of literature. European Society of Cardiology. 6-15. (retenu pour la discussion)

Figure 1 : Diagramme des stratégies de recherche (Flow Chart) (Prisma, 2009).



3.2.4 Démarche d'analyse critique

Après avoir répertorié quelques articles, nous avons lu chaque abstract et s'il paraissait pertinent (date, structure du texte, auteurs, méthode, etc.), l'article a été consulté en entier. A l'aide des grilles d'analyse (cf. annexes D et E), nous avons ressorti avec nos propres mots les éléments les plus pertinents (recension des écrits, méthode de collecte des données, éthique, résultats, discussion, limites, perspectives, etc.) afin d'évaluer la validité de l'écrit et de pouvoir être critiques. Nous avons ensuite procédé ainsi pour les 14 articles retenus (cf. annexe grilles d'analyse F et G). Si les deux tiers des critères étaient estimés comme suffisants, la recherche était retenue.

Parmi les 14 études retenues, 13 ont été jugées comme pertinentes ou très pertinentes et une seule paraissait peu valide, mais a été tout de même retenue : celle de Rector et al., datant de 2006, mais nous l'avons jugée peu pertinente au niveau de son contenu et non de sa structure. Au sein des études exclues, les raisons étaient souvent qu'elles étaient trop anciennes (datant d'avant 2002) ou que le contenu n'apportait pas suffisamment de données intéressantes. Peu d'études ont été exclues car elles ne correspondaient pas au niveau de leur structure. De plus, nous avons décidé de retenir trois études supplémentaires, que nous n'avons pas analysées car elles n'étaient pas suffisamment pertinentes mais nous pensions qu'elles pouvaient apporter des éléments pour la discussion.

Une fois les 14 grilles rédigées, un récapitulatif des principales idées de chaque étude a été fait et cela a permis par la suite la rédaction de la synthèse des données (cf. résultats).

4. Résultats

4.1 Démarche de synthèse des données

Suite à l'analyse des 14 documents à l'aide de la grille, des thématiques principales ont pu être mises en évidence. Les résultats issus des articles qualitatifs ont été séparés des résultats quantitatifs pour une meilleure pertinence. Dans l'ensemble, les mêmes éléments ressortent des études qualitatives et quantitatives. Cependant, les études qualitatives se centrent plus sur la perception du patient et décrivent de manière plus fine l'expérience des personnes, tandis que les études quantitatives ont ressorti les variables influençant la qualité de vie de nos patients.

4.2 Mise en évidence des grands thèmes ressortis des études qualitatives :

4.2.1 Définition de la qualité de vie :

Selon l'étude de Heo et al. (2009), la qualité de vie a été définie par les patients comme suit : Pouvoir avoir une activité physique et sociale, être heureux et avoir des relations suffisantes avec autrui. A cela s'ajoutent la satisfaction et pouvoir « faire ce que je veux ». Une majorité des patients évalue sa qualité de vie comme « bonne » ou « très bonne » malgré une augmentation des limitations physiques. Dans cette étude, si la qualité de vie était évaluée de manière négative, la cause était les limitations physiques. D'autres patients souhaitaient augmenter leur qualité de vie pour pouvoir faire ce dont ils avaient envie. Selon l'étude de Paul et al. (2002), la qualité de vie est avant tout physique et est comparée avec les capacités d'avant la maladie, mais elle a également une composante spirituelle et sentimentale. De plus, il a été formulé que le fait de pouvoir prendre soin de soi et de participer aux activités de la vie quotidienne améliorerait la qualité de vie.

4.2.2 Facteurs influençant la qualité de vie :

1) Limitations physiques : L'insuffisance cardiaque impose aux patients de nombreux symptômes, dont les plus fréquents sont la dyspnée, la fatigue et les vertiges (Europe et al., 2004 & Heo et al., 2009). Ceci génère une diminution de la qualité de vie (Heo et al., 2009) et un besoin de repos (Pihl et al., 2010). Les activités quotidiennes (port de charges, ménage, se doucher etc.) en sont perturbées et l'énergie au cours d'une journée est variable. Un temps pour le repos est nécessaire (Pihl et al., 2010). Or, il est important pour les patients de pouvoir prendre soin d'eux-mêmes (Paul et al., 2002). Les moyens utilisés sont la planification des activités (Europe et al., 2004, Paul et al., 2002 & Pihl et al., 2010), ainsi que le soutien dans les activités de la vie quotidienne mais en veillant à ne pas être un fardeau pour autrui.

De plus, les capacités physiques sont diminuées par rapport à avant la maladie. En effet, les patients se retrouvent face à des incapacités. Or, il arrive parfois que les patients n'aient pas conscience de ces incapacités, ceci diminuant leurs possibilités de s'adapter et se retrouvent « emprisonnés » dans la maladie (Europe et al., 2004). Au contraire, le fait d'être conscient de ses capacités et incapacités permet une meilleure adaptation ; les patients développent de nouvelles stratégies (exemple : diminuer l'effort physique), restent actifs et cela leur confère une certaine liberté (Heo et al., 2009). Par ailleurs, certains patients souhaitent améliorer leur capacité physique (exercice, entraînement) car cela permet d'augmenter leur satisfaction (Pihl et al., 2010). Cependant, d'autres ont la perception de ne pas être capables et se réfugient dans une attitude passive et ressentent de la peur ; les menant à une diminution des activités (Paul et al., 2002).

Les comorbidités (maladies « physiques » comme le diabète, la maladie rénale, etc.) ont également un rôle prépondérant sur la baisse de la qualité de vie, parfois même plus que l'insuffisance cardiaque elle-même (Heo et al., 2009).

Schutzer cité par Pihl et al. (2010), note que les patients âgés éprouvent moins d'intérêt pour les activités physiques car ils les voient plutôt comme un loisir et non comme un moyen de promotion de la santé.

Les limitations physiques créent également divers sentiments : diminution de l'estime de soi, isolement physique, psychique et social et perte d'indépendance. De cela découlent des stratégies de coping ¹¹, qui associées aux ressources des patients, permettent de trouver des moyens d'adaptation, comme par exemple développer de nouveaux loisirs (Cortis et al., 2007).

2) Statut émotionnel et psychologique : Le statut émotionnel est étroitement lié aux limitations physiques ; ils s'influencent mutuellement. En effet, les symptômes physiques créent de l'anxiété, de la dépression, de la nervosité et amènent le patient à un changement d'identité. Dans l'autre sens, les valeurs et croyances ont une influence sur le comportement, par exemple peur du danger versus prise de risque (Pihl et al., 2010). La manière dont les patients font face aux demandes de leur situation influence le degré d'adaptation à long terme et la satisfaction de la vie (Europe et al., 2004). Les stratégies psychologiques utilisées sont : rester calme, ne pas s'inquiéter, rester positif (ibid). Il est vrai qu'une attitude positive, de la bonne humeur ainsi que le fait de se fixer des objectifs améliorent la perception de la qualité de vie (Heo et al., 2009). De plus, les patients essaient de trouver un équilibre entre la santé et la maladie et estiment qu'il est important d'informer leur entourage de la maladie et de ses conséquences (Europe et al., 2004). Un autre élément prépondérant est le fait qu'ils préfèrent la qualité de la vie à la quantité (ibid). Dans l'étude d'Europe et al. (2004), la question de la mort est abordée ; les patients savent que leur maladie est fatale et ils ont peur de mourir lors de dyspnée et pensent à leur famille qu'ils vont laisser seule.

3) Relations sociales : Le rôle social est perturbé par la fatigue, la diminution des capacités physiques, etc. Les patients se sentent incapables d'affronter les demandes de leur ancienne vie sociale. Cela engendre en eux le sentiment qu'ils ne sont plus dignes de confiance et peu disponibles pour les autres (Europe et al., 2004). Les patients sont en quête de bonheur (Heo et al., 2009) et ont besoin de se sentir utiles, par exemple en faisant quelque

¹¹ « Le coping est en quelque sorte la manière utilisée par les individus pour appréhender le facteur de stress. Le coping, au final, englobe l'émotion produite et le mécanisme ou si l'on préfère le plan d'action mis en place pour s'adapter à ce stress. »
Source : <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/coping-definition-en-psychologie-9413.html> [Page WEB], consultée le 18.09.2012.

chose pour les autres ou en aidant la société (Paul et al., 2002). Les patients reportent par exemple, à regret, qu'ils ne peuvent plus garder leurs petits-enfants ou participer de manière active à la vie familiale (ibid). Or, ils ont besoin d'interactions sociales pour une bonne qualité de vie. En effet, la participation à des activités augmente la qualité de vie (Heo et al., 2009). C'est pourquoi il est important d'améliorer (ou de maintenir) les relations avec autrui pour augmenter la qualité de vie (ibid). Par ailleurs, les limitations physiques diminuent les interactions sociales (Pihl et al., 2010).

Le soutien est un élément clef dans le sens où les patients ont besoin d'aide car certaines activités sont considérées comme un fardeau (par exemple le ménage). De plus, le fait de recevoir du soutien améliore la qualité de vie (Heo et al., 2009). Cependant, les patients ne veulent pas être une charge pour leur entourage.

Un manque que les patients signalent est le fait qu'il y ait peu de groupes de soutien (dans l'étude de Cortis et al., 2007 ; les patients participaient à un groupe de soutien et démontraient une plus grande confiance en eux et une perspective positive face à l'avenir) pour l'insuffisance cardiaque et également le fait que dans les magasins il n'y ait pas de rayon avec des aliments pauvres en sel (Heo et al., 2009).

- 4) **Statut économique** : Il est évident qu'une situation financière difficile influence négativement la qualité de vie (Heo et al., 2009).
- 5) **Age** : Les résultats de l'étude de Pihl et al. (2010) montrent une diminution de la qualité de vie avec l'avancée en âge. Ceci contredit les autres études retenues qui parlent du jeune âge comme facteur influençant négativement la qualité de vie, mais il s'agit d'études quantitatives (cf. synthèse quantitative).
- 6) **Comportements liés à la santé** : Une manière d'atteindre une bonne qualité de vie est le fait de se prodiguer des auto-soins, de suivre un régime hyposodé, de prendre le traitement (car malgré les effets secondaires, qu'il s'agisse d'un traitement à vie et qu'il crée une dépendance (Europe et al., 2004), il augmente le mieux-être (Paul et al., 2002)) et de gérer les symptômes (ibid).

4.3 Mise en évidence des grands thèmes ressortis des études quantitatives :

4.3.1 Facteurs influençant la qualité de vie :

- 1) Symptômes physiques :** Les symptômes physiques sont un problème important chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque car ils sont fréquents et ont un grand impact sur le quotidien. Les patients ressentent divers symptômes comme, principalement, de la dyspnée, de la fatigue et des troubles du sommeil engendrant de la détresse et un manque d'énergie. Cela affecte la qualité de vie, augmente le stress et perturbe les capacités fonctionnelles (Zambroski et al., 2005). L'étude de Heo et al. (2008) montre que si l'on compare les individus en santé avec la population souffrant d'insuffisance cardiaque, ces derniers ont une qualité de vie nettement inférieure aux individus en santé.

Zambroski et al. (2005) a fait émerger les facteurs au niveau physique qui étaient signes d'une meilleure qualité de vie : un âge plus élevé, moins d'anxiété et un bon statut physique. Les variables qui prédisent les symptômes physiques sont : la dépression, pas de contrôle perçu sur la maladie et sa gestion et l'âge élevé (moins bon statut physique). Les facteurs physiques influencent la qualité de vie, mais nous pouvons voir qu'eux-mêmes sont influencés par les facteurs psychologiques (dépression, contrôle perçu). C'est pourquoi il faut d'abord agir sur les symptômes psychologiques pour avoir une action sur les symptômes physiques et pour finalement améliorer la qualité de vie.

Au niveau physique, une classification selon la New York Heart Association (NYHA) au stade III ou IV diminue la qualité de vie (Zambroski et al, 2005 & Gott et al., 2006).

Les patients reportent une qualité de vie plus basse au niveau physique que psychologique. En effet, la dimension physique a un plus grand impact sur la qualité de vie reliée à la santé que la dimension psychologique (Franzen et al., 2006).

De plus, Franzen et al. (ibid) & Gott et al. (2006) font ressortir qu'un nombre de comorbidités associées à l'insuffisance cardiaque supérieur à quatre diminue de manière notable la qualité de vie.

- 2) Symptômes psychologiques :** L'insuffisance cardiaque provoque de l'inquiétude, du stress, de la dépression et des troubles de la concentration. Or, le stress et la dépression sont des facteurs prédominants d'une diminution de la qualité de vie (Hallas et al., 2009). Ces symptômes sont lourds à supporter, créant un impact négatif sur la qualité de vie, l'adhérence au traitement et sur la morbidité/mortalité (Zambroski et al., 2005). De plus, les patients anxieux et/ou déprimés seront plus enclins à avoir des stratégies de coping inadaptées (dénier, désengagement), un moins bon contrôle perçu sur la maladie et une représentation négative de la maladie au niveau émotionnel. Il est important d'aider les patients anxieux et déprimés à changer leurs croyances négatives afin d'améliorer leur qualité de vie (Hallas et al., 2009). Suite à une hospitalisation, les patients vont ressentir des besoins au niveau psychologique : besoin d'aide, besoin de se motiver (Davidson et al., 2008). Franzen et al. (2006) ont mis en évidence que lorsque le patient autoévalue de manière plus sévère sa maladie, cela est un facteur de diminution de la qualité de vie. Il en va de même pour la perception de sa santé.
- 3) Sexe :** Les femmes souffrant d'insuffisance cardiaque ont une qualité de vie inférieure aux hommes, principalement au niveau physique (Zambroski et al., 2005 & Gott et al., 2006), mais elles ont également tendance à évaluer la gravité de leur insuffisance cardiaque de manière supérieure (Franzen et al., 2006).
- 4) Age :** Les personnes plus jeunes atteintes d'insuffisance cardiaque ont une qualité de vie moins bonne que les personnes plus âgées (Xie et al., 2008 & Zambroski et al., 2005). Rector et al. (2006) mettent en avant qu'après 65 ans, les patients ont une bonne qualité de vie, que l'on pourrait expliquer peut-être par la retraite, la diminution des activités physiques et la réaction psychologique face à la maladie. L'étude de Franzen et al. (2006) contredit ceci en disant que les hommes âgés ont une qualité de vie plus basse, mais

en déduit que c'est plutôt la sévérité de la maladie plutôt que l'âge qui a mené à cette diminution. De plus, Gott et al. (2006) ajoute que les patients de plus de 85 ans ont une diminution du statut fonctionnel, s'accompagnant d'une diminution de la qualité de vie.

5) Général : Selon l'étude de Gott et al. (ibid), les facteurs prédisposant à une moins bonne qualité de vie sont : le sexe féminin, la classe NYHA, la dépression, le statut socio-économique, l'âge et les comorbidités (selon Franzen et al. (2006), elles influencent la qualité de vie, surtout les maladies respiratoires mais aussi un nombre de quatre comorbidités ou plus est un risque de diminution de la qualité de vie (Gott et al., 2006)). Pour Zambroski et al. (2005), le jeune âge, la classe NYHA, le nombre de symptômes et le fardeau de ces symptômes influencent la qualité de vie. Selon Lee et al. (2004), les variables qui ont un impact sur la qualité de vie sont, du plus important au moins important, la dépression, l'anxiété, la perception de sa santé (il a mis en évidence que les scores de perception de la santé étaient bas, ce qui signifie que les patients percevaient leur santé de manière négative), la classe NYHA, le soutien social, les conditions de vie, le niveau d'éducation, le statut marital (dans les travaux de Franzen et al. (2006), il n'y a aucune différence entre personnes vivant seules ou pas) la taille du réseau et l'âge.

Franzen et al. (ibid) met en évidence que l'auto-évaluation de la gravité de la maladie influence la qualité de vie car plus on l'évalue de manière grave, plus la qualité de vie diminue.

Pour terminer, suite à une hospitalisation, il n'existe aucune variable qui permet de déterminer quels patients seront le plus à risque d'avoir des besoins insatisfaits. Mais les patients ont des besoins d'ordre psychologique, social et spirituel après une hospitalisation (les besoins physiques étant jugulés pendant l'hospitalisation, ils ne sont pas explicités). Tout patient est susceptible d'avoir ce genre de besoins, il faut y être vigilants (Davidson et al, 2008).

4.4 Lien avec les concepts et le cadre de référence :

En lien avec le concept de la qualité de vie, nous pouvons constater que les patients accordent une réelle importance à celle-ci, non seulement du point de vue physique, mais également psychologique, social et spirituel et avons remarqué que ces différentes dimensions s'influencent mutuellement et sont, par conséquent, liées. Malgré le fait que les patients signalent principalement une perturbation des capacités physiques, les études montrent que le côté psychologique souffre également. En effet, les patients développent de l'anxiété et de la dépression, qui elles sont néfastes pour les autres domaines (physique, social et spirituel) et agissent sur la qualité de vie. Il s'agit d'un cercle vicieux.

Au niveau de l'insuffisance cardiaque, les symptômes, conséquences de la maladie, sont une entrave à une bonne qualité de vie et demandent aux patients bon nombre d'efforts à fournir au quotidien. Les patients signalent surtout la dyspnée, source d'anxiété et de diminution des activités et la fatigue, qui elle ralentit le patient dans ses activités physiques, domestiques et sociales.

Lorsque l'on s'intéresse à la trajectoire de ces patients, nous pouvons constater qu'elle est dictée par leurs croyances, mais aussi par les symptômes, l'aide fournie par leurs proches ou les infirmières et bien d'autres éléments encore. Il est intéressant de savoir que les patients, majoritairement, arrivent à vivre avec ces limitations, mais que cela nécessite de nombreux réaménagements dans leur quotidien. Ces éléments ont leur importance car ils permettent aux soignants de savoir quels éléments influencent la gestion de la trajectoire par le patient ainsi que sa manière de gérer la maladie au quotidien.

Quant aux professionnels de la santé, il est nécessaire qu'ils prennent conscience que l'insuffisance cardiaque a un profond impact sur la vie du patient et des personnes qui prennent soin de lui (Pihl et al., 2010). Le rôle de l'infirmière est d'intervenir pour diminuer la fréquence, la sévérité, la détresse et surtout le fardeau dû aux symptômes afin d'augmenter la qualité de vie (Zambroski et al., 2005). Nous constatons qu'elle a une place importante dans la relation qu'a le patient avec sa maladie. En effet, elle a le rôle de promouvoir une vie quotidienne enrichie (Pihl et al., 2010), d'aider le patient à évaluer sa qualité de vie et lui permettre de mettre en

place des stratégies afin qu'il puisse s'adapter au mieux à la situation de l'insuffisance cardiaque et d'améliorer sa qualité de vie.

4.5 Tableau récapitulatif des études qualitatives et quantitatives

Etudes qualitatives : perception de la qualité de vie	Définition de la qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir une activité physique et sociale - Etre heureux - Prendre soin de soi - Participer aux activités de la vie quotidienne
	Facteurs influençant la qualité de vie :	
	1) Limitations physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée, fatigue et vertiges - Activités du quotidien perturbées → planification et besoin de soutien - Diminution de l'estime de soi, isolement, perte d'indépendance - Stratégies d'adaptation, de coping - Comorbidités diminuent la qualité de vie
	2) Statut émotionnel et psychologique	<ul style="list-style-type: none"> - Lié aux limitations physiques. Symptômes physiques provoquent dépression, nervosité - Rester positif, le calme augmente la perception de la qualité de vie - Qualité de vie versus quantité
	3) Relations sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Rôle social perturbé par la fatigue. Moins de contact avec autrui, se sentent moins dignes de confiance - Regret de ne plus pouvoir faire certaines activités (garder les petits-enfants) - Sentiment d'inutilité - Besoin de relations sociales car améliore la qualité de vie - Le soutien joue un rôle important
	4) Statut économique	<ul style="list-style-type: none"> - Une situation financière précaire diminue la qualité de vie
	5) Age	<ul style="list-style-type: none"> - L'avancée en âge s'accompagne d'une diminution de la qualité de vie (contradictoire aux études quantitatives)
	6) Comportements liés à la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Les auto-soins permettent d'améliorer sa qualité de vie, suivre un régime hyposodé, faire de l'exercice, prendre le traitement

<p>Etudes quantitatives : Perception de la qualité de vie et prédicteurs de la qualité de vie</p>	<p>Facteurs influençant la qualité de vie :</p>	
	1) Symptômes physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Grand impact sur le quotidien - Dyspnée, fatigue, troubles du sommeil → affectent les activités quotidiennes - Symptômes psychologique qui prédisent les troubles physiques : la dépression, pas de contrôle perçu sur la maladie et sa gestion, l'âge élevé - Meilleur statut physique si : âge plus élevé, moins d'anxiété et un bon statut physique - Classe NYHA plus élevée : moins bonne qualité de vie - Comorbidités > 4 diminue qualité de vie
	2) Symptômes psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - L'I.C provoque inquiétude, stress, dépression, troubles de la concentration - Stress et dépression : facteurs prédominants de la qualité de vie (diminution adhérence au ttt, stratégies de coping inadaptées, etc.) - Auto-évaluation de la maladie et de la perception de sa santé : si évalué négativement, la qualité de vie diminue
	3) Sexe	<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes ont une qualité de vie inférieure aux hommes, surtout au niveau physique - Evaluent de manière plus sévère la gravité de leur maladie
	4) Age	<ul style="list-style-type: none"> - Plus jeune, moins bonne qualité de vie (sexualité, travail, etc.) - Plus vieux, diminution du statut fonctionnel - Personne âgée : âge + maladie qui devient plus sévère → diminue la qualité de vie
	5) Général	<ul style="list-style-type: none"> - facteurs prédisposant à une moins bonne qualité de vie : sexe féminin, classe NYHA, dépression, statut socio-économique, âge et comorbidités, nombre de symptômes, perception de sa santé, soutien social

5. Discussion

Pour la discussion, les principaux thèmes de la partie « Résultats » sont repris, mais la différence ne sera pas faite entre les études qualitatives et quantitatives. Ainsi, nous mettrons en lien « les limitations physiques », « le statut émotionnel et psychologique », « les relations sociales », « l'âge » et « le sexe » en lien avec les concepts et le cadre de référence.

1) Limitations physiques

Comme le citent de nombreux auteurs (Europe et al. (2004), Heo et al. (2008), Paul et al. (2002) & Zambroski et al. (2005)), les symptômes physiques que les patients expérimentent quotidiennement sont la fatigue et la dyspnée. Ceux-ci ont un impact sur la gestion du quotidien par les patients et sur leurs activités. Une diminution de l'estime de soi, un isolement physique, psychologique et social, ainsi qu'une perte d'indépendance sont des conséquences possibles de ces symptômes (Cortis et al., 2007). Tout ceci a une influence sur la qualité de vie, qui s'en voit diminuée (Rector et al., 2006). En dehors des symptômes, la classe NYHA influence également la qualité de vie au niveau physique si elle est égale ou supérieure au stade III. Les comorbidités ont elles aussi une influence négative sur la qualité de vie au-delà de 4 associées (Gott et al., 2006). De plus, Schutzer cité par Pihl et al. (2010) soutient que les personnes âgées se croient trop vieilles et considèrent les activités physiques comme un loisir plutôt qu'un moyen de promotion de la santé.

Un moyen d'adaptation est de planifier les activités, d'en diminuer l'intensité, de se reposer ou de se tourner vers des activités qui demandent moins d'efforts (Jeon et al., 2010). Pour terminer, Heo et al., (2008) dit que pour gérer les symptômes physiques, il faut connaître les variables qui les influencent. En effet, Heo et al., (2008) ont constaté que les symptômes psychologiques, tels que la dépression, l'anxiété et le contrôle perçu¹² influençaient les symptômes physiques et que cela se répercutait sur la qualité de vie.

¹² Il s'agit du sentiment d'efficacité personnelle qui représente une variable modératrice clef au niveau du changement. Source : fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie_de_la_santé [Consulté le 30.08.2012]

En mettant en lien ces résultats avec nos concepts et notre cadre de référence, nous pouvons remarquer que les limitations physiques sont reliées à la qualité de vie puisque les symptômes perturbent cette dernière lorsqu'une personne est atteinte d'insuffisance cardiaque. En effet, les symptômes affectent le patient dans son bien-être physique, qui selon l'OMS, constitue un élément de la qualité de vie (Formarier & Jovic, 2009).

Lorsque l'on s'intéresse aux limitations physiques, la qualité de vie principalement touchée est la qualité de vie liée à la santé. De plus, améliorer la qualité de vie consiste à réduire les répercussions fonctionnelles négatives (Schipper, cité par Arnould & Letzelter, s.d.).

Il est plus aisé d'évaluer les symptômes physiques que psychologiques, à l'aide de questionnaires ou échelles, mais la difficulté est dans le fait que l'évaluation de la qualité de vie et de l'impact des symptômes sur la qualité de vie est entièrement subjective.

L'insuffisance cardiaque, comme nous le montrent toutes les études retenues, affecte de nombreuses personnes, jeunes ou moins jeunes. Les symptômes en sont nombreux mais lorsque l'on s'intéresse à la qualité de vie, les principaux nommés sont la dyspnée et la fatigue (Zambroski et al., 2005), responsables du ralentissement du rythme de la vie et des activités. En effet, les symptômes physiques les plus fréquemment cités sont ceux qui causent les plus grandes limitations que vit le patient au quotidien.

Selon Corbin et Strauss (cité par Sager Tinguely et al., 2011), les symptômes physiques perturbent la modélisation de la trajectoire ainsi que sa gestion quotidienne. Ceci a pour conséquence que la personne devra s'adapter car le cours de sa vie change. En effet, Boisvert (cité par Progin et Weber, 2011, p.46) soutient que « [...] un des principaux objectifs est de maintenir le meilleur équilibre possible entre contrôle de la maladie et qualité de vie. »

Les soins effectués au domicile des patients souffrant d'insuffisance cardiaque consistent au contrôle régulier des symptômes afin d'éviter toute complication, à gérer les symptômes et à améliorer la qualité de vie (Jan, 2000). Or, comme cité dans les résultats, les comportements des patients sont souvent basés sur leurs

croyances et compréhension de la maladie. Sager Tinguely et al., (2011) ont mis en évidence qu'accompagner les patients, ainsi que la planification des soins permettait de gérer les symptômes au quotidien et de maintenir la qualité de vie.

2) Statut émotionnel et psychologique

Au niveau psychologique, les symptômes ressentis fréquemment sont la dépression et l'anxiété, qui parfois peuvent être liées au statut physique (Europe et al., 2004).

Vivre au quotidien avec l'insuffisance cardiaque est un parcours semé de doutes et d'incertitudes. En effet, selon Yu et al., (2007), les patients ont de la difficulté à donner du sens à l'expérience de la maladie et ressentent du désespoir et de l'impuissance qui gênent leur adaptation. Brännstrom, cité par Yu et al. (2007) a fait ressortir une métaphore que les patients utilisaient en parlant de leur quotidien avec l'insuffisance cardiaque ; « on vit sur des montagnes russes ». Il est vrai que la maladie impose au patient de prendre une nouvelle identité (Europe et al., 2004). Lorsque les patients expérimentent un symptôme qu'ils ne connaissent pas, ils peuvent ressentir de l'anxiété et ne savent pas comment y faire face. Or, l'adaptation occupe une place prépondérante dans la qualité de vie des patients ; une meilleure capacité d'adaptation permettant d'améliorer la qualité de vie (ibid). En effet, le patient arrive mieux à s'adapter s'il accepte ses limitations (Pihl et al., 2010), tandis que l'incertitude peut l'amener à un comportement dommageable ou à avoir une peur excessive de se blesser (Pihl et al., ibid). Les patients utilisent des stratégies de coping, souvent centrées sur le problème (reconnaissent les symptômes, adaptent leur style de vie) ou sur l'émotion (dénier) (Cortis et al., 2007 et Yu et al., 2007). Europe et al. (2007), a mis en évidence que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ont les mêmes capacités de coping que les individus en santé. Cependant, Lee et al. (2005) et Hallas et al. (2011) ont fait émerger que les patients anxieux et/ou déprimés avaient des croyances négatives par rapport à leur maladie et que cela avait un impact négatif sur leur qualité de vie reliée à la santé. En effet, ces derniers utiliseraient des stratégies de coping moins adaptées, comme le déni ou le désengagement.

Il semble important de signaler que la dépression est un des facteurs les plus significatifs influençant la qualité de vie (Hallas et al., ibid). Les patients signalent

souvent que la maladie est vécue comme un fardeau pour eux et leurs proches. Ceci pourrait influencer la demande de soutien et diminuer l'utilisation des ressources (Cortis et al., 2007). Or, pour se prodiguer des auto-soins, les patients ont besoin de soutien et d'avoir un bon contrôle perçu (Heo et al., 2008, Heo et al., 2009). Par ailleurs, Davidson et al. (2008) a fait émerger qu'après une hospitalisation, les patients ont besoin d'aide au niveau psychologique et social.

Néanmoins, les patients sont à la recherche d'une bonne qualité de vie malgré l'impact négatif de leur maladie (Heo et al., 2009) et trouvent des solutions dans le quotidien (Pihl et al., 2010).

Finalement, selon Ekman et al., cité par Yu et al. (2007), deux idées émergent : d'un côté les patients qui se sentent emprisonnés dans la maladie, qui expérimentent les limitations physiques, ont de la difficulté à gérer la maladie et qui sont anxieux et de l'autre côté les patients qui se sentent libres malgré la maladie et qui transcendent la maladie en ayant confiance en leur jugement.

Les études retenues et la théorie sont en accord sur le fait que les symptômes psychologiques comme l'anxiété et la dépression ont un impact négatif sur la qualité de vie. En effet, Leplège (1999) nous dit que la qualité de vie est nécessaire au bonheur et qu'elle se définit par le degré de satisfaction des besoins et désirs déterminés par le patient. De plus, l'état psychologique est englobé dans les principaux domaines de la qualité de vie. Il est de ce fait important de s'y intéresser lorsque l'on souhaite évaluer la qualité de vie.

Même si les symptômes de l'insuffisance cardiaque sont principalement d'ordre physique, nous avons pu voir grâce aux études retenues, que de vivre quotidiennement avec de la dyspnée ou de la fatigue pouvait entraîner de l'anxiété et de la dépression. Cependant, la situation inverse peut aussi exister, c'est-à-dire que ce soient les symptômes psychologiques qui favorisent l'apparition de symptômes physiques.

Comme cité par Sager Tinguely et al. (2011), la trajectoire de Corbin et Strauss s'intéresse à la maladie de longue durée et au vécu du patient d'un point de vue psychologique et social. Dans les études de Lee et al. (2005) et Hallas et al. (2011),

les patients ayant des croyances négatives avaient une qualité de vie diminuée, ce que confirme la théorie. En effet, dans la projection de la trajectoire, il s'agit de voir comment la personne perçoit le déroulement de sa maladie et cela déterminera si elle se situe plutôt dans la lutte ou le laisser-aller. Nous pouvons lier cela à la nécessité de s'adapter, sans laquelle les comportements adoptés par les patients seraient dommageables. Un autre élément que nous pouvons mettre en lien avec la théorie est le fait que les patients, pour s'approprier la maladie, doivent y donner du sens. Or, dans l'étude de Yu et al. (2007), les patients peinaient à donner du sens au fait qu'ils souffraient d'insuffisance cardiaque.

L'insuffisance cardiaque, en tant que maladie chronique, peut aisément causer une « [...] diminution des capacités physiques, psychiques ou cognitives [...] (Sager Tinguely et al., 2011, p.8) ». De plus, le patient doit intégrer la maladie à sa nouvelle vie et cela va entraîner des besoins. C'est pourquoi l'infirmière a pour rôle d'accompagner le patient dans le vécu de sa maladie et de maintenir la qualité de vie.

3) Relations sociales

Les patients atteints d'insuffisance cardiaque expérimentent une perturbation de leur rôle et de leurs relations sociales et cela peut provoquer des émotions négatives (Yu et al., 2007). En effet, selon Aldred, (cité par Pihl et al., 2010) certains patients abandonnent des activités agréables à cause de l'insuffisance cardiaque. La perte du rôle social entraîne de l'anxiété et un sentiment d'être mis à l'écart. De plus, la fatigue est un problème majeur car elle diminue les activités ; la personne sort moins et cela se répercute sur sa vie sociale. Cependant, Paul et al. (2002) et Europe et al. (2004) mettent en évidence l'importance du réseau social et du soutien. En effet, le soutien social est une stratégie de coping utilisée (Cortis et al., 2007). A ceci, Jeon et al. (2010) ajoute qu'il est important d'accepter l'aide et le soutien proposé par autrui.

Certains patients ont jugé nécessaire de partager l'expérience de la maladie avec les autres (Jeon et al., *ibid*). Par exemple, Cortis et al. (2007), dans son étude, avait mis en place un groupe de soutien pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque et avait pu faire ressortir que la participation au groupe de soutien permettait aux

patients d'augmenter leur confiance en eux, d'accepter plus facilement de l'aide et de générer une vision positive envers l'avenir.

Selon Bergner, citée par Leplège (1999), la notion de qualité de vie englobe les relations sociales et les activités de loisirs. Les études confirment cela car les patients, en ayant diminué leurs relations et activités sociales (entre autres à cause des symptômes physiques) ont ressenti des émotions négatives et de l'isolement.

L'insuffisance cardiaque et ses symptômes (dyspnée, fatigue) sont également responsables des conséquences négatives sur la vie sociale du patient, comme l'isolement ou le manque de participation à certaines activités qui nécessiteraient de l'énergie.

Le vécu au quotidien avec l'insuffisance cardiaque impose au patient un certain nombre de restructurations : tout d'abord, le mode de vie, ensuite les activités et la vie familiale. En effet, l'insuffisance cardiaque doit être intégrée au quotidien, du temps doit être prévu pour la maladie et les soins qu'elle engendre ; en sachant qu'il s'agit de temps que la personne n'aura pas pour faire certaines autres activités (Sager Tinguely et al., 2011).

Pour gérer au quotidien sa trajectoire, le patient peut recourir à une aide ou un soutien, par exemple les proches, qui ont une réelle importance car ils permettent au malade de trouver des stratégies d'adaptation. De plus, selon Cortis et al. (2007), il est bénéfique pour la confiance en soi des patients d'avoir un groupe de soutien, où ils peuvent échanger autour de la maladie, de ses symptômes et des stratégies mises en place par chacun.

Les soins infirmiers englobent le rôle de soutien du patient dans sa trajectoire, mais également d'assurer un soutien pour les proches, qui eux constituent le principal réseau d'aide du patient (Sager Tinguely et al., 2011). L'infirmière, au niveau social est également un relais entre le patient et le médecin ou les diverses structures qui gravitent autour du patient (hôpital, etc.).

4) Age

Si l'on ne s'intéresse qu'aux personnes âgées, dans les études retenues, l'âge a une influence différente sur la qualité de vie que sur la qualité de vie reliée à la santé. Si l'on s'intéresse à la qualité de vie en général, chez le patient d'un âge avancé (65 ans et plus), l'insuffisance cardiaque aura un moins grand impact sur la qualité de vie (Rector et al., 2006). Tandis que si l'on s'intéresse à la qualité de vie reliée à la santé, les patients ont une qualité de vie reliée à la santé inférieure par rapport aux jeunes, mais les chercheurs en concluent que c'est plutôt la sévérité de la maladie que l'âge qui perturbe la qualité de vie reliée à la santé (Franzen et al., 2007). Johansson et al. (2005) met en évidence que les sujets âgés évaluent moins négativement leur qualité de vie car avec l'avancée en âge, les individus ont moins d'intérêt pour les choses matérielles, les relations sociales sont moins importantes et la fixation sur le corps est moindre. De plus, il ajoute que les sujets âgés ont généralement moins peur face à la mort.

Lorsque l'on essaie de faire le lien avec les concepts et le cadre de référence, l'âge n'entre pas dans les facteurs déterminant la qualité de vie. Or, dans les études retenues, il constituait un élément diminuant celle-ci. Cependant, selon Formarier et Jovic (2009), le concept de qualité de vie a été élaboré suite à l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population, ce qui nous laisse supposer que l'âge peut entrer dans les facteurs influençant la qualité de vie. Néanmoins, il faut être vigilant pour savoir s'il s'agit de l'âge qui constitue un élément diminuant la qualité de vie ou si c'est la maladie (bien qu'ils soient liés).

Au niveau de la maladie en elle-même, l'insuffisance cardiaque survient principalement chez les sujets âgés. A cela s'ajoutent les déficits fonctionnels et les comorbidités liés à l'âge, ce qui explique pourquoi les patients âgés ont une qualité de vie reliée à la santé inférieure aux jeunes (Franzen et al., 2007). Par contre, bien que Johansson et al. (2005) expliquent qu'avec l'âge, les patients ont moins d'intérêt pour les choses matérielles et les relations sociales, notre cadre de référence n'explique pas pourquoi chez les patients de plus de 65 ans, l'insuffisance cardiaque a moins d'impact sur la qualité de vie.

Avec l'âge, nous pouvons constater que la gestion de la trajectoire peut être perturbée. En effet, les auto-soins peuvent s'avérer difficiles, tant au niveau de l'effort à fournir physiquement qu'intellectuellement car plusieurs éléments peuvent influencer la gestion de la trajectoire.

Les soins infirmiers aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont complexes lorsque le sujet est âgé. En effet, la maladie chronique s'associe au vieillissement et perturbe encore plus les activités quotidiennes et la qualité de vie (Sager Tinguely et al., 2011). Les limitations ont souvent plusieurs origines, comme par exemple la dyspnée qui peut être un symptôme lié au vieillissement mais également à l'insuffisance cardiaque. De plus en plus souvent, à domicile, la prise en charge est pluridisciplinaire. Les infirmières ont contact avec le médecin, elles coordonnent les interventions des ergothérapeutes et des physiothérapeutes et ont-elles-mêmes un regard observateur et critique de la situation dans sa globalité.

5) Sexe

Plusieurs études ont montré une différence entre les hommes et les femmes au niveau de la qualité de vie. Xie et al. (2008) ont fait émerger que les femmes ont une moins bonne qualité de vie reliée à la santé que les hommes. De plus, Johansson et al. (2005) ont mis en évidence que les femmes ont plus de problèmes de sommeil, plus de symptômes et que la santé émotionnelle est perturbée. Selon Gott et al. (2006), les femmes ont également une qualité de vie inférieure au niveau physique.

Finalement, d'après Franzen et al. (2007), les patientes évalueraient de manière plus sévère la gravité de leur maladie.

Dans la littérature, le fait d'être de sexe féminin ne prédispose pas à une qualité de vie inférieure. Cependant, comme l'expose Bergner (citée par Leplège, 1999), la perception de sa santé fait partie des domaines de la qualité de vie. Nous pouvons mettre cela en lien avec les propos de Franzen et al. (2007) concernant l'évaluation plus sévère de la gravité de la maladie par les femmes. Par ailleurs, nous pouvons émettre l'hypothèse que les femmes ont plus d'attentes et de critères que les hommes pour évaluer leur qualité de vie comme « bonne » ou « très bonne ».

En ce qui concerne l'épidémiologie de l'insuffisance cardiaque, à tout âge, l'atteinte est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Monod-Zorzi et al., 2007)

Nous pouvons nous poser les questions suivantes : est ce que les femmes projettent leur trajectoire de manière plus négative que les hommes et cela se répercute sur leur qualité de vie ? Quelles conditions influencent la gestion de la trajectoire chez les femmes souffrant d'insuffisance cardiaque ?

Pour les soins infirmiers auprès des patientes atteintes d'insuffisance cardiaque, il faut être particulièrement vigilant au sommeil, aux symptômes physiques et à la santé émotionnelle puisque ce sont les variables les plus influencées par le fait d'être de sexe féminin. Il s'agit également, maintenant que nous connaissons les facteurs favorisant une diminution de la qualité de vie chez les femmes souffrant d'insuffisance cardiaque, d'anticiper et de mettre en place des actions concrètes.

6. Implications pour la pratique infirmière

Suite à l'analyse des recherches et à la discussion, quelques pistes d'action possibles vont être suggérées afin de permettre d'améliorer la prise en charge des patients âgés souffrant d'insuffisance cardiaque à domicile.

1) Limitations physiques

Zambroski et al. (2005) proposent d'identifier les symptômes générant le plus gros fardeau et de tenter de les diminuer. A cela, Pihl et al. (2010) ajoutent qu'il faut encourager les patients à avoir une activité physique, stimuler les capacités fonctionnelles. Nous pourrions proposer un programme de réhabilitation. Par ailleurs, une piste que les patients pratiquent déjà mais qui reste très pertinente, est le fait d'adapter les activités en fonction des capacités.

Concrètement, l'infirmière pourrait proposer une évaluation au patient, par exemple à l'aide d'une échelle comportant les principales activités physiques (marcher, faire la cuisine, le ménage, monter les escaliers, etc. comme l'échelle de Katz ¹³ pour les activités de la vie quotidienne ou celle de Lawton ¹⁴ pour les activités instrumentales) ce qui permettrait de voir lesquelles sont limitées. Par la suite, il serait possible de discuter avec le patient afin de trouver des moyens de pallier à ces limitations. Il serait également envisageable de travailler en pluridisciplinarité et en interdisciplinarité et de faire intervenir un physiothérapeute qui encouragerait le patient à adopter une activité physique adaptée à sa condition cardiaque.

2) Statut émotionnel et psychologique

Lee et al. (2005) proposent d'aider les patients à avoir une attitude positive par rapport à leur santé. Dans la même idée, Heo et al., (2008) et Hallas et al. (2011) incitent les soignants à reconnaître que le bien-être psychologique est fondamental pour une bonne qualité de vie et d'aider les patients à changer les perceptions négatives pour augmenter la qualité de vie. Nous pensons qu'il est important d'évaluer le risque de dépression, à l'aide d'échelles. Johansson et al. (2005)

¹³ <http://www.masef.com/scores/dependanceadlkatz.htm> [Page WEB consultée le 04.09.2012].

¹⁴ http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/evaluation-dependance-echelle-ia_44.pdf [Page WEB consultée le 04.09.2012].

proposent au personnel soignant d'utiliser l'éducation thérapeutique, le soutien et la gestion du stress pour renforcer les ressources du patient. Yu et al. (2007) souhaitent accompagner les patients pour donner du sens à l'expérience de la maladie car il s'agit d'un pas nécessaire pour que l'adaptation soit réussie. Yu (ibid) encourage des interventions pour combattre les réponses émotionnelles inadaptées ; ceci permettrait de promouvoir l'acceptation de la maladie. Les professionnels de la santé pourraient utiliser l'empowerment¹⁵ avec les patients dans la gestion de la maladie chronique afin de les aider à créer un plan de soins et d'atteindre leurs objectifs (Bodeheimer cité par Yu, ibid). En effet, les patients ont besoin d'être suffisamment informés sur l'insuffisance cardiaque, son mécanisme et sur les traitements. Pour les professionnels de la santé, il est important de vérifier ponctuellement leurs connaissances et partir de celles-ci lorsque l'on veut faire de l'éducation thérapeutique. Un point également important est la valorisation du patient, du travail qu'il fait dans la gestion de sa trajectoire au quotidien, par exemple en utilisant les attitudes Rogeriennes¹⁶, en reconnaissant que ce n'est pas facile de vivre au quotidien avec une maladie chronique et de se l'approprier, en le félicitant et l'encourageant à continuer sur cette bonne voie.

Heo et al. (2008) conseillent d'agir sur les aspects psychologiques pour avoir un impact sur le statut physique et ensuite sur la qualité de vie. Les soignants pourraient évaluer deux fois par année l'anxiété et la dépression à l'aide d'une échelle, comme l'échelle de dépression de Hamilton (cf annexe C) ou l'échelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) (cf. annexe C). Ils pourraient également discuter avec les patients des éléments qui constituent un fardeau psychologique pour eux et de trouver ensemble des moyens d'y remédier.

3) Relations sociales

Cortis et al. (2007) promeuvent la participation des patients à un groupe de soutien. Heo et al. (2009) ajoutent qu'il est capital d'améliorer les relations sociales. Comme vu dans les chapitres précédents, le besoin de soutien est conséquent et c'est

¹⁵ Selon Gibson, (1991) cité par Déchanez (2012) l'empowerment est un processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie. Source : Déchanez N. (2012). *Empowerment*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

¹⁶ http://fr.wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers#Les_trois_dimensions_rog.C3.A9riennes [Page WEB consultée le 23.09.2012]. Se référer aux chapitres 2 et 3 parlant des attitudes rogiennes et de la thérapie centrée sur la personne.

pourquoi Paul et al. (2002) conseillent d'impliquer la famille dans le processus de soin afin qu'ils aient conscience des attentes de leur proche et qu'ils puissent encore mieux l'aider et le soutenir. Un groupe de soutien, sur le modèle de l'association « apprendre à vivre avec le cancer ¹⁷ », pourrait être créé en interdisciplinarité avec un médecin, une infirmière, une assistante sociale, un physiothérapeute et une diététicienne. Les patients (pas trop nombreux pour qu'ils osent s'exprimer) pourraient ainsi poser toutes leurs questions, recevoir un enseignement et partager leur expérience avec d'autres personnes atteintes de la même maladie qu'eux. Les proches pourraient se joindre à cette réunion afin d'avoir eux aussi des connaissances sur l'insuffisance cardiaque, les soins, le vécu au quotidien et cela leur permettrait également d'avoir un écho de comment leur proche vit avec la maladie, les sentiments éprouvés, etc.

Nous pourrions également encourager le patient à rejoindre un groupe réunissant les patients atteints d'insuffisance cardiaque proposant des activités de loisirs, comme des marches, des groupes de discussion, etc. Ceci leur permettrait de maintenir des relations sociales. La Fondation Suisse de Cardiologie a mis sur pied par exemple le groupe de maintenance cardiovasculaire qui propose ce genre d'activités.

4) Age

Aucune piste d'action n'a été jugée pertinente par rapport à l'âge. Cependant nous pensons qu'il serait important d'évaluer la qualité de vie et la qualité de vie liée à la santé à l'aide d'échelles chez les patients âgés car en dehors du statut fonctionnel qui diminue avec l'âge, certains éléments sont peut-être sous-évalués par les professionnels ou par les patients qui s'estiment « trop vieux pour se plaindre » (ce n'est qu'une supposition). Il est également possible, lors d'un échange verbal, de les questionner sur les différents domaines de la qualité de vie et voir s'ils se définissent comme satisfaits ou non.

Nous pensons qu'en lien avec l'âge, compte tenu de ce que nous avons appris dans ce travail, il serait judicieux d'évaluer les limitations, causées par l'insuffisance cardiaque, mais également par le vieillissement physiologique et les comorbidités (à

¹⁷ <http://www.avac.ch/fr/les-cours/le-programme/> [Page WEB] consultée le 15.09.2012.

l'aide du RAI par exemple). Ceci permettrait d'ajuster la demande en soins et de pouvoir offrir des prestations qui répondent au mieux aux besoins du patient.

5) Sexe

Xie et al. (2008) estimaient intéressant d'explorer la différence entre les hommes et les femmes souffrant d'insuffisance cardiaque au niveau de la qualité de vie. De cette observation, nous pouvons proposer également d'évaluer régulièrement la qualité de vie chez les femmes.

6) Général

Paul et al. (2002) souhaiteraient trouver un outil pour évaluer la qualité de vie car les outils standardisés nous donnent seulement une appréciation globale et n'approfondissent pas le côté privé qui est subjectif. Ceci dans le but de promouvoir des soins individualisés tout en aidant le patient à satisfaire ses attentes et à développer des objectifs réalistes. Nous pourrions proposer le Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire¹⁸ qui s'intéresse spécifiquement à l'insuffisance cardiaque et utiliser en parallèle le World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) – Bref¹⁹, qui s'intéresse à la qualité de vie.

Stull, cité par Yu et al. (2007) encourage les soignants à fournir plus de connaissances et d'informations à propos de l'insuffisance cardiaque au patient, tout comme sur la trajectoire en tant que maladie chronique car ce sont les principaux éléments aidant le patient à travers son expérience de vivre avec la maladie.

Selon Progin et Weber (cité par Sager Tinguely et al. 2011), comme cité précédemment dans le cadre de référence, pour que le patient puisse gérer de manière adéquate sa trajectoire, les soignants peuvent l'accompagner dans ses choix concernant son quotidien et ses activités afin qu'ils soient en adéquation avec la prévention, la gestion de la maladie et procurent une bonne qualité de vie.

¹⁸ http://www.healthmeasurement.org/pub_pdfs/QUESTIONNAIRE_Minnesota%20Heart%20Failure.pdf [Page WEB consultée le 12.09.2012]

¹⁹ http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf [Page WEB, consultée le 12.09.2012].

Finalement, selon Sager Tinguely (ibid), les soignants ont pour rôle de se centrer sur le patient dans sa globalité et de s'intéresser à sa manière d'intégrer la maladie chronique à son quotidien et à son bien-être. En lien avec la maladie chronique, l'échelle suivante peut être utilisée ; le Sickness Impact Profile ²⁰.

7) Besoin de recherches ultérieures

De plus amples recherches pourraient être menées pour savoir quels aspects les patients âgés souffrant d'insuffisance cardiaque trouvent importants pour leur qualité de vie (Johansson et al., 2005). Par ailleurs, il serait intéressant de se pencher sur les interventions que l'on pourrait mettre en place et leur pertinence pour optimiser la qualité de vie.

²⁰ <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/ECH.1.11.2.SIP.%20pdf.pdf> [Page WEB, consultée le 12.09.2012].

7. Apports du travail

Grâce à cette revue de littérature, les professionnels de la santé ont pris connaissance des facteurs qui peuvent diminuer la perception de la qualité de vie des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Ceci leur permettra à l'avenir d'avoir en tête les facteurs à évaluer et de pouvoir proposer des pistes d'action adéquates.

Comme apport personnel, il fut très enrichissant, même si cela ne fut pas toujours aisé, de se plonger dans l'univers de la recherche et de voir que le domaine des soins infirmiers regorge de pistes et de propositions d'interventions. Cela nous aidera à l'avenir et nous saurons faire usage de cette précieuse source d'information.

8. Limites du travail

Plusieurs limites peuvent avoir biaisé cette revue de littérature. Tout d'abord, les études recensées étaient toutes en anglais, langue connue par les auteurs de ce travail mais n'étant pas leur langue maternelle, il est possible que certaines nuances dans le langage n'aient pas été perçues.

Une autre limite est le fait que les auteurs n'aient jamais fait de revue de littérature auparavant.

Nous tenons à préciser que toutes les recherches ont été effectuées par des « Registered Nurses » (infirmières) sauf une qui a été réalisée par des physiothérapeutes.

Finalement, les études retenues provenaient en majeure partie des Etats-Unis d'Angleterre et de Suède, trois pays apparemment très « en avance » dans la prise en soins des maladies cardiovasculaires. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer avec d'autres pays, par exemple avec la Suisse.

9. Conclusion

Au terme de ce travail, reprenons la première partie de notre question de recherche, qui était : « Comment les personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque perçoivent-elles leur qualité de vie lorsqu'elles vivent à domicile ? », nous arrivons à la conclusion que l'insuffisance cardiaque a un impact négatif sur la qualité de vie des patients principalement dans les domaines physique, psychologique et social. Les symptômes physiques sont ceux qui ont le plus grand impact pour le patient, malgré que la littérature insiste sur la dimension psychologique comme ayant la même, voire plus d'importance.

De plus, l'insuffisance cardiaque impose au patient de vivre au quotidien avec certaines limitations, pouvant engendrer une dépendance, un besoin de soutien, voire de suppléance. De plus, il n'est pas aisé pour le patient de s'approprier cette maladie qui va l'accompagner jusqu'à la fin de sa vie.

Concernant la deuxième partie de la question de recherche concernant l'aide que l'infirmière peut apporter afin d'améliorer la qualité de vie, nous pensons que ce travail apporte des pistes intéressantes pour la pratique infirmière, surtout au niveau de la prise de conscience de certains éléments et de l'évaluation régulière, ce qui, à l'avenir, permettra d'être plus vigilants et de proposer des actions adéquates.

De plus, les résultats obtenus dans cette revue de littérature concernant l'insuffisance cardiaque sont en partie transférables aux autres maladies chroniques. En effet, les perturbations sont du même ordre, mais l'intensité, la sévérité et la fréquence varient très certainement. Cependant, les pistes d'action sont valables.

Nous souhaitons conclure cette revue par la phrase de Progin et Weber citée par Sager Tinguely et al., (2011, p.49) : « Le but des soins infirmiers en situation de chronicité est d'aider les patients à façonner le cours de la maladie tout en maintenant la qualité de vie. [...] »

10. Bibliographie

Articles :

- Amaral dos Santos, J.,J., Andreola Plewka, J., E., & Slud Brofman, P., R. (2009). Quality of life and clinical indicators in heart failure: a multivariate analysis. *Sociedade brasileira de cardiologia*, 93(2): 149-156.
- Cortis, J.D. & Williams, A. (2007). Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review* 54, 263-270.
- Davidson, P.M., Cockburn, J. & Newton, P.J. (2008). Unmet needs following hospitalization with heart failure. Implications for clinical assessment and program planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 23, No 6, pp 541-546.
- Europe, E. & Tyni-Lenné, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart and Lung*, 33, 227-234.
- Franzen, K., Saveman, B.-I. & Blomqvist, K. (2006). Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Carviovascular Nursing*, 6 (2007) 112-120.
- Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S., Seamark, D., Gariballa, S. & Small, N. (2006). Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and ageing*, 35 : 172-177.
- Hallas, C., N., Wray, J., Andreou, P. & Banner, N., R. (2009). Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 40 (2011), 111-121.

- Heo, S., Doering, L.,V., Widener, J. & Moser, D., K. (2008). Predictors and effects of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care* 17, 2 , 124-132.
- Heo, S., Lennie, T.,A., Okoli, C. & Moser, D.,K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart and lung*, 38(2): 100-108.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Huijer Abu-Saad, H., Dracup, K. & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & lung*, 29 (5): 319-330.
- Jeon, Y.-H., Kraus, S.,G., Jowsey, T. & Glasgow, N., J. (2010). The experience of living with chronic heart failure : a narrative review of qualitative studies. *Biomed Central*. 10 : 77.
- Johansson, P., Dahlström, U. & Broström, A. (2005). Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure : A review of literature. *European Society of Cardiology*. 6-15.
- Lee, D., T., F., Yu, D., S., F., Woo, J. & Thompson, D., R. (2004). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *The European Journal of Heart Failure*. 7 (2005), 419-422.
- Moser, D.,K., Yamokoshi, L., Lena Sun, J., Conway, G.,A., Hartman, K., A., Graziano, J., A., Binanay, C. & Stevenson, L., W. (2009). Improvement in health-related quality of life after hospitalization predicts event-free survival in patients with advanced heart failure. *Journal of cardiac failure*, 15 (9): 763-769.
- Paul, S. & Sneed, N. (2002). Patient perceptions of quality of life and treatment in an outpatient congestive heart failure clinic. *Congestive Heart Failure*, 74-79.

- Pihl, E., Fridlund, B. & Martensson, J. (2010). Patient's experience of physical limitations on daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal Of Caring Science* : 3-11.
- Rector, T.S., Anand, I.S, & Cohn, J.N. (2006). Relationships between clinical assessment and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *Journal of Cardiac Failure*, Vol 12, No 2, 87-92.
- Stewart, S., MacIntyre, K., Capewell, S. & McMurray, J.,J.,V. (2003). Heart failure and the aging population : an increasing burden in the 21st century ? *Heart*, 89 : 49-53.
- Yu, D.S.F., Lee, D.T.F., Kwong, A.N.T., Thompson, D.R. & Woo, J. (2007). Living with chronic heart failure : a review of qualitative studies of older people. *Journal compilation*. 474-483.
- Xie, J., Wu, E., Q., Zheng, Z., J., Sullivan, P., W., Zhan, L., Labarthe, D., R. (2008). Patient-reported health status in coronary heart diseases in the United States : age, sexe, racial and ethnic differences. *Journal of the American Heart Association* 118 : 491-497.
- Zambroski, C., H., Moser, D.,K., Bhat, G. & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*, 4 : 198-206.

Ouvrages :

- Broustet, J.-P. (1998). *L'insuffisance cardiaque*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Cohen-Solal, A. (2006). *Guide pratique de l'insuffisance cardiaque*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Formarier, M. & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. ARSI : Mallet conseils.
- Fortin, M.-F., (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée : Scénarios actualisés pour la Suisse*. Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé. Berne : Huber
- Jan, F. (2000). *Pathologie cardio-vasculaire*. Paris : Masson.
- Julliard, A. (2009). *Cardiologie et soins infirmiers*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Leplège, A. (1999). *Que sais-je ? Les mesures de la qualité de vie*. Paris : PUF
- Loiselle, C., G. & Profetto McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI.
- Monin, J.-L. (2005). Nouveaux cahiers de l'infirmière : *cardiologie, soins infirmiers*. Paris : Masson.B
- Monod-Zorzi, S., Seematter-Bagnoud, L., Büla, C., Pellegrini, S. & Jaccard Ruedin, H. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées : Données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Neuchâtel : Observatoire Suisse de la santé.

- Prudhomme, C. & Brun, M.-F. (2009). Dossiers maloine de l'infirmière : *cardiologie, soins infirmiers dans les maladies du cœur et des vaisseaux*. Paris : Maloine.
- Sager Tinguely, C. & Weber, C. (2011). Partie 1, Concepts de base, chapitre 1, Chronicité IN *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Sager Tinguely, C. & Weber, C. (2011). Partie 2, Concevoir la chronicité et le handicap dans la complexité, chapitre 3 (Progin, E. & Weber, C.), temps-trajectoire et chapitre 4 (Sager Tinguely, C.), qualité de vie, maladie chronique et handicap IN *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Sites internet :

- Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (2012). [Page WEB] Accès : <http://www.aide-soins-domicile.ch/> [Page consultée le 19 avril 2012].
- Fondation Suisse de Cardiologie (2012). [Page WEB] Accès : www.swissheart.ch/ [Page consultée le 15.09.2012].
- Observatoire Suisse de la santé (2010). Rapport 43 : *La santé dans le canton de Fribourg : Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Fribourg : Obsan. [Page WEB] Accès : <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html#resultstart> [Page consultée le 06.04.2011]
- Office fédéral de la statistique Suisse (OFS) [Page WEB] Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html> [Page consultée le 12.03.2011].

- Syndicat national des ophtalmologistes de France, Arnould, B. & Letzelter, N. (2007). La qualité de vie, en prendre toute la mesure. [Page WEB Accès : <http://www.snof.org/melody/interface/qualite/qualite.php>] [Page consultée le 19.01.2011]

11. Annexes :

Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir effectué ce travail moi-même, sans l'aide d'une tierce personne.
Les références utilisées dans ce Bachelor Thesis sont nommées et clairement
identifiées »

Liliane Sansonnens

Annexe B : Statistiques OFS (données au 01.09.2010)

Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès et selon l'âge, femmes T 14.2.5.2
En 2008

	Groupe d'âges (années)						Total
	0-1)	1-14	15-44	45-64	65-84	85+	
Nombre de décès							
Toutes les causes de décès	139	41	626	2'869	12'084	16'000	31'759
Maladies infectieuses	1	3	24	25	139	140	332
dont:							
Tuberculose	0	0	1	2	4	2	9
Sida	0	0	10	5	1	0	16
Tumeurs malignes	0	5	187	1'593	3'830	1'446	7'061
dont:							
Estomac	0	0	8	36	109	56	209
Gros intestin	0	0	7	87	275	150	519
Poumons	0	0	19	317	549	87	972
Sein	0	0	65	413	643	271	1'392
Col de l'utérus	0	0	9	24	37	10	80
Diabète sucré	0	0	6	39	378	445	868
Démence	0	0	0	16	766	2'201	2'983
Appareil circulatoire	3	1	53	384	4'007	8'012	12'460
dont:							
Cardiopathies, toutes formes	3	1	35	252	2'903	6'041	9'235
Cardiopathies ischémiques	0	0	8	130	1'438	2'730	4'306
Embolie, infarctus pulmonaire	0	0	4	14	83	90	191
Maladies cérébro-vasculaires	0	0	11	101	893	1'546	2'551

Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès et selon l'âge, hommes T 14.2.5.1
En 2008

	Groupe d'âges (années)						Total
	0-1)	1-14	15-44	45-64	65-84	85+	
Nombre de décès							
Toutes les causes de décès	169	69	1'224	4'925	14'562	8'525	29'474
Maladies infectieuses	1	1	25	73	164	81	345
dont:							
Tuberculose	0	0	0	1	6	4	11
Sida	0	0	13	16	2	0	31
Tumeurs malignes	0	14	179	2'098	5'176	1'425	8'892
dont:							
Estomac	0	0	10	78	174	47	309
Gros intestin	0	0	11	113	343	108	575
Poumons	0	0	24	603	1'304	146	2'077
Sein	0	0	0	2	3	1	6
Prostate	0	0	0	69	780	463	1'312
Diabète sucré	0	0	9	74	361	222	666
Démence	0	0	0	9	536	785	1'330
Appareil circulatoire	2	5	150	1'090	4'768	3'846	9'861
dont:							
Cardiopathies, toutes formes	2	3	125	918	3'691	2'982	7'721
Cardiopathies ischémiques	0	0	57	601	2'298	1'599	4'555
Embolie, infarctus pulmonaire	0	0	5	13	54	37	109
Maladies cérébro-vasculaires	0	2	16	96	752	660	1'526

Annexe C : Grilles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés qu'en interrogeant le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

Résultats :

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci.

Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D. Guelfi, S. Criquillon-Doublet, Laboratoires Ardix, 1993

Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale)
de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D. Guelfi et Coll, Ardis Médical.

Annexe D : Grille d'analyse qualitative

Grille de lecture critique (analyse-synthèse) d'un article scientifique

Type de recherche concerné : inductif, descriptif, compréhensif (process research)

Références de l'article analysé :					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Énoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ? -Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ? -Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ? -Y-a-t-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ? -La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ? -Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Références bibliographiques : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe E : Grille d'analyse quantitative

Grille de lecture critique (analyse- synthèse) d'un article scientifique
Type de recherche concerné : hypothético-déductif, avec prédiction (hypothèse)

Références de l'article analysé :					
Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	-Des analyses statistiques pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	- Généralisation des conclusions ?				
	-Limites de l'étude ?				
Perspectives futures	- conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré ?				
Évaluation globale	- résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ?				

Références bibliographique : Loisel, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe F : Grilles de synthèse des 5 recherches qualitatives

1) Cortis, J.D. & Williams, A. (2007). Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review* 54, 263-270.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- Saisir le problème de recherche ?	X			Parle des besoins palliatifs et de soutien chez les patients âgés souffrant d'insuffisance cardiaque
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche ?	X			Fardeau, affecte qualité de vie, nécessite une meilleure compréhension pour pouvoir fournir des prestations efficaces. Qualitative, 10 patients Symptômes physiques, handicap, séquelles psychologiques, isolement social et questionnement existentiel. Les patients mobilisent leurs ressources. Rôle des soignants d'identifier les stratégies individuelles de coping et ressources. Avoir conscience des déficits pour cibler les interventions.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié défini ?				Comme les interventions par rapport au besoin de soutien et palliatif ont été adoptées que très récemment dans l'I.C, il y a encore très peu de recherches et de résultats de l'expérience des patients par rapport à ce type d'approche.
Recension des écrits	-connaissance sur le problème?	X			Les patients souffrant d'I.C ont souvent des besoins insatisfaits. Peu de recherches ont été menées sur les besoins des patients, surtout ceux âgés de plus de 80 ans.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel définis ?	X			Définit les soins palliatifs selon l'OMS (mais attention, pas égal à fin de vie) : approche visant à améliorer la qualité de vie lors d'une maladie qui peut menacer la vie à travers la prévention et soulager la souffrance (physique, psy et spirituelle) Utilise un modèle pour les soins de soutien.

	détaillée ?				patients et soignants, discussion avec les spécialistes et psychologues, programme d'éducation multidisciplinaire, thérapies complémentaires, relaxation et possibilité de voir un consultant en soins palliatifs.
	- Saturation des données ?	X	X		Ont fait en sorte de comparer les patients vivant seuls et ceux qui vivaient avec quelqu'un afin de déterminer si les problèmes et les stratégies d'adaptations étaient identiques.
Collecte des données et mesures	- Instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Interview semi-structurée Enregistrement audio
	-Adéquation entre phénomène, question de recherche et instruments de collecte ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Inclut les patients (considérés par les infirmières spécialisées comme assez bien) qui attendent un programme de soutien pour l'I.C. 24 patients potentiels, 15 ont participé. Cependant, les chercheurs ont décidé de se concentrer sur les patients plus âgés que 80 ans. Beaucoup de patients vivaient seuls, donc d'autres patients vivant en compagnie ont été recrutés. Finalement, l'échantillon était de 10 patients.
	- Mesures éthiques ?	X			Ethique : le comité d'éthique a donné son accord avant le début de l'étude. Consentement écrit de chaque participant permettant l'enregistrement audio des interviews, Plusieurs étapes permettant de protéger l'identité, comme la codification
Rigueur	- étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions crédibles?			X	Ne parlent pas de limites (exemple : nombre de patients), ni de transférabilité des données.
Résultats Traitement des données	- Méthodes de traitement des données ?	X			Retranscrit les interviews et relu à plusieurs reprises, séparé les données en 4 thèmes, puis en sous-catégories.

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Vivre avec l'I.C : patients essaient de vivre avec les problèmes physiques, symptômes et la perte de nombreux aspects de leur vie, conséquences de la maladie et de l'âge avancé.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Symptômes : essoufflement, chutes, anorexie, fatigue. Faire face à ces symptômes amène de la peur, de l'anxiété et de la frustration (car incapacité à faire ce qu'ils avaient l'habitude de faire) difficile d'accepter que qqn d'autre se charge des tâches ménagères ou autres à cause des symptômes ou un risque de chute. 2. Perte d'indépendance : fort désir de redevenir le plus indépendant possible et font leur possible pour continuer à vivre normalement. Cependant, ils ont souvent besoin de recourir à une aide, qui entraîne de la frustration. 3. Isolement physique, psychologique et social : ne pas pouvoir sortir de la maison. Beaucoup de patients décrivent l'isolement psychologique comme conséquence de l'I.C. Sentiment de solitude et désir d'avoir des contacts sociaux avec les pairs. 4. Perte de l'estime de soi et de sa propre valeur : entraîne une humeur triste, de l'inquiétude et dépression <p>Manières de faire face :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stoïcisme et acceptation : force et fermeté des patients faisant face aux nombreux problèmes de l'I.C. 2. Perception de l'I.C et pronostic : beaucoup de participants considéraient leurs symptômes comme l'essoufflement et l'immobilité comme conséquence de leur âge avancé plutôt que de l'I.C. Ont conscience de la nature progressive de leur condition et que leurs symptômes vont s'aggraver. Certains participants croient que les patients atteints d'I.C. peuvent mourir à tout moment. <p>Contraintes du coping : les participants expriment plusieurs raisons pour ne pas utiliser les ressources disponibles, souvent centrées sur leurs valeurs et croyances par rapport à l'âge avancé et les attentes de soins.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ne veulent pas être un fardeau : ni pour la famille, ni pour les amis. Ceci provient de leur propre expérience de s'occuper de leurs parents. Accepter de l'aide fait que les participants se sentent vieux. Les participants admettent également qu'avant de contacter les professionnels de la santé, ils attendront d'être vraiment mal car ils pensent qu'ils ont des cas plus importants à traiter. 2. Attentes par rapport aux soins : les patients trouvent que leurs soins et soutien étaient supérieurs que ce à quoi ils s'étaient attendus. Les patients ont apprécié que des chercheurs s'inquiètent de leur situation et créent un programme de soutien. <p>Développer des moyens de faire face : les patients ont décrit des domaines dans lesquels ils ont besoin d'aide et de soutien pour faire face ou trouver leur propre moyen de traiter leur condition.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auto-assistance et adaptation : patients ont trouvé des moyens d'adapter leurs vies et activités de manière à pouvoir faire face à leur condition. Exemple : prendre plus de temps pour les tâches ménagères, ne pas se presser, sortir marcher les « bons jours » et développer de nouveaux loisirs. L'adaptation inclut également d'accepter de l'aide de la famille ou des voisins, mais pas plus que nécessaire car cela entraîne de la frustration. La raison de la participation au programme de soutien est souvent motivée par le besoin d'information qui permettrait au patient de pouvoir faire plus de
----------------------------	--	---	--	--	--

					<p>choses par lui-même. Apprendre de l'expérience des autres, développer des connaissances sur le traitement médicamenteux car ce dernier est perçu comme une corvée bien que nécessaire. Les participants ont expliqué que le groupe de soutien leur a permis de développer de nouvelles habiletés qui les aident au quotidien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Se rassurer : bien que les patients se sentent gênés de déranger leur médecin, ils expriment le besoin de savoir comment leur maladie est prise en charge. Les patients avouent également qu'ils ont de la peine à déterminer si un symptôme est sérieux au point d'aller consulter un médecin. 3. Générer de l'espoir et un futur : malgré que les patients pensent que leur maladie est progressive, ils sont encore capables de créer un sentiment d'espoir et de futur dans leurs vies. Le groupe de soutien tient une grande part dans ce sentiment car il donne la volonté aux patients d'aller de l'avant. Cela leur a permis de gagner de la force en voyant d'autres personnes parfois perçues comme en moins bonne santé développer des stratégies d'adaptation.
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Le support social est décrit comme aide pour faire face.</p> <p>Les stratégies centrées sur le problème et sur l'émotion ont permis aux participants d'accepter leur situation et de vivre avec des limitations physiques.</p> <p>Par contre, la croyance d'être un fardeau pourrait diminuer l'utilisation de ressources pour faire face. Les participants semblent, après le groupe de soutien, accepter plus facilement de l'aide.</p> <p>Une perception de soi positive peut être une ressource importante pour faire face. Les participants décrivaient un manque de confiance en eux, mais le groupe de soutien a été une ressource pour créer des sentiments positifs et générer espoir et futur. Cependant, le groupe de soutien n'est pas la seule source de soutien et de soins palliatifs. La variété des problèmes et des stratégies pour faire face souligne que les patients souffrant d'I.C. pourraient avoir besoin de différents types de soutien.</p>
	-généralisation conclusions ?	X			<p>Difficile car étude qualitative</p> <p>Mais les problèmes identifiés sont similaires à d'autres études menées sur l'I.C.</p>
	- Limites ?		X		
Perspectives	-Conséquence de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Cette étude amène des pistes qui devront être complétées par d'autres recherches. Besoin d'étendre l'étude à des minorités ethniques ou des personnes ne bénéficiant pas de support social. Un outil d'évaluation des besoins de soins palliatifs et de soutien pourrait être développé. De plus, une évaluation du programme de soutien est nécessaire pour évaluer son efficacité pour regrouper les besoins, la qualité de vie et l'augmentation des ressources d'adaptation.</p>
Questions	- Bien écrit, bien	X			

générales	structuré?				
Présentation					
Evaluation globale	-Résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ?	X			<p>Une évaluation formelle des problèmes identifiés par les patients, des stratégies d'adaptations disponibles et les valeurs et préférences pour les soins serait nécessaire pour identifier les besoins. Ceci permettrait de proposer des services plus adaptés tout en reconnaissant les capacités du patient pour faire face à sa maladie.</p> <p>Un nouveau concept des soins palliatifs souhaiterait les associer à un traitement actif. Ces éléments seraient basés sur une évaluation des problèmes individuels et les ressources pour faire face. Un programme de soutien palliatif constitué de personnel spécialisé dans l'I.C et les soins palliatifs serait un élément de soin et apporterait des pistes pour améliorer les ressources/stratégies de coping.</p>

Références bibliographique : Loiseleur, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI

2) Europe, E. & Tyni-Lenné, R. (2004). Qualitative analysis of the male experience of heart failure. *Heart and Lung*, 33, 227-234.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- problème de recherche ?	X			Analyse qualitative de l'expérience des hommes par rapport à l'insuffisance cardiaque
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Objectif : avoir une connaissance de la perspective du patient à propos de comment c'est de vivre avec une insuffisance cardiaque modérée.</p> <p>Méthode : 20 hommes, de classe NYHA II à IV, âgés de 43 à 72 ans ont été interviewés avec des questions ouvertes. Ces interviews ont été analysées en utilisant une analyse de contenu inductive.</p> <p>Résultats : les conséquences de la maladie et comment les patients s'y ajustent ont été signalés dans les interviews. Les conséquences étaient d'ordres physique, émotionnel, social et professionnel. Elles incluaient les pensées de mort. S'ajuster à la maladie implique de changer de style de vie, être conscient de ses capacités/incapacités, développer des stratégies psychologiques et ajuster la médication.</p> <p>Conclusions : grand panel d'incapacités, mais démontre une grande capacité d'adaptation.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié défini ?	X			L'I.C est un des problèmes majeur de santé publique, de plus elle a un mauvais pronostic. Le symptôme le plus commun est la dyspnée, mais aussi la fatigue. Il a été montré que les patients souffrant d'I.C ont une qualité de vie diminuée.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Récemment, les chercheurs ont trouvé qu'il était mieux de faire de l'exercice physique lors d'I.C. modérée car cela augmente la fonction cardiaque et la HR-QoL. Les comportements des patients sont basés sur leur expérience de la maladie. C'est pourquoi il est important pour les professionnels de la santé de comprendre ces expériences du point de vue du patient. Souffrir d'I.C. implique un processus pour prendre une nouvelle identité. Certains avancent, d'autres se sentent résignés, certains se sentent libres malgré la maladie, d'autres se sentent emprisonnés. Peu d'études parlent de l'expérience de vivre avec l'I.C.
Cadre théorique ou conceptuel	-Le cadre conceptuel est-il défini ?		X		

Question de recherche	-Les questions de recherche	X			Avoir le point de vue du patient à propos de ce que c'est de vivre avec l'I.C.
	-Découlent de l'état des connaissances?	X			
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Étude qualitative, descriptive.
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données? - temps passé sur le terrain en adéquation avec les devis de recherche ?	X X			Interviews Questions parlant de la maladie depuis le début jusqu'à aujourd'hui, ce qui dirige la personne à parler de sa vie avec la maladie.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			20 hommes, âgés entre 43 et 73 ans, I.C modérée, Les mêmes hommes ont été recrutés à une étude sur l'entraînement. Ils ont été inclus de manière randomisée avec d'autres patients ambulatoires du département de cardiologie. Critères d'inclusion pour participer à l'étude sur l'entraînement : I.C stable, NYHA II ou III, fraction d'éjection au repos d'au moins 40%. Avant l'étude, tous les patients ont eu une entrevue médicale et été conseillés concernant l'usage des médicaments, le régime, la consommation d'alcool, la fumée et l'activité physique.
	- saturé les données ?		X		
Collecte des données et	-Instruments de collecte des données sont-ils	X			Interviews avec questions ouvertes, durée de 30 à 45 minutes Utilisation d'un guide d'interview.
					Menées par un seul thérapeute, qui n'était pas impliqué dans l'entraînement. Enregistré et retranscrit mot à

mesures	décrits ?				mot.
	- adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche décrite ? - éthique ?	X			Patients ont donné leur consentement éclairé écrit, il a été approuvé par le comité d'éthique local.
Rigueur	- étayé le déroulement, conclusions transférables ?			X	
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				Analyse de contenu inductive. Les contenus retranscrits ont été analysés, codés et catégorisés. Chaque interview a été analysée en entier et non seulement les questions posées. Les interviews ont été lues un certain nombre de fois permettant d'en avoir une idée générale. Après avoir identifié des critères (perception de la vie avec la maladie), la moitié des données ont été codées et cela a permis de formuler des unités avec des contenus similaires. Pour l'autre moitié des données, des catégories et sous catégories ont été développées. 2 chercheurs ont révisé les données pour donner leur accord.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				Après l'analyse des résultats, 2 domaines liés à la vie avec l'I.C. ont émergé : conséquences de la maladie (physiques, émotionnelles, cognitives, sociales et professionnelles et incluant les pensées de mort) et l'ajustement à la maladie (changer de mode de vie, avoir conscience de ses capacités et incapacités, développer des stratégies psychologiques et ajuster le traitement) Conséquences de la maladie : 1) Conséquences physiques Signes physiques et symptômes : fatigue (liée à un besoin de dormir plus que normalement), jambes lourdes,

					<p>sentiment d'être malade et d'avoir des vertiges, dyspnée, fréquence cardiaque augmentée, douleur thoracique.</p> <p>Capacité physique diminuée : comparé leurs capacités avant la maladie et comment ils ont dû s'ajuster. Ils ressentent de la faiblesse musculaire, et c'est ainsi difficile de mener des activités qui durent longtemps ou de la même intensité qu'avant. Il est difficile pour eux de porter des charges, ils ne marchent plus aussi vite, ne montent plus aussi vite les escaliers. Ils sont limités dans leurs activités extérieures, le ménage pose aussi problème.</p> <p>Perturbations sexuelles : pensent que cela vient des médicaments. Déception que le médecin ne les ait pas informés à ce propos. Pour les jeunes patients, cela affecte leur relation avec leurs épouses.</p> <p>Variation du niveau de « bonne forme » : variation de la forme au cours de la journée, ce qui influe sur la planification de leurs activités.</p> <p>Restrictions dans le quotidien : imposé par les médecins ou par leurs perceptions de leur corps. Restriction sur les boissons, sur le port d'objets lourds. Ils ne peuvent pas faire une activité toute la journée sans période de repos.</p> <p>2) Conséquences émotionnelles Génère de l'anxiété, de la nervosité et de la peur causé par la perception des symptômes physiques. Ces sentiments augmentent avec le nombre d'années de maladie. De la dépression peut aussi survenir, causée par la diminution de la capacité physique ou autre chose. Amertume, sensation d'avoir une vie « vide ». Irritation causée par l'incapacité physique.</p> <p>3) Conséquences cognitives Expriment une diminution de la mémoire. Oublient des choses importantes, surtout quand ils sont fatigués. Difficultés de concentration.</p> <p>4) Conséquences sociales Ont le sentiment qu'ils ne peuvent pas « affronter » les demandes de leur ancienne vie sociale car ils n'ont plus la même capacité physique et mentale. Ils se sentent également honteux quand ils ne se sentent pas bien. Ils se sentent peu fiables et ont perdu des amis. Certains ressentent même des difficultés avec leur épouse, ont divorcé, cependant 1 homme vit une meilleure relation avec sa famille grâce à la maladie.</p> <p>5) Conséquences professionnelles Peur de ne pas pouvoir continuer de travailler a été la première chose que les patients ont vécue lorsqu'ils ont appris leur maladie. Beaucoup n'ont pas pu continuer leur occupation comme avant. Ils ont essayé de continuer au même rythme, mais se sont aperçus de leurs incapacités. Ils ont dû changer de travail, diminuer les horaires ou prendre leur retraite. Cela engendre une perte et de la frustration. D'autres ont mis leur maladie sur le compte</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>de leur travail et ont retiré de la satisfaction sur le fait que la maladie ait changé leur vie professionnelle.</p> <p>6) Pensées à propos de la mort Ont exprimé des pensées de mort en lien avec leur maladie. Ils savent que leur maladie est fatale. Ils ressentent une peur de mourir lorsqu'ils souffrent de dyspnée. Les projets de futur sont perdus à cause du pronostic. Pensent à leur famille qu'ils vont laisser en mourant. Un autre exprime un sentiment de calme, de sérénité.</p> <p>Ajustement à la maladie :</p> <p>1) Changement de style de vie Ont en prévision de changer de style de vie ou l'ont déjà adapté. Les changements concernent le régime, fumée, alcool, quantité d'activité physique et stress.</p> <p>2) Conscience de ses capacités et incapacités : Le fait de pouvoir rester actif malgré les incapacités donne une certaine satisfaction. Cela a été possible en étant conscient de ses incapacités et de trouver des stratégies qui diminuent l'effort physique. Plusieurs hommes ont exprimé le souhait d'avoir une meilleure capacité physique et pensent que cela est possible grâce au traitement et l'entraînement.</p> <p>3) Développer des stratégies psychologiques : Essaie de rester calmes, penser positivement et ne pas s'inquiéter. Une stratégie également est d'être reconnaissant d'être en vie et d'être heureux chaque jour. D'autres essaient de trouver un équilibre entre être malade et toujours essayer de se sentir en santé ou le plus normal possible. Informer les autres de sa maladie cardiaque et ses conséquences était important pour 2 hommes.</p> <p>4) Ajustement du traitement : Les hommes ont exprimé leur dépendance au traitement de différentes manières. Prendre des médicaments implique une planification au quotidien. Doivent en accepter les effets secondaires, et également le fait qu'ils devront les prendre à vie.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les comportements des patients sont basés sur leur compréhension des signes et symptômes. Ce qui peut mener les médecins à croire qu'ils sont non-compliants.</p> <p>Les hommes avec une I.C. modérée expérimentent de la fatigue et de la dyspnée dans les activités physiques, perçoivent un vaste éventail de limitations physiques, émotionnelles, cognitives, sociales et professionnelles qui entravent leurs vies. Même les questions existentielles concernant la vie et la mort sont exprimées. Cette étude montre de nombreuses incapacités qui n'ont pas été décrites auparavant. Les perturbations physiques semblent avoir une plus grande signification dans la vie des hommes que précédemment répertorié. Les résultats ont aussi démontré des perturbations sexuelles chez les hommes avec une I.C modérée, ce qui avant</p>

				<p>n'avait été reporté seulement chez l'I.C. avancée. Comme d'autres études, il a été montré que les patients peuvent ressentir de la dépression, de l'anxiété et du stress. Dans cette étude, les patients ont également dit qu'ils ressentaient des sentiments comme la peur, la nervosité, l'irritation et de l'amertume. Ces conséquences émotionnelles peuvent être comprises dans la diminution de l'estime de soi due à une perte de l'indépendance physique. En effet, quand la personne vit un symptôme qu'elle ne connaît pas et par conséquent ne sait pas comment y répondre, cela l'inquiète, l'effraie et la rend nerveuse. D'autres ont exprimé les pensées de mort. Martensson et al ont fait ressortir que les patients avec I.C. ressentaient de la résignation, mais imaginaient cependant le futur. Les troubles cognitifs auparavant, ont été seulement répertoriés chez les patients âgés avec I.C. Mais dans cette étude, les jeunes aussi. Ce qui peut avoir un impact sur les capacités professionnelles. Les conséquences sociales sont identiques à celles ressorties des précédentes études. Ressentent une limitation dans leur vie sociale mais reçoivent du soutien de leur entourage. Mais ce qui est nouveau (n'a pas été souligné dans les études), touche les conséquences de la maladie sur le domaine professionnel.</p> <p>Le processus d'adaptation faisait partie de l'histoire des patients. Les résultats confirment les précédents. La maladie I.C. implique de prendre une nouvelle identité. La manière dont les patients font face aux demandes de leur situation influence le degré d'adaptation à long terme et la satisfaction de la vie. La perception de ses capacités/incapacités dans les activités physiques était décrite comme faisant partie de l'adaptation.</p> <p>L'expérience des capacités/incapacités amène au fait que les patients ne se sentent pas seulement emprisonnés dans la maladie, mais se sentent libres malgré la maladie.</p> <p>D'autres études ont montré que malgré que les patients avec une I.C. modérée montrent une qualité de vie reliée à la santé plus basse, ils ont une capacité de coping égale aux individus en santé. Les patients de cette étude ont montré de la perspicacité mais également de l'amertume, ce qui peut refléter le fait que les niveaux d'ajustement et la capacité d'adaptation peuvent différer.</p>
	Généralisation		X	
	- Limites ?		X	Population seulement masculine, I.C. modérée
Perspectives	Conséquences sur les travaux à venir ?			<ul style="list-style-type: none"> - D'autres recherches devraient évaluer l'impact de l'I.C. sur différents types de patients. - Une comparaison de l'expérience de l'I.C. chronique entre homme et femmes
Questions générales Présentation	-L'article bien structuré pour analyse ?	X		

Evaluation globale	- Résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière?	X			<ul style="list-style-type: none"> - L'étude montre un plus vaste éventail d'incapacités affectant la vie des hommes que précédemment reporté ainsi que des moyens d'adaptations. Ceci peut apporter une aide précieuse aux professionnels de la santé pour comprendre le comportement des patients. - Supporter les patients dans l'acceptation de, l'adaptation à, et la réhabilitation de leur maladie. - Le fait que les conséquences physiques de l'I.C. sont une grande partie de la description de comment c'est de vivre avec l'I.C. montre que la maladie affecte de forte manière le domaine physique et que les patients s'identifient en partie à travers leurs capacités physiques.
Ce que j'en retiens					<p>Résultats intéressants +++</p> <p>Mais ne parle pas de QDV et population très jeune</p>

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

3) Heo, S., Lennie, T.A., Okoli, C. & Moser, D.K. (2009). Quality of life in patients with heart failure : Ask the patients. *Heart & Lung* march/april 2009: 100-108.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- Saisir le problème de recherche ?	X			Va s'intéresser à comment les patients décrivent leur qualité de vie lorsqu'ils sont atteints d'insuffisance cardiaque (I.C.)
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche ?	X			<p>I.C provoque des dérangements dans le quotidien, surtout de la qualité de vie. Il est essentiel d'aider les patients à maintenir une bonne qualité de vie.</p> <p>But de l'étude : explorer comment les patients définissent et perçoivent leur qualité de vie.</p> <p>Résultats : les patients définissent leur QDV comme la capacité de : 1) avoir une activité physique et sociale qui rejoint les besoins du patient et de sa famille 2) être heureux 3) entretenir des relations satisfaisantes avec les autres.</p> <p>Les patients ont perçu plusieurs facteurs qui influencent en + ou en – la QDV : physique (symptômes ou bonne santé physique), psychologique (humeur, perspective positive ou négative), économique (statut financier), social (soutien, capacité à faire des activités en société) spirituel et comportemental (soins à soi-même). Les patients trouvent que l'I.C a un impact négatif sur la QDV mais néanmoins évaluent leur QDV comme bonne.</p> <p>Conclusion : La définition de la QDV donnée par les patients reflète non seulement l'impact de la maladie sur leur quotidien, mais aussi le besoin d'être heureux.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème clairement défini ?	X			L'I.C altère nettement la qualité de vie des patients (plus que les patients atteints d'autres maladies chroniques). La qualité de vie reflète l'impact multidimensionnel au quotidien de l'état de la maladie et son traitement.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème étudié ?	X			Différents symptômes : dyspnée, fatigue, oedèmes, perturbation du sommeil, dépression et douleur thoracique ➔ limitations du quotidien et diminution de la QDV. Un niveau de QDV bas augmente les réhospitalisations et la mortalité. C'est pour cela qu'il est important d'évaluer la QDV chez les patients pour déterminer son impact sur leur quotidien
Cadre théorique	- Le cadre conceptuel est-il	X			Le concept de QDV reflète la perception subjective des patients par rapport à l'impact d'une maladie sur leur

ou conceptuel	défini ?				quotidien. 2 personnes avec la même maladie, même stade évalueront leur QDV de 2 manières différentes.
Question de recherche	- Questions de recherche formulées ?	X			Explorer les perceptions des patients souffrant d'I.C à propos de la QDV
	-Découlent-elles de l'état des connaissances ?	X			Peu d'études se sont penchées sur la QDV vue par les patients.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Le temps passé sur le terrain en adéquation avec devis?	X X X			Etude qualitative Interviews individuelles Un premier chercheur a élaboré les questions et deux autres les ont revues et révisées. Ce même chercheur a passé toutes les interviews, de manière individuelle. Les interviews se sont déroulées dans une salle privée d'un centre général de recherche clinique d'une université affiliée à un hôpital en 2005 et 2006.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon détaillée ?	X			20 patients, vivant dans une ville du Midwestern. Critères d'inclusion : diagnostic confirmé d'I.C., Classe NYHA II à IV, capacité de parler anglais. Critères d'exclusion : troubles psychiatriques ou cognitifs. Tableau avec les caractéristiques de l'échantillon. (âge : 58 +/- 10 ans, majorité d'hommes)

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		
Collecte des données et mesures	- Instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				Interviews semi-structurées avec un set de questions pour standardiser le contenu des interviews. Questions ayant comme thèmes l'impact de l'I.C sur le quotidien, la définition et l'évaluation de la qualité de vie et les facteurs influençant la QDV.
	- Adéquation entre la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui car on recherche le point de vue des patients. Avantage et désavantage que ce soit semi-structuré car les patients n'ont pas une totale liberté de parole.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche décrite ?		X		On ne sait pas comment ils ont recruté les participants.
	- Mesures appropriées (éthique) ?	X			Obtention de l'accord de l'institution. Les patients ont signé un consentement éclairé pour enregistrer les interviews. Auparavant, il leur a été expliqué le but et le déroulement de l'étude.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils étayé le déroulement de l'étude afin que conclusions soient crédibles, transférables ?	X			Tout a été enregistré puis les interviews ont été retranscrites textuellement. Le premier chercheur et un deuxième ont comparé l'enregistrement et la retranscription pour assurer la rigueur. Le premier chercheur a analysé le contenu des interviews en les écoutant à plusieurs reprises (éviter les biais). Ainsi, les thèmes principaux sont ressortis et ont été codés. Tout a été revu par 2 autres chercheurs pour augmenter la transposition et fiabilité.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données décrites?	X			Cf. rubrique ci-dessus

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Paragraphes avec en-têtes</p> <p>1) Caractéristiques de l'échantillon : moyenne d'âge 58 +/- 10 ans, 70% d'hommes, majorité de personnes blanches (90%). Pour la plupart, vivant marié ou avec quelqu'un. Les comorbidités principales : hypertension (80%), fibrillation auriculaire (45%), diabète et maladie rénale.</p> <p>2) Définition des patients de la qualité de vie : inclut 3 composants : 1) avoir une activité physique et sociale qui rejoint les besoins du patient et de sa famille 2) être heureux 3) entretenir des relations satisfaisantes avec les autres. La définition la plus commune de la QDV était la capacité de pouvoir avoir une activité physique et sociale. Quelqu'un d'autre définit la QDV comme « comment tu peux faire ce qui doit être fait (comme se laver, cuisiner, faire le ménage, visiter des amis...) ». Le côté psychologique et émotionnel a également une grande importance, principalement le bonheur et la satisfaction. D'autres en donnent une définition plus compréhensive : « la capacité d'être en paix et joie, à faire ce que tu as envie de faire avec les personnes avec qui tu veux être. » Ils disent également que plus la QDV est bonne, plus tu peux faire les choses que tu veux et les activités avec la famille.</p> <p>3) La perception des patients à propos des facteurs influençant la QDV :</p> <p>a) état de santé : symptômes physiques comme le souffle court, les douleurs à la poitrine, les nausées et la fatigue ont un effet négatif sur QDV. La condition physique a un rôle également : trop de poids, besoin de repos et relaxation, fonction cardiaque.</p> <p>b) facteurs psychologiques : une bonne humeur a un impact positif sur la perception des patients de leur QDV. « En plus du corps, il faut avoir un esprit positif pour faire face aux changements du corps ». Une mauvaise humeur a un impact négatif. Perspectives : maintenir une perspective ou attitude positive aide à avoir une meilleure qualité de vie. Se poser des objectifs et les atteindre, aller au-devant des problèmes. Essayer de faire ce qu'on a envie de faire, s'imaginer que ce pourrait être pire.</p> <p>c) statut économique : les patients reportent qu'une mauvaise situation financière peut affecter négativement la qualité de vie. Difficulté à payer les médicaments</p>

					<p>d) facteurs sociaux : soutien social : venant de personnes ou matériel. Une aide appréciée est lorsque quelqu'un fait le ménage pour eux car cela représente un gros fardeau physique. Avoir un environnement soutenant (proches) augmente également la QDV. Les patients aimeraient des groupes de soutien/encouragement ou dans les épiceries un rayon contenant des produits pauvres en sel. Activités sociales : la participation à une activité (en famille ou avec amis) est un moyen d'augmenter la qualité de vie. Sortir, avoir des choses à faire, avoir un travail.</p> <p>e) spiritualité : quelques patients notent que la foi ou la prière influencent positivement leur QDV.</p> <p>f) comportements liés à la santé : une manière de maintenir une bonne qualité de vie est de faire des autosoins/surveillances, prendre le traitement, suivre un traitement pauvre en sel, avoir une activité régulière, contrôler son poids et gérer les symptômes.</p> <p>4) Evaluation de la qualité de vie reliée à la santé : Malgré les limitations dans le quotidien, la majorité des patients définissent leur QDV comme « bonne » ou « très bonne ». Les raisons de cette évaluation positive incluent le fait de considérer d'autres situations pires, la capacité de faire des activités appréciées et le bonheur émotionnel. Cependant, d'autres patients évaluent leur QDV négativement à cause de la limitation dans le quotidien, comparée à leurs capacités d'autrefois. D'autres souhaitent augmenter leur qualité de vie pour pouvoir faire ce dont ils ont envie.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X			<p>La perception des patients montre la nature subjective et multidimensionnelle de la QDV. Leur définition montre une quête du bonheur et de relation à autrui, tout comme l'impact négatif sur le quotidien. Les auteurs citent quelques définitions de la qualité de vie qui en montrent bien le côté subjectif et multidimensionnel et reviennent à celle donnée par les patients dans cette étude. Elle montre une poursuite active d'une bonne QDV malgré l'impact négatif de leur maladie. D'autres éléments importants sont l'aspect psychologique et social. La définition donnée par les patients montre bien que la QDV n'est pas une absence de stress émotionnel ou psychologique, mais c'est la capacité de chercher le bonheur et de passer du temps avec les autres. Dans cette étude, améliorer les relations sociales et changer les perceptions psychologiques permet d'augmenter la QDV. De plus, la détresse psychologique (dépression) influence négativement la QDV et en plus les symptômes physiques. Pour se prodiguer des soins adéquats, les patients ont besoin de soutien (d'autant plus que ce sont souvent des patients âgés, vivant seul.)</p> <p>Parfois, l'évaluation de leur QDV était contraire à leur définition (ex : pouvoir faire des activités physiques et</p>

				<p>sociales et pourtant ressentent des limitations dans le quotidien. Malgré cela, évaluation positive de la QDV. Cela montre l'importance de la vision positive.</p> <p>Une question se soulève car les patients ont évalué leur QDV en fonction de deux choses : s'imaginer dans une situation pire et comparaison avec vie avant la maladie. Comment évaluer de manière appropriée la QDV ? Se baser uniquement sur symptômes ou aspect subjectif ou les 2 ?</p>
	Généralisation conclusions ?		X	Mais comme dans toute analyse qualitative : peu généralisable car échantillon faible et fait référence aux aspects subjectifs.
	- Limites de l'étude ?		X	
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			<ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'élaborer un instrument qui aborde les éléments positifs de la QDV. - Prodiguier des soins basés sur l'évaluation des symptômes pour améliorer QDV à l'aide d'instruments de mesure. (Dyspnea-Fatigue Index ou Memorial Symptom Assessment Scale-Heart Failure qui évalue la fréquence et sévérité des symptômes de l'I.C. et l'impact sur le quotidien). - Un programme de gestion de la maladie à la maison ou éducation du patient pourrait améliorer les symptômes physiques et émotionnels, le statut fonctionnel et la QDV. - Trouver la meilleure manière d'évaluer la QDV : évaluer seulement négativement ou éléments influençant positivement et négativement ?
Questions générales Présentation	- Article bien écrit, structuré et détaillé pour analyse?	X		Toutes les rubriques sont visibles, sous titres.
Evaluation globale	- Résultats probants utilisables dans la pratique infirmière ?	X		Cf. perspectives
Ce que j'en retiens				Difficile de définir la qualité de vie. J'ai l'impression que dans cette étude les gens se forçaient à évaluer leur qualité de vie de manière positive (en se comparant par exemple à des personnes se trouvant dans des situations plus graves qu'eux). Mais l'idée de cette étude est louable ; chaque personne doit pouvoir dire ce qui est bon pour elle et ce qui l'affecte car il s'agit de SA qualité de vie. Personne d'autre n'a les capacités de dire si oui ou non sa QDV est bonne ou pas.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI

4) Paul, S. & Sneed, N. (2002). Patient perceptions of quality of life and treatment in an outpatient congestive heart failure clinic.
Congestive Heart Failure, 74-79.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- Problème de recherche ?	X			S'intéresse à la perception des patients qui viennent en ambulatoire de la qualité de vie et du traitement.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche?	X			<p>Ils ont fait une étude descriptive pour mieux comprendre la définition des patients de la qualité de vie. Cela leur permettra de définir quels outils sont les plus appropriés pour les prochaines études. 5 questions ouvertes en regard avec leur perception de la QOL. La plupart associent QOL et la capacité d'avoir un bon fonctionnement physique (comme avant la maladie). Ils sont peiné de devoir s'adapter, regrettent leurs anciennes activités et ont exprimé une estime d'eux-mêmes diminuée à cause de la perte d'indépendance.</p> <p>Pour les soignants : important de prendre en compte la perception de la QOL du patient lorsqu'on utilise des outils quantitatifs pour mesurer la QOL dans la pratique.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			<p>Jusqu'à maintenant, l'évaluation de la QOL se faisait à travers des questionnaires, où le patient devait répondre à quel point il était « invalidé » par certains items. Ceci permettait d'avoir accès à un plus large échantillon. Cependant, certains facteurs influençant la QOL peuvent être très individuels et ne peuvent pas être exprimés dans un outil standardisé. Peu d'investigations ont été faites sur les sujets suivants : soutien social, famille, mariage (malgré qu'il a été prouvé que ces facteurs étaient des plus importants en lien avec la QOL). La question qui peut être soulevée est : Est-ce que cela reflète vraiment le point de vue du patient ou juste l'accord du patient avec le point de vue développé par le chercheur ? Utiliser les propos des patients a de la valeur et permettent de comprendre la question de la QOL. Les aspects physique et physiologique décrivent une partie seulement limitée de la vie du patient et ne n'ont pas forcément de signification dans le quotidien. De plus, pour une même maladie, au même degré de gravité, la qualité de vie peut être totalement différente. (exemple : capacité de s'adapter à la maladie influence la qualité de vie. L'âge aussi : les personnes plus âgées s'adaptent mieux car ils ont déjà travaillé, ont fondé une famille et ont parfois moins d'attentes que les jeunes qui ont « plus à perdre » à cause de la maladie.)</p>
Recension des écrits	-Résume les connaissances sur le problème ?	X			

Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, le cadre conceptuel définis ?	X			<p>Définition de la santé, selon l'OMS.</p> <p>Définition de la qualité de vie selon Calman : Suggérerait que le but des soignants soit de rapprocher l'espace entre les espérances / attentes et ce qui se passe réellement.</p> <p>Steptoe : Améliorer l'adaptation psychologique des patients permet d'augmenter leur bien-être psychologique et leur qualité de vie.</p>
Question de recherche	-Questions de recherche formulées ?	X			Collecter des informations pour mieux comprendre la définition des patients de la qualité de vie. Et déterminer quels outils par rapport à la qualité de vie pourraient être le plus approprié.
	-Découlent de l'état des connaissances?	X			
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche ?	X			Etude descriptive, questions ouvertes, recueillaient les mots des patients.
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent à la tradition de recherche ?	X			Ont expliqué le but de l'étude et ensuite demandé aux patients s'ils souhaitaient participer. La famille ou les amis ne pouvaient pas être présents pendant l'interview. Ceci a été enregistré sur cassette avec la permission du patient. Les questions portaient sur sa perception de sa qualité de vie.
	-Le temps passé sur le terrain en adéquation avec le devis?	X			
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon détaillée ?	X			<p>Charleston, Caroline du Sud, USA.</p> <p>Échantillon aléatoire de 30 patients choisis parmi 150 patients participant à une clinique universitaire ambulatoire. 17 hommes, 13 femmes. 13 d'origine africains, 17 Caucasiens. La plupart étaient sans travail et</p>

					encore 20 % retraités
	- Saturé les données ?		X		
Collecte des données et mesures	- instruments de collecte des données ?	X			Questions ouvertes Utilisation des questionnaires : SF-36 et le Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
	- Adéquation entre question de recherche et instruments de collecte ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche?	X			Échantillon aléatoire parmi les patients de l'hôpital
	- éthique ?	X			Interview enregistrée avec l'accord des patients, ont été informés du but de l'étude.
Rigueur	- étayé le déroulement de l'étude afin conclusions soient crédibles ?	X			
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données décrites ?	X			Les données ont été retranscrites et analysées. Les réponses ont été classées par thèmes.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux,	X			Question 1 : Que signifie « qualité de vie » pour vous ? les ¾ ont abordé le sujet des capacités physiques. Ils ont associé cela avec les activités qu'ils étaient capables de faire avant de développer la maladie. 20% ont indiqué que la santé mentale et spirituelle sont liées à la qualité de vie, que cela aidait au quotidien à faire face à l'adversité. 10% ont signalé qu'être capable de prendre soin de soi améliore la qualité de vie. Les activités du prendre soin donnent de la normalité dans la vie de chacun. En effet, des activités comme se doucher ou

	graphiques, etc.) ?			<p>marcher provoquent de la dyspnée et cela diminue la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même. Les personnes sont conscientes de cette diminution de cette indépendance dans les soins personnels. Un autre thème soulevé par 3 patients était la longévité de la vie, qui serait associée pour eux à une qualité de vie plus élevée.</p> <p>Question 2 : Quels éléments sont importants pour vous dans le fait d'être en vie ?</p> <p>Une majorité des réponses incluait la famille et la spiritualité. La religion était décrite comme importante pour les patients. Avoir de la famille, des enfants, petits-enfants était aussi important. D'autres thèmes impliquaient le fait de pouvoir faire quelque chose pour les autres, aider la société et maintenir les interactions sociales. D'autres ressentaient le besoin de rester actifs physiquement et de ne pas être dans le rôle « du malade ».</p> <p>Question 3 : Lequel des items ci-dessus est touché par votre condition cardiaque ?</p> <p>Leur capacité physique provoque des limitations dans les interactions avec la famille. Par exemple, garder les petits-enfants. Les patients signalent que c'est une des activités qu'ils regrettent le plus de ne pas pouvoir faire. D'autres ne sentent pas que leur condition cardiaque affecte les items ci-dessus, mais qu'il s'agit plutôt des comorbidités, comme l'arthrite, ou les maladies pulmonaires qui interfèrent avec les activités importantes pour eux. Certains signalent une perte de normalité à cause de l'incapacité de contribuer à la vie de famille ou communautaire. Ils signalent une perte du sens de productivité dans la société et une augmentation de la dépendance aux autres pour atteindre leurs besoins de soins. Les patients sont souvent peinés de devoir adapter leurs activités en fonction de leurs capacités alors qu'avant ils n'avaient aucune limitation physique. Les patients expriment une relation entre leur self-concept et leur activité physique pour rester actifs. Ils continuent de se voir comme ils étaient avant de développer l'I.C. et se retrouvent déçus chaque fois qu'ils s'entraînent car ils ne peuvent pas vivre « au niveau » de leurs attentes. Les activités de la vie quotidienne sont difficiles à cause de la capacité physique limitée et les patients ressentent que tant qu'elles seront perturbées, leur vie ne pourra plus être normale.</p> <p>Question 4 : Si vous aviez le choix, préféreriez-vous une meilleur qualité de vie, même si cela signifiait de vivre moins longtemps ? ou préféreriez-vous de vivre plus longtemps, même si votre qualité de vie était diminuée ?</p> <p>La moitié a répondu qu'ils préféreraient avoir une bonne qualité de vie, même si cela signifiait vivre moins longtemps. 30% ont répondu qu'ils aimeraient vivre plus longtemps, mais la moitié de ceux-ci ont ajouté qu'ils ne voulaient pas continuer de vivre s'ils devenaient un fardeau pour leur famille ou qu'ils étaient en permanence dépendants d'un équipement qui soutenait la vie. Les autres patients étaient partagés dans leur choix.</p> <p>Question 5 : Quels résultats du traitement que vous recevez à la clinique est le plus important pour</p>
--	---------------------	--	--	--

					<p>vous ?</p> <p>23% ont signalé que le rétablissement et l'amélioration de leur condition était un résultat important de leur participation à la clinique. D'autres ont mis en avant les médicaments ou la capacité des soignants d'ajuster le traitement. 30% des patients attendent de la médication un mieux-être. 3 patients spécifiquement ont signalé que le fait d'avoir peu d'effets secondaires était un résultat important de la participation à la clinique. Le fait que le personnel soit dévoué, que les patients se sentaient qu'ils pouvaient recevoir de l'aide. Le plan de traitement était individualisé et cela était reconnu et apprécié. En ressort une confiance en le personnel de soins, élément qui selon les patients est nécessaire pour communiquer de manière honnête avec eux (à utiliser dans la discussion). Les patients ont dit qu'il était important pour eux de savoir quels symptômes il fallait signaler et comment pouvoir les gérer soi-même.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	- Principaux résultats sont-ils interprétés à partir des recherches antérieures ?	X			La plupart des patients associent la qualité de vie avec la capacité d'avoir des activités physiques, de la même manière qu'ils le faisaient avant de développer l'I.C. Ils semblent être peinés de penser à leurs activités d'auparavant et expriment une estime d'eux-même diminuée, en lien avec la perte d'indépendance à cause des limitations physiques. La santé mentale et spirituelle était liée à la qualité de vie pour 6 patients. Les interactions au sein de la famille étaient également un élément important.
	généralisation		X		
	- limites ?		X		
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<p>Il y a autant d'opinions par rapport à ce qu'est la qualité de vie qu'il y a de personnes. Les outils standardisés permettent d'avoir une idée, mais n'approfondissent pas le côté plus privé que l'on ne peut pas définir de manière globale. Or, il est important de traiter les patients de manière individuelle pour les aider à satisfaire leurs attentes et les éclairer sur ce qu'ils peuvent réellement attendre. Beaucoup regrettent leur vie passée, le temps où l'énergie ne manquait pas. Les soignants ont un grand rôle à jouer dans ce qui est d'accompagner le patient à développer des attentes réalistes envers lui-même. Les objectifs irréalistes ou irréalisables peuvent mener à des frustrations et jusqu'à la dépression. Un outil intéressant serait de permettre aux patients de définir leur propre vision de la qualité de vie et des moyens pourraient être développés pour aider chaque patient à atteindre ses attentes réalistes dans le but d'améliorer sa qualité de vie. Impliquer la famille dans les discussions autour de la qualité de vie afin qu'ils entendent les attentes de leur proche. Eux peuvent aider leur proche à développer des attentes réalistes et atteignables. Les cliniques ambulatoires offrent au patient un plan de soin individualisé.</p> <p>L'analyse des questionnaires a montré que la famille et le fait de pouvoir être en famille était important pour 2/3 des patients. Les domaines répertoriés comme étant les plus affectés par l'I.C. sont la capacité à travailler (8 pers), les interactions avec la famille et les amis (6 pers), les activités de loisirs (6 pers) et les activités</p>

					physiques (6 pers).
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré?	X			
Evaluation globale	- résultats probants?	X			
Ce que j'en retiens					Résultats très intéressants, la qualité de vie est très importante pour les patients Très axés sur leurs anciennes capacités, comparaison avec celles d'aujourd'hui. Grand rôle pour les soignants à accompagner.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

5) Pihl, E., Fridlund, B. & Martensson, J. (2010). Patient's experience of physical limitations on daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal Of Caring Science* : 3-11.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- problème de recherche ?	X			Voir comment le patient vit au quotidien ses limitations physiques dues à l'insuffisance cardiaque.
Résumé	-Synthèse des parties de la recherche ?	X			Oui mais pas de façon délimitée, un seul bloc. Un peu court sur la méthode.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème est-il défini ?	X			On connaît encore peu de choses au sujet de la perception par les patients des limitations physiques dans le quotidien. Or les activités quotidiennes sont un important aspect clinique dans les maladies chroniques.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			I.C en augmentation, les limitations peuvent être faibles, modérées ou élevées. Il s'agit d'un grand fardeau, autant pour le patient que pour ses proches. Les patients souffrant d'I.C ont un niveau de santé inférieur que la norme suédoise (du même âge). Perte de force, sentiment d'inutilité. Les symptômes ne reflètent pas l'aspect physique de l'I.C mais sont associés à l'impact sur le mode de vie l'anxiété, la dépression et les attentes du patient. Par exemple, la capacité à faire certaines activités dépend de l'essoufflement, de la fatigue. Le fait de diminuer ses activités physiques diminue la capacité fonctionnelle et ceci réduit encore la possibilité d'avoir une activité physique.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, le cadre conceptuel définis ?			X	Mais phénoménologie expliquée dans la partie méthode.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles formulées ?	X			Décrire comment les patients souffrant d'insuffisance cardiaque conçoivent leurs limitations physiques au quotidien. Identifier les aspects des limitations physiques que le patient trouve pénibles pour être en mesure de le soutenir dans sa prise en charge de la maladie.

	-Découlent de l'état des connaissances	X			Cf énoncé du problème
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X X X			Devis qualitatif, recherche phénoménologique afin d'explorer les variations qualitatives dans la conception des participants de leur limitation fonctionnelle au quotidien. Interviews menées par une seule chercheuse sur une période de 3 mois. (Pihl). Auparavant, une interview pilote avait été réalisée pour tester la validité des questions ouvertes. Une petite rectification a été faite par les 2 superviseurs (Fridlund & Martensson). L'étude pilote a été intégrée dans les données. Utilisation d'entretiens semi-structurés. Les questions posées sont : - Que représentent les activités quotidiennes pour vous ? - Y a-t-il des activités physiques dans votre quotidien que vous trouvez difficiles à gérer ? Suivi de questions d'approfondissement telles que : Pouvez-vous me donner plus de détails ? Dans quel sens ? Données enregistrées sur cassette puis retranscrites littéralement. Analyse des données : Pihl a effectué les analyses et les superviseurs ont été des évaluateurs supplémentaires pour la procédure de catégorisation. L'analyse a été basée sur les 7 étapes décrites par Dahlgren and Fallsberg.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon détaillée ?				Sud-est de la Suède, 15 patients recrutés dans une clinique du comté traitant l'I.C Critères d'inclusion : I.C, diagnostiquée par échocardiographie, parlant et comprenant le suédois. Critères d'exclusion : grave trouble physique ou mental
	- saturé les données ?	X	X		Les participants ont été sélectionnés de manière stratégique afin d'obtenir une variation entre sexe, âge, lieu de résidence, éducation et classe NYHA.
Collecte des données et	- Instruments de collecte décrits ?	X			Interview de 40 minutes, lieu selon le choix du patient (12 à la maison et 3 à l'hôpital)

mesures	-adéquation entre phénomène étudié, question de recherche et instruments de collecte ?	X			<p>Approche phénoménologique donc besoin de se créer de la matière (contenu) car qualitatif.</p> <p>Utilise les interviews et entretien semi-structuré.</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>- Préserver les droits des participants (éthique) ?</p>				<p>Obtenu la permission par le chef du département, tout comme le comité d'éthique.</p> <p>Les patients ont été invités à participer à l'étude pendant une consultation de suivi, une infirmière leur a expliqué le but de l'étude. Les participants potentiels ont été contactés 2 semaines plus tard. Ils ont été informés qu'ils pouvaient décider de ne pas participer jusqu'au début de l'étude et que les données seraient traitées de manière confidentielles. Un consentement éclairé a été signé. Les patients n'avaient aucun lien avec les chercheurs.</p>
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			<p>Rigueur dans la collecte de données a été assurée par les concepts d'applicabilité, concordance, sécurité et exactitude.</p> <p>Applicabilité : basée sur la méthode et le recrutement (ayant pour but d'apporter un max. d'informations.) La phénoménologie est une méthode permettant d'identifier plusieurs conceptions par rapport à un phénomène.</p> <p>Concordance : améliorée par l'étude pilote (incluse dans la recherche)</p> <p>Sécurité : augmentée par le fait qu'un seul chercheur a mené les interviews et a comparé plusieurs fois les données brutes aux aspects finaux (avec les superviseurs). Il n'y avait aucun lien entre les chercheurs et les participants, il n'y a donc aucun biais.</p> <p>Exactitude : à travers l'utilisation de citations liées aux aspects, cela met en lumière la conception des participants.</p>
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données suffisamment décrites ?			X	<p>On ne sait pas si les divers aspects limitant les activités physiques étaient déjà cités et qu'ils les approuvaient ou non ou s'ils proviennent directement du patient.</p>

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les chercheurs ont découvert plusieurs aspects perturbant les activités physiques. Les 4 aspects de référence sont décrits ci-dessous :</p> <p>A. Le besoin de trouver des solutions dans le quotidien : comment on peut changer le quotidien et trouver des autres moyens pour faire les activités. Touche autant la volonté du patient de changer que la manière dont ils vivent le changement et le besoin de soutien. Les aspects structurels étaient : 1. <i>Besoin d'adapter les activités</i> : Décrivent comment ils découvrent d'autres moyens pour continuer certaines activités (modifier légèrement ou trouver d'autres moyens) et utilisent de nouveaux moyens pour gérer la situation. 2. <i>Besoin de planifier les activités quotidiennes</i> : doivent planifier ce dont elles ont besoin, envie ou ce qu'elles doivent faire. Ce sont les limitations physiques qui amènent à planifier, ceci dans le but de pouvoir gérer toutes les demandes physiques telles que cuisiner, aller au magasin. Perception positive et négative par rapport à cette planification. 3. <i>Besoin de soutien pour effectuer les activités quotidiennes</i> : positif et négatif, mais quelque chose auquel les personnes doivent s'adapter. Une majorité reçoit du soutien à la maison. Certains trouvent que leurs limitations physiques et leur besoin d'aide étaient un fardeau car ils dérangent les aidants, d'autres trouvaient normal que les amis et la famille les aident.</p> <p>B. Avoir des attentes réalistes par rapport au futur : croyance que l'âge avancé, le futur seront marqués par un changement dans le fonctionnement physique. Les patients avaient la motivation d'entretenir les fonctions physiques et les activités pour maintenir ou même améliorer leurs capacités au quotidien. Les aspects structurels étaient : 1. <i>Accepter le changement du quotidien</i> : les changements, y compris ceux de l'insuffisance cardiaque chronique font partie du vieillissement et sont attendus et acceptés. Certains l'acceptent mieux que d'autres qui ressentent de l'irritation à cause de leurs limitations. 2. <i>Faire en sorte de maintenir la qualité du quotidien</i> : patients satisfaits avec leur niveau de capacité. Ils pouvaient effectuer les activités qu'ils voulaient faire et devaient faire à un niveau satisfaisant. Le fait qu'ils essaient des activités physiques qu'ils étaient capables de faire auparavant et découvrir que certaines fonctions ont été maintenues les satisfaisait. 3. <i>Faire continuellement des progrès dans le quotidien</i> : les patients décrivent leur volonté d'améliorer leur capacité physique, d'être capables de faire ce qu'ils veulent et leur satisfaction quand les activités physiques entreprises étaient réalisées avec succès ou encore améliorées au fil du temps. Essayer de nouvelles activités et penser aux futures possibilités permettait aux participants d'avancer dans leur capacité d'effectuer le quotidien.</p> <p>C. Ne croit pas en ses propres capacités : la perception de ne pas avoir d'opportunité pour augmenter ses capacités de réaliser les activités quotidiennes. L'incapacité de croire en ses propres capacités physiques ajoutée à l'expérience des limitations les fait cesser d'essayer d'augmenter leurs capacités à réaliser les activités quotidiennes. Ensuite se crée une passivité non désirée, la peur de faire une activité qui pourrait mettre en danger leur santé et une incertitude par rapport au futur. Tout cela amène à une diminution des activités. Les aspects structurels étaient : 1. <i>Echec pour réaliser leur propre capacité physique</i> : la perception d'être incapable influence leur quotidien. Parfois la personne accepte la situation par dépit. L'incapacité de croire</p>
----------------------------	--	---	--	--	---

				<p>en leurs capacités physiques les amène à faire ce qu'ils font d'habitude et rien de plus. 2. <i>Peur les empêche de réaliser les activités quotidiennes</i> : une peur de dépasser ses limites qui entraîne de l'anxiété de faire quelque chose qui pourrait les rendre malade et que personne ne soit là pour les aider.</p> <p>D. Perte de son rôle social dans le quotidien : perte du rôle social et du réseau social à cause des limitations physiques. Lorsqu'elles perdent la capacité de réaliser des activités du quotidien, les personnes manquent de sollicitations physiques et mentales. Les personnes souffrent d'une incapacité à se concentrer longtemps qui empêche de réaliser ce qui est attendu par le quotidien. Leur rôle au sein de la famille et de la société a changé de manière négative.</p> <p>Les aspects structurels sont : 1. <i>Un manque de contenu important au quotidien</i> : ceci inclut le manque de capacité physique, d'activité physique et d'occasions. Egalement une « perte » mentale car trop peu d'expériences sociales ou culturelles. 2. <i>Être incapable de gérer les activités importantes du quotidien</i> : englobe le problème de la fatigue inattendue. Une grande partie du temps est consacrée au repos, il s'agit d'une plus grande partie que ce que les gens souhaiteraient car la fonction physique se détériore à cause de cela. Les participants préfèrent que les activités se déroulent chez eux, mais cela leur demande tellement de préparation. De cela découle une sorte d'isolement.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Le besoin de trouver des solutions dans le quotidien : utilisent des cadres de marche, la marche comme moyen de continuer à réaliser les activités quotidiennes, I.C = fardeau pour le patient et pour les proches</p> <p>Avoir des attentes réalistes par rapport au futur : Avec l'âge, les capacités fonctionnelles pour réaliser les activités quotidiennes deviennent limitées. Ce n'est pas seulement la maladie. La personne s'adapte mieux si elle accepte les limitations comme un processus normal.</p> <p>Ne croit pas en ses propres capacités : certains participants avouent éviter des activités difficiles ou épuisantes pour minimiser leurs symptômes plutôt que de tenter de les réaliser et d'évaluer les résultats. Ekman a souligné que les patients organisaient leurs activités en fonction de ce qui est compatible avec leurs ressources et capacités. Mais le fait de diminuer l'exercice des capacités est un facteur qui limite les activités quotidiennes. Schutzer avance que les personnes âgées sont peu actives physiquement car elles se croient trop vieilles et fragiles et considèrent les activités physiques comme un loisir plutôt qu'un moyen de promotion de la santé. (dans l'étude, les participants ont une peur irrationnelle de se mettre en danger). Le comportement des patients est basé sur sa compréhension des signes et symptômes. Si le patient n'est pas au clair, il peut effectivement avoir un comportement dommageable ou alors avoir une peur excessive de se blesser.</p> <p>Perte de son rôle social dans le quotidien : Aldred dit que certains patients abandonnent des activités agréables à cause de l'I.C. Le fait de perdre un rôle social tenu pendant longtemps entraîne de l'anxiété et un sentiment d'être mis à l'écart. L'isolement se fait aussi sentir parce que la personne reste beaucoup à la maison. La fatigue, très présente, est un problème majeur car elle diminue les activités et cela se répercute sur</p>

					la vie sociale.
	- Tient compte de la généralisation des conclusions ?	X			Une étude qualitative est peu généralisable, cependant elle apporte des éléments importants pour les soins. Transférable pour d'autres individus dans des conditions similaires.
	-Tient compte des limites de l'étude ?	X			Pas possible de prendre un trop grand échantillon de participants car travail +++
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Maximiser les capacités fonctionnelles dans le quotidien en aidant les patients à maintenir une qualité de vie. (patients décrivent une diminution des activités mais révèlent qu'ils n'essaient pas de les entraîner) Le fait d'essayer une activité et d'y arriver leur procure satisfaction en confiance en eux. - Les interventions infirmières doivent avoir pour but d'établir ou de rétablir la confiance que les patients ont en leur capacité physique. Collins argumente qu'il y a besoin d'un programme de réhabilitation mené par des professionnels. - Rôle des professionnels d'informer les patients de manière adéquate (ex : intensité de l'activité physique), en partant de leurs représentations afin qu'ils soient conscients des risques et bénéfices de l'activité physique et puissent maintenir leur capacités physiques au quotidien. (ex : en diminuer les barrières qui les empêchent de faire des activités physiques) - Rôle de promouvoir une vie quotidienne enrichie, par l'adaptation de certaines activités - Aider les patients à maintenir leur position et rôle dans la famille tout comme dans la société en donnant des informations sur l'importance du maintien cognitif et physique. Entraînera une diminution du stress. - Besoin de faire prendre conscience aux professionnels de la santé que l'I.C a un profond impact sur la vie du patient et des personnes qui prennent soin de lui et qu'il faut explorer comment ses besoins pourraient être atteints.
Questions générales Présentation	- bien écrit, bien structuré pour analyse critique ?	X			
Evaluation globale	- Résultats utiles dans pratique ?	X			Cf perspectives

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Annexe G : Grilles de synthèse des 9 recherches quantitatives

1) Davidson, P.M., Cockburn, J. & Newton, P.J. (2008). Unmet needs following hospitalization with heart failure. Implications for clinical assessment and program planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol. 23, No 6, pp 541-546.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Après une hospitalisation, les patients ont des besoins qui ne sont pas atteints. Le rôle des soignants est de les évaluer pour pouvoir planifier des interventions.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Etat des connaissances : mesurer le statut de santé est important pour la clinique et la recherche. Le questionnaire: heart failure needs assessment questionnaire est spécifique à cette maladie, contient 30 questions et permet de mesurer la perception de l'individu de ses besoins dans les domaines physique, psychologique, social et spirituel.</p> <p>But : évaluer la prévalence des besoins des patients fraîchement sortis de l'hôpital (dans les 30 j).</p> <p>Méthode : distribution du questionnaire, moyenne d'âge : 72 ans. Réquisitionnés parmi les patients souhaitant participer à un programme de réhabilitation.</p> <p>Résultats : la phase qui suit la sortie de l'hôpital est une phase de vulnérabilité, les inquiétudes sont plutôt de l'ordre du psychologique et du social.</p> <p>Conclusions : le domaine physique est moins touché (probablement car le problème est « sous contrôle ». Il est important d'identifier les besoins insatisfaits de la sphère psychologique. Une évaluation de ce type (personnelle) est nécessaire pour établir le profil individuel par rapport à l'expérience de la maladie et pouvoir agir de manière adaptée.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Bien qu'il y ait beaucoup de travaux utilisant des mesures psychométriques, peu montrent réellement quels sont les besoins d'assistance des patients. Une évaluation des besoins est un outil qui permet d'évaluer les perceptions de santé et de déterminer la satisfaction des patients avec des plans d'action. Cette manière de faire est centrée sur le patient et permet de mettre en œuvre une intervention individuelle.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'I.C est une cause fréquente d'hospitalisation et concerne de ce fait beaucoup les infirmières. De nombreuses mesures existent pour évaluer le statut de santé des patients souffrant d'I.C., incluant le statut fonctionnel, la qualité de vie et le statut psychologique. Plusieurs études rapportent que la qualité de vie et le sommeil sont péjorés lorsque l'on souffre d'insuffisance cardiaque et que l'on est plus fréquemment sujets à la dépression et l'isolement social.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Souhaitent aborder le thème de la manière la plus individuelle possible afin d'identifier les manques et de proposer des interventions toujours plus adaptées à la personne soignée en fonction des priorités. Le questionnaire a été développé pour combler le manque d'outil dans ce domaine. Basé sur 4 piliers : bio, psycho, socio et spirituel pour assister dans le plan de soins.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Déterminer la prévalence et les relations entre les besoins insatisfaits chez les patients récemment sortis de l'hôpital après une péjoration de leur insuffisance cardiaque. A l'aide du questionnaire : Heart Failure Needs Assessment Questionnaire (HFNAQ)
	-Découlent-elles de l'état des connaissances?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Australie , métropole de Sydney, dans un centre qui contient de la chirurgie cardiaque. Inclusion : patients qui sont sortis de l'hôpital dans les 30 jours, I.C. de toute cause, NYHA I à IV, ayant donné leur consentement éclairé et en attente d'un programme d'éducation et d'exercice. Exclusion : peu d'habiletés à parler l'anglais, troubles cognitifs.
	-La taille de				Les notes cliniques de 1340 patients ont été lues et 540 patients convenaient pour participer à l'étude. Les

	l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				principales raisons qui ont fait que les patients ont décliné sont : le manque de moyens de transports et le sentiment qu'ils ne seraient pas capables de faire face à un programme d'exercice physique. Au final, 132 patients ont participé à cet exercice.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de 30 items, 4 domaines, échelle de Lickert de 1 à 5 - Interview : les infirmières ont interviewé les patients après leur sortie de l'hôpital et fait le tour de leur passé médical et circonstances sociales. Ceci s'est fait dans les 30 jours lors d'une évaluation pour participer à un programme spécifique à l'I.C. Les patients ont également reçu le questionnaire leur demandant de quantifier leur besoin d'aide et/ou leur expérience avec certains items cités. Ce questionnaire a montré une cohérence interne.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				Âge, sexe, statut fonctionnel au début, médication au début, cause de l'I.C., vivant seul ou avec quelqu'un.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Patients ont été identifiés par triage des patients admis pour insuffisance cardiaque symptomatique.
	- droits des participants (éthique) ?	X			Obtenu un consentement éclairé.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques chacune des hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux,	X			Un grand besoin autour des dimensions sociales et psychologiques. Le plus grand besoin d'aide rapporté concerne la difficulté à se motiver à faire des activités et de sortir, se sentir effrayé et anxieux lors de dyspnée et sentiment de contrôler sa vie, également de la colère, frustration, contrôle et peurs d'avoir un infarctus ou une attaque.

	graphiques, etc.) ?				Les variables suivantes ont été analysées en associations statistiques : âge, sexe, statut fonctionnel au début de l'étude, utilisation de médicaments au début, conditions de vie, cause de l'I.C., anglais comme 2 ^{ème} langue. Aucune de ces variables n'est associée aux sous-catégories du questionnaire, ni au score total.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Les données récoltées donnent un avis sur l'expérience de l'I.C directement après une sortie d'hôpital, moment charnière où il est important de mettre en place des soins pour prévenir les complications et promouvoir la qualité de vie. Dans cette étude, les patients ont vraiment besoin d'exprimer leur besoin d'aide, principalement dans les domaines psychologique et social et spirituel. En effet, nous pouvons supposer que le côté physique est stabilisé grâce à l'intervention de l'hospitalisation. Cependant, le côté psychologique est vulnérabilisé par l'hospitalisation.</p> <p>Les variables mises en lien avec les mesures des besoins n'ont pas été significatives, ceci est très important car cela suggère que ce n'est pas possible de prédire quels patients auraient le plus de besoins, basés sur leur caractéristiques sociales, cliniques et démographiques. Donc les soignants ne pourront pas seulement se baser sur l'âge, le sexe, ou les conditions physiques ou sociales. Ceci souligne la nécessité d'évaluer les besoins de chaque patient pour établir l'expérience propre à chacun. Les données recueillies sont importantes pour la pratique. Elles encouragent à continuer la recherche et à développer des interventions individualisées. Le questionnaire Heart Failure Needs Assessment Questionnaire se révèle être un outil utile.</p>
	- Généralisation des conclusions ?	X			<ul style="list-style-type: none"> - Récolte des données très près de la sortie de l'hôpital, peu généralisable à plus grande échelle. - Patients suffisamment en forme
	-Limites de l'étude ?	X			<ol style="list-style-type: none"> 1. Récolte de données directement après sortie de l'hôpital, limite la généralisation. Mais comme cette période est jugée critique, les données récoltées sont importantes pour le rétablissement et réajustement. 2. Le choix des patients qui sont suffisamment en forme pour effectuer un programme de gestion de la maladie inhibe peut-être la possibilité de généraliser. 3. L'exclusion des personnes ne comprenant pas l'anglais et patients « trop » malades. <p>Questionnaire encore très peu utilisé, ne permet pas la comparaison entre population et a encore été peu évalué. Cependant, sa capacité d'individualiser les soins basés sur les besoins permettra de progresser dans les soins ambulatoires et communautaires.</p>
Perspectives futures	- conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de	X			<p>Basé sur la perception par l'individu de ses besoins plutôt que sur la sévérité des symptômes.</p> <p>Permet d'assister dans la communication et l'évaluation des besoins individuels.</p>

	recherche à venir ?				Implication pour les soignants dans le développement de programmes centrés sur la personne. La période qui suit la sortie de l'hôpital est une opportunité pour intervenir et évaluer les besoins individuels lorsque l'on souffre d'I.C. Et les résultats de cette étude insistent sur l'importance de se pencher sur les domaines psychologiques et sociaux, mais aussi bien dans les interventions visant le bon fonctionnement physique.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré?	X			
Evaluation globale	- Résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ?	X			Cf perspectives
Ce que j'en retiens					Données nouvelles et utiles pour mon BT

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

2) Franzen, K., Saveman, B.-I. & Blomqvist, K. (2006). Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *European Journal of Carviovascular Nursing*, 6 (2007) 112-120.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Les auteurs cherchent les prédicteurs pour la qualité de vie reliée à la santé (HR-QoL) parmi les personnes âgées de 65 ans et plus souffrant d'I.C. chronique.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Connaissances antérieures : le but des soins infirmiers est de renforcer la HR-QoL, mais pour cela il faut connaître le lien entre la HR-QoL et l'I.C.</p> <p>But : investiguer si l'âge, le sexe, la sévérité de la maladie, les comorbidités et les conditions de vie prédisent la HR-QoL parmi les personnes dès 65 ans souffrant d'I.C.</p> <p>Méthode : 357 participants, questionnaires : Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire et Short Form-12 Health Survey Questionnaire. Analyse régressive pour analyser le lien entre les prédicteurs et la HR-QoL.</p> <p>Résultats : le plus important est que selon l'évaluation du patient de la sévérité de sa maladie, la HR-QoL est modifiée (plus la maladie est évaluée comme sévère, plus la HR-QoL est basse.) également âge, sexe, diabète et maladies respiratoires.</p> <p>Conclusions : Intervenir en ayant pour but de retarder la progression de la maladie, assister les personnes et les aider à faire face à la maladie et maintenir des domaines de la HR-QoL qui sont encore réalisables permettrait d'augmenter la HR-QoL.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			<p>L'I.C touche toujours plus de patients âgés, en modifiant leur corps, tout cela créant un impact important sur le quotidien. L'I.C. a un impact négatif sur la HR-QoL (plus important que la population générale et même les populations atteintes d'autres maladies chroniques).</p> <p>Malgré que l'on sache que l'I.C affecte la HR-QoL, il manque des connaissances sur comment cela affecte les patients âgés.</p>

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			<p>On a des raisons de croire que l'I.C touche la HR-QoL différemment si la personne est jeune ou âgée. L'impact de l'I.C. serait plus grand chez les jeunes. Les personnes âgées pourraient réévaluer les domaines importants, Peck parle de la transcendance du corps où le corps est perçu comme moins important pour l'existence.</p> <p>De plus, les femmes semblent plus affectées que les hommes. Elles reportent une HR-QoL au niveau émotionnel plus basse (difficile à objectiver car participent moins volontiers aux études). Il faut comparer avec la même classe NYHA et on observe que seulement le quotidien et les activités sociales sont inférieurs aux hommes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les études précédentes se contredisent, ces résultats peuvent être expliqués par le fait qu'il manquait de considération pour l'existence de certains facteurs tels que la sévérité de la maladie, les comorbidités et les conditions de vie (thèmes traités dans cette étude-ci, qui serait en quelque sorte un approfondissement des précédentes)
Hypothèses	-Les hypothèses clairement formulées ?	X			Investiguer si l'âge, le sexe, la sévérité de la maladie, les comorbidités et les conditions de vie prédisent la qualité de vie reliée à la santé chez les personnes à partir de 65 ans souffrant d'I.C chronique.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances?	X			Cf. catégories ci-dessus.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Etude transversale (photographie de la population à un moment donné)
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Données collectées pendant 5 mois entre 2001 et 2002. Les patients ont été informés et invités à participer par courrier avec un questionnaire à remplir et une enveloppe de réponse déjà affranchie. 694 personnes ont été contactées mais 70 furent exclues dès le début (décès, inatteignable ou ignorent qu'ils souffrent d'I.C.) laissant 624 personnes potentielles. Le total de personnes ayant répondu est de 357 (246 n'ayant pas répondu et 21 exclues) Une analyse a été faite avec les personnes ayant refusé de participer montre que ce sont principalement des personnes très âgées ainsi que des femmes. Certains ont signalé que c'était parce qu'ils se sentaient faibles, avaient des troubles de cognition, des difficultés de communication ou une vision

					<p>perturbée)</p> <p>Analyse : pour diminuer la perte de données, les questionnaires où il manquait des données ont tout de même été comptabilisés mais de manière à ce qu'il n'y ait pas d'impact). 5 régressions linéaires multiples (analyse statistique qui décrit les variations d'une variable endogène associée aux variations de plusieurs variables exogènes) ont été réalisées. Analyse des statistiques avec le programme SPSS.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Cf. description de l'échantillon
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>2 Questionnaires</p> <p>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (21 items, mais exclu l'item parlant de l'activité lucrative car patients à la retraite) permet de voir comment les personnes perçoivent l'impact de l'I.C sur le quotidien</p> <p>Short Form-12 Health Survey Questionnaire (6 items basés sur des composantes physiques et mentales) est un instrument générique.</p> <p>Ont ajouté questions concernant conditions de vie : type d'habitation et cohabitation, la sévérité de la maladie a été évaluée par le patient en se basant sur le modèle NYHA, questionnaire parlant des maladies coexistantes (les 5 plus fréquentes maladies coexistant avec l'I.C ont été répertoriées),</p>
	-Les variables à mesurer décrites et opérationnalisées ?		X		l'âge, le sexe, la sévérité de la maladie, les comorbidités et les conditions de vie
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées</p>	X			<p>L'échantillon a été sélectionné grâce à un registre des diagnostics sur l'ordinateur d'un hôpital dans un département du sud de la Suède. Ces personnes avaient été hospitalisées entre décembre 1999 et septembre 2001 pour un diagnostic d'I.C chronique.</p> <p>Étude conforme aux principes de la déclaration d'Helsinki et approuvée par le comité éthique de recherche de l'université de Linköping. Les patients ont reçu des informations écrites à propos de l'étude et les chercheurs</p>

	(éthique) ?	X			garantissaient la confidentialité et protection des données.
Résultats Traitement des données	Analyses statistiques pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Tableaux avec les différents types de variables
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Participants : 170 femmes et 187 hommes, moyenne d'âge 79,3 ans et les 2 groupes d'âge (65-79 et ≥ 80) étaient égaux mais dans le groupe jeune, il y avait plus d'hommes et dans le groupe plus âgé, plus de femmes. Le plus souvent, NYHA classe III, les femmes, ainsi que les personnes du groupe plus âgé rapportaient une autoévaluation de la gravité de la maladie supérieure aux hommes. La plupart des participants vivaient dans une maison avec un partenaire. 75% ont signalé une ou plusieurs comorbidités sélectionnées pour cette étude (troubles de la vue 34%, hypertension 24%, maladie vasculaire 22% et diabète 22%)</p> <p>Qualité de vie liée à la santé : la dimension physique, en comparaison avec la dimension émotionnelle, a un grand rôle sur la HR-QoL. Les participants ont signalé une HR-QoL plus basse au niveau physique qu'émotionnel.</p> <p>Age, sexe et HR-QoL : Les femmes ont signalé une HR-QoL plus basse que les hommes dans les 2 questionnaires. La seule différence entre les 2 groupes d'âge était la dimension physique, où le groupe plus âgé a reporté une HR-QoL inférieure au groupe plus jeune (contradictoire aux autres études).</p> <p>Autoévaluation de la gravité de la maladie et HR-QoL : Le fait d'avoir évalué sa maladie de manière plus sévère est un prédicteur d'une HR-QoL diminuée.</p> <p>Comorbidités et HR-QoL : Des maladies coexistantes à l'I.C montrent un impact dans différents domaines de la HR-QoL. Les maladies respiratoires influencent négativement la HR-QoL sauf la dimension mentale. L'hypertension est la seule comorbidité qui n'a pas montré d'impact sur la HR-QoL. Aucune comorbidité n'a</p>

					<p>montré de différence significative dans la dimension mentale.</p> <p>Conditions de vie et HR-QoL : les personnes vivant dans les domiciles protégés signalent une HR-QoL inférieure aux personnes vivant dans les maisons ordinaires. Les personnes vivant dans les maisons ordinaires ont reporté une meilleure HR-QoL dans les 2 questionnaires (LHFQ émotionnel et SF-12 physique). Pas de différence entre les personnes vivant avec quelqu'un ou celles vivant seules.</p> <p>Age, sexe, sévérité de la maladie, comorbidité et conditions de vie en tant que prédicteurs de la HR-QoL : la régression linéaire multiple a montré que l'autoévaluation de la sévérité de la maladie est un facteur de diminution de la HR-QoL pour les 2 questionnaires. L'âge et le sexe sont liés à la HR-QoL. Etre une femme et avoir plus de 80 ans sont des facteurs d'une HR-QoL diminuée dans la dimension physique. Le diabète(LHFQ) et les maladies respiratoires (dimension physique) sont également facteurs d'une HR-QoL diminuée. Il n'y a que l'autoévaluation de la sévérité de la maladie qui influe sur le côté émotionnel du LHFQ et le côté mental du SF-12.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X			<p>Le résultat principal est : la sévérité de la maladie semble fondamentale car elle influence la manière dont les personnes évaluent leur HR-QoL. L'âge, le sexe, le diabète et les maladies respiratoires influencent les dimensions de la HR-QoL tandis que ni le domicile, ni la cohabitation ne sont significatifs. La dimension émotionnelle était seulement affectée par la manière dont la personne évaluait la sévérité de la maladie. Les patients plus âgés avaient une HR-QoL diminuée par rapport aux jeunes (les études avec lesquelles il compare sont contradictoires) ils en concluent que c'est plus la sévérité de la maladie plutôt que l'âge qui perturbe la HR-QoL.</p> <p>Les femmes signalent une HR-QoL diminuée dans la dimension physique (d'autres études disent que c'est seulement dans les activités du quotidien que les différences se ressentent).</p> <p>Le prédicteur le plus fort dans cette étude était l'évaluation de la sévérité de la maladie, qui montre que plus les patients évaluent de manière grave leur maladie, plus la HR-QoL est basse.</p>
	<p>-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des</p>	X			<p>Le taux faible de participation (57%) rend difficile la généralisation des résultats. L'étude faite avec les patients qui n'ont pas participé montre que ce sont des femmes et des personnes âgées, qui ont signalé comme cause de non-participation la faiblesse. Les résultats sont donc biaisés.</p>

	conclusions ?				Mais l'étude faite a le même nombre de femmes que d'hommes, une moyenne d'âge élevée et la classe NYHA a été évaluée comme haute. Ces résultats peuvent donc être généralisés mais en étant attentifs aux personnes très âgées et vulnérables.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Le modèle est limité car ils n'ont pas inclus tous les prédicteurs possibles pour la HR-QoL (soutien social, situation économique, traitement pharmacologique). LHFQ manque de sensibilité (besoin de faire davantage de tests psychométriques). Pas utilisé la classe NYHA officielle (diagnostic) mais l'autoévaluation du patient de la sévérité de sa maladie. Il aurait tout de même fallu comparer avec une mesure objective. Les comorbidités : leur sévérité n'as pas été investiguée et la possibilité de cumuler les comorbidités non plus.
Perspectives futures	-Conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Continuer les recherches, et s'intéresser particulièrement au soutien social. Se donner les moyens de faire participer les personnes plus fragiles, comprendre pourquoi les femmes participent moins volontiers.
Questions générales Présentation	-L'article bien écrit pour analyse ?	X			Chapitres clairs, tout le contenu y est.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière?	X			Un des buts principaux des professionnels de la santé est de renforcer la HR-QoL des patients. Le LHFQ ainsi que l'autoévaluation de la sévérité de l'I.C peuvent être utilisés pour mettre en avant les personnes à risque pour une HR-QoL basse. Utiliser des conseils pluridisciplinaires dans le but de retarder la progression de la maladie et permettrait d'augmenter la HR-QoL. D'autres interventions pourraient se focaliser dans le soutien des personnes pour faire face aux différents aspects de la maladie et maintenir les domaines de la HR-QoL qui peuvent encore être maintenus, surtout chez les personnes âgées.
Ce que j'en retiens					Confirme ce qui a déjà été ressorti dans les autres études. Mais dit que les personnes plus âgées ont une HR-QoL inférieure aux jeunes, ce qui contredit les autres études.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERP

3) Gott, M., Barnes, S., Parker, C., Payne, S. Seamark, D. Gariballa, S & Small, N. (2006). Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and ageing* 2006 ; 35 : 172-177.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Quels éléments sont prédicteurs de la qualité de vie chez les patients âgés souffrant d'I.C
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Cf. suite.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			I.C est une maladie qui touche majoritairement les personnes âgées (7% des 75-84 ans et 15% dès 85 ans). Le taux d'hospitalisation est plus élevé que pour n'importe quelle autre maladie. Le but premier dans la gestion de l'I.C est l'augmentation de l'espérance de vie et de la QDV. La QDV a un impact sur les hospitalisations et la mortalité dans l'I.C.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les femmes semblent avoir une qualité de vie moins bonne que les hommes souffrant d'I.C. Les personnes âgées ont une meilleure QDV les patients jeunes.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Identifier les facteurs prédictifs de la qualité de vie parmi les personnes âgées souffrant d'I.C. recrutées dans les soins primaires.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit	X			Etude prospective, avec questionnaire.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Grande-Bretagne, 4 general practice surgery situées à Bradford, Barnsley, East Devon et West Hampshire. 542 personnes âgées de plus de 60 ans, parlant anglais, sans troubles cognitifs, NYHA classe II à IV. 31 patients exclus car considérés comme fragiles ou ayant des problèmes médicaux sévères.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Au total 748 patients, mais après exclusion, décès ou non renvoi du questionnaire, finalement 528.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Questionnaires.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites?	X			Les variables pouvant prédire la qualité de vie sont : le genre, la classe NYHA, la dépression, la classe d'âge, le statut socio-économique, les comorbidités, statut marital, marié ou seul.

Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>Mesures appropriées (éthique) ?</p>	<p>X</p> <p>X</p>			<p>Patients recrutés depuis 16 « general practice » dans 4 états différents. Choix de ces états pour augmenter la variabilité démographique (ville/campagne, présence/absence d'industries et de statut économique) Les patients ayant refusé de participer sont plus souvent des femmes et des patients ayant un NYHA à IV. Les patients ont rempli les questionnaires suivants tous les 3 mois pendant 2 ans : Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, SF-36, Geriatric Depression Scale, classe NYHA et un questionnaire d'utilisation des services. Les questionnaires étaient envoyés par poste. La récolte de données a eu lieu entre août 2003 et avril 2004</p> <p>Obtention d'une approbation par le comité d'éthique du Cardiff Multi-Centre Research. De plus, tous les patients ont signé un consentement éclairé pour participer.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	Des analyses statistiques entreprises pour répondre aux hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Facteurs prédictifs de la qualité de vie :</p> <p>Genre : les femmes estiment leur qualité de vie plus mauvaise que les hommes.</p> <p>Classe NYHA : est associée à tous les résultats. Une classe NYHA III ou IV ont une qualité de vie moins bonne que classe II.</p> <p>Signes de dépression : diminuent la qualité de vie.</p> <p>Statut socio-économique : diminue la qualité de vie d'un point de vue émotionnel.</p> <p>Classe d'âge : n'est pas associée à la qualité de vie. Mais les personnes de plus de 85 ans reportent une</p>

					<p>diminution du fonctionnement physique</p> <p>Comorbidités : le nombre de comorbidité diminue la qualité de vie</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X			<p>Maximiser la qualité de vie des patients âgés souffrant d'I.C est le challenge du personnel impliqué dans les soins aux personnes âgées. Peu de recherches ont parlé des personnes âgées, vivant dans la communauté. Cette étude apporte du nouveau concernant ce dernier point.</p> <p>L'âge avancé serait associé à une plus mauvaise qualité de vie, mais ce n'est pas le cas pour l'I.C. Pour ce cas-là, il est très important d'utiliser une mesure spécifique à la maladie et une échelle générique pour évaluer la QDV des patients âgés souffrant d'I.C.</p> <p>Etre une femme souffrant d'I.C. est également associé à une qualité de vie inférieure. Cependant, il faut être vigilant car elles sont souvent sous-représentées dans l'échantillon de population.</p> <p>Le statut fonctionnel NYHA, plus la maladie est avancée, moins bonne est la qualité de vie.</p> <p>La dépression est un prédicteur d'une baisse de la QDV.</p> <p>Aucune recherche antérieure n'a traité du statut socio-économique, cependant le niveau d'éducation est également un facteur de qualité de vie.</p> <p>Les patients présentant 4 comorbidités ou + sont à risque pour une QDV diminuée. Besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire.</p>
	<p>généralisation des conclusions ?</p>		X		<p>N'en parlent pas, mais la plupart de leurs résultats s'alignent avec les recherches précédentes.</p> <p>Grand échantillon, donc plus facilement transposable.</p>
	<p>- limites de l'étude ?</p>	X			<p>Taux de participation bas des patients très âgés, des femmes, et NYHA IV.</p> <p>I.C pas diagnostiquée selon des critères objectifs. Difficulté d'identifier les patients I.C en soins primaires. Utilisé des guidelines de la société européenne de cardiologie.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique</p>	X			<p>Une bonne qualité de vie pour les personnes âgées souffrant d'I.C est un défi difficile, spécialement pour les femmes, les classes NYHA IV, les patients présentant des signes de dépression, les classes socio-économiques basses, ceux avec plusieurs comorbidités et les « très vieux ». Ceci pourrait aider les professionnels travaillant avec les personnes âgées à identifier ceux qui sont à risque d'avoir une QDV</p>

	clinique ?				diminuée et de planifier des interventions appropriées.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré ?	X	X		Peu de paragraphes dans la partie discussion. Partie résultats très brève.
Evaluation globale	- Résultats probants pour la pratique infirmière?	X			Cf perspectives.
Ce que j'en retiens					Ont utilisé des questionnaires : Kansas city cardiomyopathy questionnaire, SF-36(questionnaire de santé), Geriatric depression scale, NYHA. Les facteurs de risque pour une qualité de vie diminuée sont identiques aux autres articles analysés : âge, sexe, classe NYHA, signes de dépression. Mais cet article ne parle pas du fardeau des symptômes de l'I.C

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

4) Hallas, C., N., Wray, J., Andreou, P. & Banner, N., R. (2009). Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*, 40 (2011), 111-121.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	-Saisir le problème de recherche ?	X			La dépression et la perception de l'insuffisance cardiaque prédisent la qualité de vie des patients souffrant d'insuffisance cardiaque avancée.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Etat des connaissances : L'humeur est un facteur agissant sur la mortalité et la qualité de vie pour les personnes ayant de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Objectif : identifier les variables psychologiques et cliniques qui prédisent l'humeur et la qualité de vie pour les patients souffrant d'I.C.</p> <p>Méthode : 146 patientes ont passé des mesures standardisées, pour déterminer leurs croyances à propos de l'insuffisance cardiaque, les méthodes pour faire face, l'humeur et la qualité de vie.</p> <p>Résultats : Les patients qui ont une vision négative des conséquences de l'I.C. et ont moins de contrôle perçu sur les symptômes montrent un comportement mal adapté pour faire face, comme le déni, et le désengagement et des niveaux plus graves de dépression et anxiété. La dépression prédit les résultats de qualité de vie.</p> <p>Conclusions : les patients anxieux et déprimés ont une vision/croyance plus négative de leur maladie, ceci conduisant à des comportements de coping négatifs et une qualité de vie diminuée. Les preuves suggèrent que changer les pensées négatives pourrait améliorer le bien-être psychologique et la qualité de vie des patients, indépendamment de la gravité de la maladie.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Une grande proportion des patients atteints d'I.C. rapportent une pauvre qualité de vie et une détresse émotionnelle. Faire face à ces symptômes (dyspnée, fatigue, capacité de faire de l'exercice diminuée, nausée, difficulté à dormir) peut amener à une dépression, anxiété, panique et baisse de l'estime de soi.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Entre 25-50% des patients reportent de l'anxiété et 18-47% reportent de la dépression, dépendant de leur âge, temps depuis le diagnostic et comorbidités. Les patients avec une humeur négative reportent une qualité de vie diminuée et une plus grande gêne fonctionnelle que les patients non-déprimés, même lorsque l'on compare avec une classe supérieure de la classification NYHA ce qui laisse suggérer que l'interprétation de la fonction, plus que le statut clinique prédit les résultats à propos de la qualité de vie. Il faut savoir que les

					patients déprimés ont un risque plus élevé de mortalité et de réadmissions à l'hôpital. Il est important de développer une compréhension de la cause des troubles de l'humeur et surtout la dépression dans la population souffrant d'I.C. Des études récentes montrent que les styles de coping des patients non-déprimés sont plus adaptés et que leur estime d'eux-mêmes est plus élevée. Le rôle des croyances par rapport à la maladie est un médiateur des troubles de coping et de l'humeur dans toute la population cardiaque. Une perception négative liée à un rétablissement perturbé, une plus grande anxiété et dépression et une diminution de la satisfaction et de la qualité de vie.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts définis ?	X			Mesures psychologiques : Illness Perceptions Questionnaire-Revised (IPQ), Hospital Anxiety and Depression (HADS), COPE, World Health Organization Quality of Life Brief Assessment, Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHF)
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			But : mesurer la signification des croyances par rapport à l'I.C. et leur relation avec les comportements de coping, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie. Hypothèses : 1) les patients anxieux et déprimés auront des croyances négatives par rapport à l'I.C. 2) les patients anxieux et déprimés auront des stratégies de coping plus négatives (que les patients non anxieux et non déprimés) 3) la dépression sera le prédicteur le plus significatif de la qualité de vie 4) les mesures cliniques de la fonction cardiaque ne prédisent pas la qualité de vie ou le domaine affectif.
	-Découlent-elles de l'état connaissances ?	X			Cependant les études n'ont pas mesuré la contribution directe des croyances par rapport à la maladie avec le côté affectif (humeur) et la qualité de vie.
Méthodes Devis de	-Le devis de recherche est-il	X			Étude de cohorte, transversale Utilisation de questionnaires standardisés, psychométriques et des informations médicales.

recherche	décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Plus d'hommes (80%), âge 48,6 plus ou moins 10 ans, 30% avec des comorbidités (diabète, asthme ou AVC), 21% sont employés.
	-La taille de l'échantillon adéquate ?	X			
Collecte des données et mesures	-Instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Oui cf. cadre théorique pour les instruments Sinon, utilisé des informations sur la clinique du patient (surtout sur la sévérité de la maladie) et en mesurant la fraction d'éjection du ventricule gauche. Egalement un test de la capacité respiratoire.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Analyse statistique avec SPSS. La relation entre les variables distribuées normalement a été faite par le coefficient de corrélation de Pearson et le ρ Spearman. Analyse de régression pour évaluer la relation entre les variables indépendantes et dépendantes. Les relations significatives sont : HAD anxiety, HAD depression, WHOQOL social scale, WHOQOL psychological scale, WHOQOL physical scale, WHOQOL environmental scale et MLFQ scale. Une corrélation de Paerson a été effectuée pour voir s'il y avait une relation significative entre la perception de l'I.C., l'humeur, le comportement de coping, les domaines de la qualité de vie, et les variables cliniques.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			Patients ambulatoires recrutés d'un hôpital en Angleterre. 284 patients recrutés mais 146 participèrent. Exclusion : non capable ou ne donnait pas son consentement éclairé écrit, ne parlant pas anglais, ayant moins de 18 ans.
	- éthique ?	X			Le comité d'éthique de la recherche d'Angleterre a donné son accord. Les patients ont reçu un questionnaire avec une feuille d'information et ont dû signer un consentement éclairé.

Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			<p>Le test pulmonaire était lié à l'anxiété, la dépression, MLHF qualité de vie et la qualité de vie physique, psychologique, sociale et environnementale. La fraction d'éjection du ventricule gauche et les comorbidités n'étaient pas liées à HADS ou qualité de vie.</p> <p>Tableaux avec les analyses de corrélation</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Triés par thème</p> <p>Analyse de la qualité de vie : la dépression était la variable la plus prépondérante.</p> <p>Analyse de l'humeur : 32% ont reporté de la dépression et 30% de l'anxiété. 25% avouaient être à la limite de la dépression et 26% à la limite de l'anxiété.</p> <p>Comparaison des croyances par rapport à la maladie et le coping parmi les groupes de HADS : les patients déprimés ont reporté de manière significative des perceptions plus négatives par rapport à la maladie et des stratégies de coping inadaptées (déné, désengagement, déversement des émotions). Les patients anxieux ont une perception de la maladie plus négative et des stratégies de coping inadaptées.</p> <p>Dépression : le plus significatif était le IPQ timeline cyclical</p> <p>Anxiété : décharger les émotions, le désengagement et l'identité de la maladie sont prédictors.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches	X			<p>Hypothèse 1) les patients anxieux et déprimés auront des croyances négatives par rapport à l'I.C. : vérifiée car patients anxieux et déprimés ont d'avantage une perception négative par rapport à leur symptômes, à la conséquence de l'I.C. et la contrôlabilité de leur maladie. Les patients anxieux, de plus, montrent moins de cohérence dans la maladie, ressentent plus d'insécurité et ont un moins bon contrôle du traitement. Les patients déprimés, eux, en plus, ressentent des émotions négatives (peur).</p>

	antérieures ?			<p>Hypothèse 2) les patients anxieux et déprimés auront des stratégies de coping plus négatives (que les non anxieux et non déprimés) : vérifiée car les patients dépressifs et anxieux ont montré des styles négatifs comme une décharge d'émotions et désengagement. Les patients anxieux ont un niveau de déni supérieur aux patients non anxieux. Cependant, les styles de coping ne prédisent pas la dépression.</p> <p>Hypothèse 3) la dépression sera le prédicteur le plus significatif de la qualité de vie : supportée car la dépression a apporté le plus de variance avec tous les modèles de la qualité de vie. Les stratégies de coping négatives apportent moins de variance</p> <p>Hypothèse 4) les mesures cliniques de la fonction cardiaque ne prédisent pas la qualité de vie ou le domaine affectif : partiellement vérifiée car les tests pulmonaires étaient reliés de manière significative à la qualité de vie. Mais pas la fraction d'éjection du ventricule gauche.</p> <p>Résultats supportent les conclusions des recherches précédentes qui disent que la dépression est un facteur prédominant de la qualité de vie.</p> <p>Cette étude souligne le rôle des croyances par rapport à la maladie et qui sont associées à l'anxiété et à la dépression. Les représentations négatives de la maladie au niveau émotionnel, d'un contrôle perçu diminué sur le traitement avec la perception que ça a une conséquence négative sur l'I.C. La perception d'un temps à venir plus incertain était une croyance qui influençait sévèrement l'humeur. En accord avec d'autres études, il a été vu que les éléments négatifs de la vie pouvaient créer des pensées négatives. Ces croyances modèlent l'appréciation des patients d'une menace de santé et s'ils ont les ressources pour faire face à cette menace. Une humeur dépressive est souvent une comorbidité de l'anxiété et la dépression peut développer, si elle persiste, diminuer l'individu au niveau physique et émotionnel et développer des croyances négatives sur la perte et l'échec, jusqu'au désespoir. Les croyances que l'on développe lorsque l'on souffre d'I.C. sont liées à la perte de contrôle et la perception de symptômes imprévisibles, fluctuants et le cours de la maladie augmente l'anxiété, la dépression et le coping inadapté.</p> <p>Les patients déprimés et anxieux ont une qualité de vie inférieure, qui peut être améliorée si leurs croyances négatives changent.</p>
	- Généralisation	X		Être vigilant car il y avait une majorité d'hommes, caucasiens, langue anglaise (contexte de l'étude)

	des conclusions ?				
	- Limites de l'étude ?	X			L'étude transversale donne une évaluation de la qualité de vie mais n'indique pas l'impact des changements de patterns de croyance en lien avec la fluctuation des symptômes, les admissions à l'hôpital et les changements de traitement.
Perspectives futures	- Conséquences de l'étude sur la pratique clinique?	X			L'impact de la détresse et des autres croyances par rapport à la maladie sur le traitement, les performances et le signalement des symptômes nécessite plus de recherches.
Questions générales Présentation	- L'article est-il bien écrit, bien structuré et détaillé pour analyse critique?	X			
Evaluation globale	- L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			<p>Cette étude a identifié une combinaison de croyances négatives par rapport à l'I.C. et des styles de coping de type évitement. Les patients ayant des croyances négatives étant plus vulnérables à la dépression et de suite à une qualité de vie diminuée.</p> <p>Etre vigilant car la dépression et l'anxiété peuvent altérer la perception de symptômes somatiques.</p> <p>Il devient très important d'examiner la détresse chez les patients avec une I.C. Des interventions psychologiques pourraient être mises en place pour lutter contre la mauvaise humeur, augmenter la bonne humeur et les stratégies de coping et développer chez le patient la sensation de contrôle sur la maladie.</p> <p>Il s'agirait de permettre aux patients de pouvoir augmenter leur acceptation et de pouvoir vivre avec la maladie en proposant une approche de résolution de problèmes.</p> <p>Reconnaître que le bien-être psychologique est fondamental pour une bonne qualité de vie, le pronostic clinique et la mortalité.</p>
Ce que j'en retiens					Voir si transposable à population plus âgée.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

5) Heo, S., Doering, L., V., Widener, J. & Moser, D., K. (2008). Predictors and effects of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care* 17, 2, 124-132.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- Problème de recherche ?	X			Les prédicteurs et l'effet des symptômes physiques sur la qualité de vie reliée à la santé parmi les patients souffrant d'I.C.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Etat des connaissances : Les symptômes physiques sont un problème récurrent et stressant pour les patients souffrant d'I.C. et cela peut être le facteur le plus prédisposant de la qualité de vie. Il faut identifier les variables prédictives des symptômes physiques pour développer des interventions efficaces afin d'améliorer la qualité de vie.</p> <p>Méthode : 84 patients sortis de l'hôpital après une exacerbation de leur I.C. ont été suivis pendant 3 mois. Les outils Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire et le Dyspnea-Fatigue Index ont été utilisés pour évaluer la qualité de vie liée à la santé et le statut des symptômes physiques.</p> <p>Résultats : les patients avec le meilleur statut physique et ceux qui travaillaient étaient plus vieux et moins anxieux au début rapportaient une meilleur HR-QoL. Les symptômes physiques étaient le plus grand prédicteur. Les patients ayant moins de dépression, qui travaillaient, qui avaient un contrôle perçu plus élevé et qui étaient plus jeunes au début ont reporté un meilleur statut physique. La dépression était le plus grand prédicteur.</p> <p>Conclusions : Les symptômes physiques sont le facteur le plus important pour prédire la HR-QoL et une dépression à la base et le contrôle perçu sont les plus grands prédicteurs du statut physique. Les interventions doivent s'intéresser à améliorer le statut psychologique pour avoir un impact sur le statut physique et améliorer la HR-QoL.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les symptômes physiques sont un facteur influençant l'hospitalisation. Souvent les patients consultent à cause de dyspnée. L'importance des symptômes physiques est sous-estimée. Les limitations du patient au quotidien à cause des symptômes peuvent être associées à des changements dans la HR-QoL. Pour améliorer le statut physique, et, de ce fait la HR-QoL, les professionnels de la santé doivent comprendre les variables qui prédisent le statut physique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances	X			La perception du patient de ses symptômes physiques peut être influencée par des variables démographiques (âge, sexe, statut marital), comportementales (statut professionnel, habitudes de vie),

	sur les variables étudiées ?				biophysiologicals (fraction d'éjection ventriculaire gauche, cause de l'I.C., comorbidités) et psychologiques (contrôle perçu, anxiété et dépression).
Cadre théorique ou conceptuel	- théories, concepts définis ?	X			Les symptômes physiques : perception subjective du patient de ses sensations résultant d'une condition physique anormale et des effets de ces sensations sur le quotidien.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles formulées ?	X			Le but de cette étude est de déterminer les prédicteurs des symptômes physiques chez les patients avec I.C. à 3 mois après la sortie de l'hôpital. Déterminer si le statut physique au début est un facteur prédisposant important de la HR-QoL à 3 mois. Déterminer le meilleur modèle de prédicteurs des symptômes physiques à 3 mois.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Étude longitudinale
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			84 patients (hospitalisés pour cause d'exacerbation de la maladie) recrutés de 4 hôpitaux ; Ohio, Columbus, Lexington, Kentucky. Recrutés par des infirmières assistantes de recherche. Ces infirmières ont récolté des données démographiques, comportementales, biophysiologicals, psychologiques, physiques et HR-QoL entre 2002 et 2004. Moyenne d'âge, 65 ans. Inclus : diagnostic confirmé d'I.C., NYHA II à IV, retournés à domicile. Exclus : patient se trouvant dans une structure de soins, troubles cognitifs ou psychiatriques.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte?	X			

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Dyspnea and Fatigue Index : évaluer les symptômes physiques et l'effet des symptômes sur le fonctionnement au quotidien.</p> <p>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire : a permis d'évaluer la qualité de vie.</p> <p>Prédicteurs potentiels des symptômes physiques : Un certain nombre de variables pertinentes des domaines démographiques et cliniques qui sont fréquemment associées avec les symptômes physiques ou la HR-QoL ont été mesurées.</p>
	-Les variables à mesurer ?	X			Expliquent comment ils ont obtenu les variables pertinentes.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche?	X			Recrutés dans les hôpitaux.
	- éthique ?	X			Etude passée en revue et approuvée et a été continuée en accord avec les principes de la déclaration d'Helsinki de 1975. Les patients ont donné un consentement éclairé écrit.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			<p>Utilisation de SPSS. Analyses corrélationnelles et associationnelles, multiples régressions, ont été utilisées pour émettre l'hypothèse que le statut physique au début est le plus puissant prédicteur de la HR-QoL.</p> <p>2^{ème} analyse : déterminer si les symptômes physiques au début étaient un important facteur de la HR-QoL à 3 mois.</p> <p>3^{ème} analyse : déterminer quelle variable de base était prédictive de symptômes physiques à 3 mois.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Caractéristiques de l'échantillon : 95% des patients ont des symptômes physiques comme dyspnée et/ou fatigue au quotidien et 94% expérimentent un dérangement à cause de ces symptômes. Au début, 70% des patients avaient des scores de dépression et d'anxiété plus élevés que les individus en santé. Les résultats du questionnaire : Living with Heart Failure sont également supérieurs que dans la population en santé. Ceci indique que les patients souffrant d'I.C. ont une HR-QoL considérablement inférieure aux autres individus du même âge.</p> <p>Effet des symptômes physiques sur la HR-QoL : Les patients qui ont rapporté avoir une meilleure qualité de vie sont ceux qui travaillent, qui ont un meilleur statut physique, qui étaient plus âgés et avaient moins d'anxiété. Les symptômes physiques étaient le plus grand prédicteur de la HR-QoL.</p> <p>Prédicteurs des symptômes physiques : Les patients ayant moins de dépression, qui travaillaient, qui</p>

					avaient un meilleur contrôle perçu en lien avec l'I.C et sa gestion, et qui étaient plus jeunes ont reporté un meilleur statut physique. Le sexe, le statut marital, l'éducation, le tabagisme, la fraction d'éjection ventriculaire gauche, la cause de l'I.C. et les comorbidités ne sont pas liés aux symptômes physiques.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Dans leur étude, le facteur le plus prédictif de la HR-QoL à 3 mois était les symptômes physiques au départ. Et la dépression et le contrôle perçu étaient les plus importants prédicteurs des symptômes physiques. Les résultats ajoutent une dimension aux anciennes études, montrant que la dépression et le contrôle perçu mesurés tôt après la sortie de l'hôpital sont associés avec des symptômes physiques ultérieurs. Cela suggère que les interventions pour améliorer la dépression et le contrôle perçu pourraient améliorer les symptômes physiques et, à son tour, améliorer la HR-QoL.</p> <p>Les symptômes physiques sont un problème important chez les patients souffrant d'I.C pour 2 raisons : leur haute prévalence et leur impact sur la vie au quotidien. Les anciennes études appuient en disant que les patients souffrent souvent de plusieurs symptômes au quotidien (dyspnée + fatigue, etc) Ces symptômes affectent différents aspects de la vie des patients et vont parfois jusqu'à causer l'hospitalisation. Une gestion des symptômes physiques demande une connaissance sur les variables qui influence les symptômes physiques.</p> <p>Les patients ayant un meilleur contrôle perçu s'engagent plus facilement dans les auto-soins, ce qui expliquerait la diminution des symptômes physiques. Ceci est donc lié à la HR-QoL.</p> <p>Les patients qui ne travaillent pas ont reporté un statut physique et HR-QoL plus bas que les patients qui travaillaient.</p> <p>Les résultats de cette étude sont importants car ils indiquent l'effet indépendant des facteurs psychologiques sur les facteurs physiques et sur la HR_QoL.</p>
	Généralisation		X		
	- Limites de l'étude ?	X			<p>Petit échantillon</p> <p>Il aurait fallu utiliser des critères diagnostiques établis pour évaluer la dépression et l'anxiété.</p>
Perspectives futures	conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à	X			<p>Les professionnels de santé peuvent modifier le statut psychologique des patients en l'évaluant et en apportant des interventions appropriées. Comme nous l'avons compris, en agissant sur les aspects psychologiques, il y aura un effet sur le physique et sur la HR-QoL. Les recherches l'ont prouvé, le traitement non-pharmacologique joue un grand rôle dans l'amélioration de la qualité de vie. Des approches comme la thérapie cognitive, la gestion du stress, interventions diététiques et des programmes d'éducation pour l'auto-</p>

	venir ?				gestion permettent d'améliorer les symptômes. D'autres études seront nécessaires pour examiner de manière plus approfondie les causes et effets des symptômes physiques, car bien que certaines variables ont été utilisées pour cette étude, d'autres peuvent influencer ces symptômes (médication, régime et nutrition, inflammation)
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, structuré?	X			
Evaluation globale	- résultats probants utiles dans la pratique infirmière ?	X			
Ce que j'en retiens					Important de soulever le fait que les problèmes d'ordres psychologiques influent sur le physique et diminuent la qualité de vie.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

6) Lee, D., T., F., Yu, D., S., F., Woo, J. & Thompson, D., R. (2004). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *The European Journal of Heart Failure*. 7 (2005), 419-422.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- Problème de recherche ?	X			La qualité de vie chez les patients souffrant d' I.C. congestive.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Etat des connaissances : Malgré beaucoup de données attestant une diminution des fonctions physiques, psychologique et sociales lorsque l'on a de l'I.C congestive, on sait peu de choses sur l'impact de cette maladie sur la qualité de vie reliée à la santé (HR-QoL).</p> <p>But : identifier les facteurs significatifs : démographiques, cliniques et psychosociaux associés à la HRQoL chez les patients I.C congestive</p> <p>Méthode : recruté 227 patients d'un hôpital général de Hong Kong. Les données représentatives sur la qualité de vie liée à la santé, le statut fonctionnel, psychologique, le support social et la perception de la santé ont été obtenues de chaque patient et les données cliniques prises aux archives.</p> <p>Résultats : Analyse régressive, la détresse psychologique, une mauvaise perception de sa santé, une classe NYHA plus élevée et un niveau éducationnel plus bas ont été identifiés comme des facteurs diminuant la HR-QoL. Mais principalement la détresse psychologique et la classe NYHA.</p> <p>Conclusion : Il est important d'encourager les patients à avoir une attitude positive face à leur propre santé, surtout au niveau psychologique et physique.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			<p>Les patients souffrant d'I.C. congestive font l'expérience d'une trajectoire chronique et menaçant leur vie, caractérisée par de la fatigue, de la dyspnée, une détérioration du statut fonctionnel et des réhospitalisations. L'impact négatif fait qu'il y a une augmentation de l'importance de la qualité de vie liée à la santé. La qualité de vie reliée à la santé est un grand indicateur clinique prédisant l'usage des services de santé et la mortalité.</p> <p>Le fait de connaître les facteurs influençant la HR-QoL pourra permettre de développer des interventions efficaces afin de diminuer l'impact négatif de la maladie.</p>
Recension des	-Résume les connaissances sur	X			12 variables dans les domaines démographique, clinique et psychosocial : âge, revenu, niveau d'éducation, temps depuis le diagnostic, nombre de comorbidités, fréquence d'hospitalisations lors des 6 derniers mois,

écrits	les variables étudiées ?				statut fonctionnel, perception de la santé, taille du réseau social, soutien social et statut psychologique.
Cadre théorique	- théories et concepts définis ?		X		
Hypothèses	-Les hypothèses formulées ?	X			Identifier les facteurs significatifs influençant la qualité de vie reliée à la santé parmi les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive
	-Découlent-elles de l'état des connaissances?	X			Les précédentes recherches ont tenté d'utiliser des mesures génériques de la HR-QoL. Mais bien que cela permettait la comparaison, ce n'était pas assez spécifique et était moins utile pour comprendre l'impact de la maladie. C'est pourquoi il était plus judicieux d'utiliser un outil spécifique à la Hr-QoL.
Méthodes					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Étude croisée Analyse régressive pour obtenir les variables significatives.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			227 patients admis consécutivement dans l'unité médicale, ayant un diagnostic d'I.C. congestive (ont vérifié la validité du diagnostic), âge supérieur à 60 ans, parlant chinois, fonctions cognitives intactes (ont été testées), pas de maladie psychiatrique, pas de chirurgie cardiaque prévue
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Questionnaires HR-QoL : Chinese version of Chronic Heart Failure Questionnaire Statut fonctionnel : NYHA Statut psychologique : Chinese version of Hospital and Anxiety Depression Scale Soutien social : Medical Outcomes Study Social Support Survey. Echelle visuelle analogique pour mesurer la perception de la santé par les patients.

					Données cliniques et démographiques : archives médicales
	-Les variables à mesurer décrites ?			X	
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? - éthique ?	X			Recrutés dans un hôpital Obtenu l'accord éthique de la part du comité d'éthique de l'université et de l'hôpital.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques pour répondre aux hypothèses ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			La majorité des participants ont signalé un statut fonctionnel compromis. Les scores de perception de la santé étaient généralement bas, reflétant que le patient percevait sa santé de manière négative. Au niveau psychologique, un taux élevé de stress et surtout de la dépression ont été relevés. De plus, les patients estimaient que leur réseau de soutien était moyennement adéquat. Parmi les 12 variables, 9 ont montré une relation significative. Dans l'ordre d'impact (du plus fort impact au moins fort) : Anxiété/dépression, perception de sa santé, classe NYHA, soutien social perçu, condition de vie, niveau d'éducation, statut marital, taille du réseau social et l'âge. 52% de la variance au questionnaire sont expliqués par l'anxiété/dépression, la classe NYHA , la perception de la santé, et le niveau d'éducation.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				Parmi les variables étudiées, le statut psychologique et physique, la perception de la santé et le niveau d'éducation ont été identifiés comme facteurs significatifs associée à la qualité de vie reliée à la santé dans l'I.C. congestive. Le plus proéminent était l'effet psychologique, suggérant qu'un niveau élevé d'anxiété ou de dépression avait un effet négatif sur la HR-QoL. Des études antérieures avaient montré la détresse psychologique, le statut fonctionnel diminué et une perception négative de sa santé comme facteurs significatifs pour des hospitalisations et de mortalité chez les patients I.C. congestive. Les résultats de cette étude montrent l'importance de ces facteurs prédictifs. En contraste avec d'autres études qui avaient souligné l'effet positif du soutien social, cette étude n'a pas montré d'effet du soutien social sur la HR-QoL.

					De plus, cette étude a utilisé un outil de mesure spécifique, ce qui est plus approprié.
	- Généralisation des conclusions ?	X			Population : patients âgés hospitalisés. La validité externe doit aussi être considérée avec attention car la méthode de validation du diagnostic a été faite avec une méthode moins rigoureuse que d'autres marqueurs pronostics.
	-Limites?		X		
Perspectives futures	- conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				La qualité de vie reliée à la santé est un résultat important pour les patients I.C. congestive. Cette étude a souligné l'importance de promouvoir la santé physique et psychologique en améliorant leur HR-QoL. Aider les patients à cultiver une attitude positive par rapport à leur santé est un objectif de traitement. Besoin d'ajuster dans les essais cliniques les notions de statut psychologique et physique, la perception de la santé et le niveau d'éducation lorsque l'on teste la HR-QoL.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré?	X			
Evaluation globale	- résultats probants pour pratique infirmière ?	X			
Ce que j'en retiens					Article intéressant, mais parle pas de comment les patients perçoivent leur QDV

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

7) Rector, T.S., Anand, I.S, & Cohn, J.N. (2006). Relationships between clinical assessment and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *Journal of Cardiac Failure*, Vol 12, No 2, 87-92.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	-Saisir le problème de recherche ?	X			Cherche à établir une relation entre l'évaluation clinique et la perception par le patient des effets de l'I.C sur sa qualité de vie.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Etat des connaissances : de manière hypothétique, la plupart des effets de l'I.C. sur la qualité de vie pourraient être attribués aux symptômes induits par la pathologie.</p> <p>Méthode : se base sur une étude randomisée qui utilise le Minnesota living with heart failure questionnaire (MLHF) à plusieurs reprises. Se base sur les données collectées au 4^{ème} mois.</p> <p>Résultats : dyspnée au repos, dyspnée d'effort, dyspnée paroxystique nocturne, orthopnée, fatigue. NYHA influençant le MLHF à 41%, tandis que contrôler ses symptômes et l'âge influencent de 4.5% et la race, le genre et les comorbidités expliquent moins de 1%. Les mesures de la pathologie comme la fraction d'éjection, le BNP, la distension de la veine jugulaire, les râles et les œdèmes périphériques, la pression systolique, la créatinine et l'hémoglobine ne sont pas liés à l'évaluation des symptômes ou le MLHF score.</p> <p>Conclusion : Les symptômes de l'I.C expliquent une proportion de la variation des effets de l'I.C sur la QDV comme mesuré par le MLHF. Les mesures varient en fonction de l'âge indépendamment des symptômes.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			La qualité de vie est influencée par beaucoup d'éléments lorsque l'on souffre d'I.C : tout d'abord les symptômes engendrés par la maladie, puis les éléments de la pathologie.
Recension des écrits	-Résume-t-elle connaissances sur variables étudiées ?	X			<p>L'I.C provoque des symptômes comme dyspnée d'effort et au repos et de la fatigue qui peuvent amener à une limitation fonctionnelle dans les activités quotidiennes, un stress psychologique et à des soins médicaux entraînant des coûts. Ces symptômes ont un rôle dans la qualité de vie des patients souffrant d'I.C.</p> <p>Dans l'étude, figure qui représente les effets de l'I.C. sur la QDV.</p>
Cadre théorique	-Principales théories et		X		

ou conceptuel	concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			<p>Les chercheurs qui ont participé à Valsartan Heart Failure Trial (Val-HeFT) ont évalué à plusieurs reprises certains symptômes et ont demandé aux patients de remplir le MLHF questionnaire pour voir leur manière de percevoir comment l'I.C affecte leur QDV.</p> <p>Les données démographiques ont également été analysées pour voir si elles pouvaient expliquer une modification de la qualité de vie reliée à l'I.C lorsque les symptômes étaient contrôlés.</p>
	-Découlent-elles de l'état des connaissances			X	Découlent d'une analyse effectuée auparavant = état des connaissances ?
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Analyse secondaire d'une collecte de données (Val-HeFT) effectuée sur une étude multicentrique, randomisée et contrôlée par placebo, double aveugle.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				<p>Inclusion : NYHA II, III ou IV, I.C. associée à une fraction d'éjection du ventricule gauche de 40% ou moins, « short-axis internal end-diastolic dimension » mesurée par échocardiographie. Diagnostic d'I.C depuis au moins 3 mois avant le début de l'étude.</p> <p>Exclusion : infarctus récent, angine de poitrine instable, processus de revascularisation coronaire.</p> <p>L'étude de base a englobé les pays suivants : USA, GB, Australie et Italie, mais la présente étude utilise seulement les données collectées aux USA (N= 2144).</p>
	- échantillon adéquat par rapport au contexte?	X			
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			<p>Se base sur les données récoltées par une ancienne étude, à 3 moments donnés : au début, après 4 mois et 12 mois.</p> <p>Durant l'étude, des médecins et infirmières ont évalué certains symptômes tels que dyspnée au repos et dyspnée paroxystique nocturne, fatigue et dyspnée d'effort, orthopnée. Ils ont également mesuré les signes de la</p>

					17% de la variation du score de MLHF
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	- Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Les symptômes les plus répandus de l'I.C entraînent environ 40% de la variation du score MLHF. Ceci donne une preuve que les symptômes de l'I.C. influencent la qualité de vie. Ceci n'est pas en accord avec la figure. Les résultats identifient une dimension physique qui inclut la dyspnée et la fatigue. Les symptômes évalués lors de l'étude incluant la classe NYHA ne sont pas des substituts adéquats pour évaluer l'effet de l'I.C sur la QDV. Cependant, les symptômes expliquent une variation individuelle de la qualité de vie et sont une piste pour augmenter la qualité de vie.</p> <p>Au niveau psychologique, seulement la dépression et l'anxiété sont abordées dans le questionnaire. La dépression a été reliée à la fatigue et au fardeau financier imposé par les soins médicaux. La détresse psychologique devrait être considérée en addition aux symptômes qui déterminent l'influence de l'I.C. sur la qualité de vie.</p> <p>Les caractéristiques démographiques expliquent en partie la variation de score : chez les plus de 65 ans, l'I.C a moins d'impact sur la QDV. Un âge avancé est associé à une meilleure qualité de vie. Ceci s'expliquerait peut-être à cause de l'emploi (vs retraite), statut économique, des activités physiques et sexuelles et la réaction psychologique face à la maladie.</p> <p>Le genre et la race expliquent une petite proportion de la variation lorsque les symptômes sont contrôlés.</p> <p>les mesures de la pathologie : fraction d'éjection, BNP et distension jugulaire expliquent peu la variation, tout comme les comorbidités associées.</p>
	Généralisation des conclusions ?	X			<p>Ne peut pas être généralisé aux patients ayant de graves comorbidités. Ceci peut être gênant dans la pratique car les comorbidités y sont souvent présentes.</p> <p>N'ont pas analysé toutes les parties de la qualité de vie.</p> <p>Les évaluations de sécurité et les hospitalisations n'ont pas été incorporées dans l'analyse.</p> <p>Manque les mesures du statut fonctionnel au quotidien (physique, social, sommeil).</p>
	- Limites de l'étude ?	X			Etude basée sur des données récoltées à 3 moments différents.
Perspectives futures	conséquences de l'étude sur la pratique				En résumé, cette étude montre comment l'I.C. affecte la qualité de vie comme mesuré avec le MLHF. Les symptômes les plus courants expliquent une partie de cette variation de score mais pas tout.

	clinique ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé?			X	Article très difficile à comprendre Manque l'éthique
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique ?			X	
Ce que j'en retiens					Traite peu le domaine psychologique.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

8) Xie, J., Wu, E., Q., Zheng, Z., J., Sullivan, P., W., Zhan, L., Labarthe, D., R. (2008). Patient-reported health status in coronary heart diseases in the united states : age, sexe, racial and ethnic differences. *Journal of the American Heart Association* 118 : 491-497.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- problème de recherche ?	X			Statut de santé rapporté par les patients souffrant de maladie coronaire aux Etats-Unis. Différences entre l'âge, le sexe, la race et l'ethnie.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Etat des connaissances : La maladie coronaire affecte 15.8 million d'américains. Cependant, au niveau national on n'a pas de données de l'impact de la maladie coronaire sur la HR-QoL, parmi les personnes de différents âges, sexes, races et ethnies.</p> <p>Méthode et résultats : données récoltées entre 2000 et 2002 par le Medical Expenditure Panel Survey. Les mesures concernant le statut de santé rapporté par les patients, incluant la qualité de vie reliée à la santé. Une différence a aussi été faite entre la population ayant une maladie coronaire et la population qui n'a pas de maladie coronaire. Utilisé divers questionnaires. Des différences ont pu être observées parmi les secteurs démographiques. Comparé aux blancs, il y avait une plus grande différence au niveau physique entre les personnes noires ayant une maladie coronaire que ceux qui n'en avaient pas. D'autre part, une différence au niveau mental a pu s'observer entre les hispaniques et non hispaniques.</p> <p>Conclusions : la maladie coronaire est associée à de nombreux dérangements : HR-QoL, statut de santé. La différence se fait sentir entre les âges, races et ethnies. En plus de prévenir, des interventions de santé devraient être mises sur place pour améliorer la HR-QoL et le statut de santé perçu, principalement dans les populations les plus vulnérables.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			<p>Les dernières décennies ont permis de faire énormément de progrès dans la prévention de la maladie coronaire, principalement par la diminution des facteurs de risques. Et même dans la maladie coronaire, il y a eu des progrès, par exemple une diminution de la mortalité.</p> <p>Malgré cela, encore beaucoup de gens sont touchés par la maladie coronaire. Une question centrale est la qualité de vie. Certes, elle est au centre de l'intérêt dans les soins. Elle est utile, associée aux autres mesures de santé pour évaluer l'impact socioéconomique de la maladie coronaire. Elle peut par exemple mesurer le fardeau de la maladie, l'efficacité des interventions et des traitements, ainsi que la mortalité à long terme.</p> <p>Malgré l'importance de la qualité de vie dans l'évaluation de la maladie, à l'heure actuelle, peu d'études ont</p>

					comparé la qualité de vie reliée à la santé et les besoins de santé des patients souffrant de maladie chronique avec ceux qui n'en souffrent pas. De plus, une étude nationale manque. Cette étude s'intéresse à la population non-institutionnalisée à l'aide de quatre mesures qui apportent différentes perspectives du statut de santé.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Comme d'anciennes études ont montré que les résultats diffèrent selon l'âge, le sexe, la race et l'ethnie, ces variables ont été reprises dans ce travail pour voir s'il existe une différence au niveau national.
Cadre théorique ou conceptuel	- théories et concepts sont-ils définis ?		X		
Hypothèses	-Les hypothèses formulées ?	X			Voir si au niveau national, l'âge, le sexe, la race et l'ethnie influencent différemment la qualité de vie.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Etude transversale (population à un moment donné) Régressions multiples
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Données reprises d'une enquête auprès de la population, administrée par l'agence de recherche et qualité en soins de santé. Les questionnaires ont été administrés de manière randomisée aux citoyens des USA. Ceux-ci étaient non-institutionnalisés et devaient répondre à 5 interviews en 30 mois. Ils avaient un questionnaire contenant des mesures de la HR-QoL pour les adultes de plus de 18 ans. Ceci s'est déroulé entre 2000 et 2002. L'échantillon contenait 37386 adultes.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate ?	X			
Collecte des données et	-Les instruments de collecte des	X			Instrument de mesure de la HR-QoL, incluant les concepts suivants : fonctionnement physique, limitations dans l'exercice du rôle à cause d'un problème de santé physique, douleur physique, santé générale, vitalité,

mesures	données sont-ils décrits ?				<p>fonctionnement social, limitation du rôle due à un problème psychique et santé mentale.</p> <p>Un système de score a été développé pour générer des échelles de résumé physique et mental.</p> <p>Une échelle visuelle analogique, malgré qu'elle ne soit pas spécifique à la maladie, a été utilisée pour évaluer l'impact de la maladie chronique sur la HR-QoL.</p>
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				<p>Une personne est considérée comme malade coronaire si elle a rapporté avoir été diagnostiquée de la maladie coronaire, avoir fait un infarctus ou une angine de poitrine.</p> <p>Les autres variables étaient : comorbidités, facteurs de risques, données sociodémographiques.</p> <p>Les facteurs de risques et comorbidités ont été inclus dans l'étude car leur prévalence dans la population avec une maladie coronaire différait de la population sans maladie coronaire et également parce qu'ils peuvent influencer la HR-QoL.</p> <p>Les données sociodémographiques : âge, sexe, race, ethnie, statut marital, religion, éducation et niveau de pauvreté</p>
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>- Ethique ?</p>	X		X	Données reprises d'une étude
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				<p>Parmi les 37386 individus, 2091 souffraient d'une maladie coronaire. Les individus avec maladie coronaire étaient généralement plus vieux et que ceux sans maladie coronaire. Il s'agissait généralement d'individus de sexe mâle. Ils avaient moins d'années d'éducation et avaient moins de revenu que les participants sans maladie chronique. Ils avaient une prévalence plus élevée d'hypertension, diabète, troubles des lipides, obésité et autres maladies cardiaques ou non-cardiaques. En comparaison des scores, les individus avec une maladie coronaire avaient un score de santé mentale plus bas, score de santé physique plus bas, une plus basse health utility, une auto-évaluation de la santé plus basse que les individus sans maladie</p>

					<p>coronaire.</p> <p>Une différence significative existe dans le statut de santé entre population malade et non, dans chaque classe d'âge, mais plus prononcée dans les classes d'âges jeunes. De plus, au niveau physique, les jeunes ressentent une plus grande perturbation. Les femmes également signalent une perturbation au niveau physique, supérieure aux hommes. Le contraire survient lorsqu'il s'agit d'autoévaluer sa santé.</p> <p>Une différence existe entre les individus noirs ayant une maladie coronaire et ceux qui n'en ont pas au niveau de santé (sauf physique)</p> <p>Une différence a pu être observée chez les Hispaniques, ayant un moins bon score au niveau mental que les non-hispaniques.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X			<p>La HR-QoL et health utility (besoins de santé ?) sont des résultats incluant le bien-être physique, psychologique et social ainsi que la perception de la santé. Cette étude est une des premières à comparer le statut de santé rapporté par des personnes malades et non-malades au niveau national et ainsi que dans des sous-groupes démographiquement différents.</p> <p>Les résultats sont que la maladie coronaire détériore la HR-QoL de la population non-institutionnalisée, principalement au niveau de la santé physique et l'auto-évaluation de sa santé.</p> <p>Dans cette étude, des différences ont été observées par rapport à l'impact de la maladie coronaire sur la HR-QoL et les autres statuts de santé rapportés par la population. En effet, les différences se trouvent entre les sous-groupes démographiques, ce qui pourrait indiquer des disparités au niveau de l'âge, du sexe, race et ethnie.</p> <p>Un élément qui est en accord avec d'anciennes recherches est le fait que les individus plus jeunes ont une Hr-QoL inférieure aux personnes plus âgées, surtout dans le domaine physique et auto-évaluation de la santé. Ceci pourrait s'expliquer si la maladie les atteint à l'âge où ils devraient être les plus productifs.</p> <p>La différence entre les sexes a déjà été mise en évidence pour les femmes (HR-QoL moins bonne).</p> <p>Les raisons des différences raciales et ethniques dans la HR-QoL ne sont pas bien comprises. (disparités dans la qualité des soins ou dans l'accès aux soins ?)</p> <p>La maladie coronaire a un impact négatif sur le statut de santé rapporté par le patient, incluant la HR-QoL. Elle perturbe le statut fonctionnel ou psychologique ainsi que les perceptions de leur santé générale.</p>

	- Généralisation des conclusions ?	X			Comme les données ont été tirées d'une enquête nationale, les résultats peuvent être généralisés à la population non-institutionnalisée. Les scores peuvent être utilisés comme points de repères pour une évaluation nationale de la prévention et du traitement de la maladie coronaire.
	-Limites de l'étude ?				<p>Les informations par rapport à la maladie ont été rapportées par un proxy (procureur ?) ou par la personne même, ce qui a pu sous-estimer la sévérité de la maladie.</p> <p>La prévalence de maladie coronaire dans l'étude est inférieure à la proportion dans la population américaine (mais cela s'explique car l'étude se base seulement sur la population non-institutionnalisée).</p> <p>De plus, à cause des limitations des données, le nombre d'attaques, infarctus, traitements, etc n'a pas pu être actualisé, ce qui peut perturber la Hr-QoL.</p> <p>L'étude ne donne pas assez d'informations pour expliquer les raisons de la différence entre le statut de santé rapporté par les patients parmi les différents groupes démographiques.</p>
Perspectives futures	- conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				<p>S'intéresser à la différence hommes-femmes</p> <p>Il s'agit également de s'intéresser aux populations les plus vulnérables pour maximiser les bénéfices.</p> <p>La littérature et les résultats montrent que les jeunes adultes, les femmes, les personnes noires et d'origine hispanique avec une maladie coronaire ont tendance à avoir une qualité de vie moins bonne.</p> <p>Les programmes de santé publique doivent développer des interventions plus spécifiques pour atteindre les besoins de cette population « désavantagée ». Mais pour réaliser de tels efforts il faut une meilleure compréhension de la cause de ces différences dans l'autoévaluation de la santé.</p> <p>Des études futures sur l'association entre la qualité de vie et maladie coronaire pourraient montrer les prédicteurs et déterminants d'une HR-QoL optimale. Ceci pourrait être un guide pour développer des interventions ayant pour but de minimiser les dérangements dans la HR-QoL</p>
Questions générales Présentation	-L'article bien écrit, structuré?	X			Mais malgré cela, difficile à comprendre
Evaluation	- résultats probants susceptibles d'être				Les résultats soulignent l'importance de la prévention, non seulement parce qu'il s'agit d'une cause de mortalité aux USA, mais aussi parce que cela diminue la qualité de vie. De plus, pour les patients souffrant

globale	utilisés dans la pratique infirmière ?				de maladie coronaire, des interventions devraient être mises en place afin d'améliorer la qualité de vie. Des interventions efficaces pourraient contenir 2 parties : évaluation et traitement. Après un incident cardiaque, les personnes devraient être évaluées au niveau physique, psychologique et social. Un traitement spécifique devrait suivre, en fonction des besoins individuels (éducation cardiaque, cognitive ou comportementale, conseils sur les activités de loisirs). Ces interventions n'auront pas seulement pour but d'augmenter la qualité de vie mais de diminuer la mortalité à long terme car la HR-QoL est un prédicteur de mortalité à long terme parmi les patients ayant une maladie coronaire.
---------	--	--	--	--	---

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

9) Zambroski, C., H., Moser, D.,K., Bhat, G. & Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*, 4 : 198-206.

Aspects du rapport	Questions	oui	non	peu clair	Argumentation fondée sur des exemples tirés de l'article et sur des connaissances méthodologiques
Titre	- Problème de recherche ?	X			Parle de l'importance et du fardeau des symptômes des patients souffrant d'insuffisance cardiaque et de l'impact de ces symptômes sur la qualité de vie liée à la santé.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			<p>Etat des connaissances : les patients insuffisants cardiaques ressentent un certain nombre de symptômes physiques et psychiques qui ont une répercussion sur la qualité de vie</p> <p>Méthode : échantillon de 53 patients, devis de recherche : cross-sectional. utilisation d'une échelle pour mesurer les symptômes et la qualité de vie reliée à la santé (Memorial symptom assessment scale – Heart failure and the Minnesota living with heart failure questionnaire)</p> <p>Résultats : les patients expérimentent environ 15 +/- 8 symptômes, les principaux étant la dyspnée et le manque d'énergie. La difficulté à dormir est le symptôme créant le plus grand fardeau. Les facteurs influençant la qualité de vie sont le jeune âge, un statut fonctionnel diminué, la prévalence totale des symptômes et le fardeau total des symptômes.</p> <p>Conclusion : Les soignants devraient intervenir pour diminuer la fréquence, sévérité, la détresse et surtout le fardeau dû aux symptômes afin d'augmenter la qualité de vie.</p>
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche énoncé ?	X			Idem recension des écrits
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Malgré les progrès médicamenteux, il est toujours aussi difficile de gérer les symptômes qui représentent un élément majeur dans la prise en soin de l'insuffisance cardiaque. Ces symptômes influencent la qualité de vie. Donc l'amélioration de ces symptômes aurait un impact positif sur les capacités fonctionnelles et donc sur la qualité de vie. Les symptômes sont répartis en fonction de leur fréquence, sévérité, anxiété et poids des symptômes.
Cadre théorique ou conceptuel	- Théories et concepts sont-ils définis ?		X		

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Examiner la prévalence des symptômes, la sévérité, l'anxiété et le poids des symptômes des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. 3 buts particuliers : 1) prévalence des symptômes, sévérité, anxiété et fardeau des symptômes 2) impact de l'âge et du sexe sur la prévalence des symptômes, la sévérité, l'anxiété et le fardeau des symptômes 3) l'impact de la prévalence des symptômes et leur fardeau sur la qualité de la vie liée à la santé chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances?	X			
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Etude descriptive transversale
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Patients recrutés depuis une clinique du Midwest spécialisée dans l'insuffisance cardiaque. Population : au moins 40 ans, NYHA classe II à IV, capables de parler anglais. Ont au minimum un symptôme lié à l'insuffisance cardiaque. Exclus s'ils souffrent d'une maladie en stade terminal (ex cancer) car cela pourrait biaiser les résultats.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate?		X		53 patients ont participé.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les patients remplissent un formulaire. Les données sociodémographiques (âge, genre, ethnicité, statut marital, niveau d'éducation et conditions de vie) et cliniques (classification NYHA, cause de l'insuffisance cardiaque, temps écoulé depuis le diagnostic, dernière hospitalisation, fraction d'éjection et médicaments actuels) Les patients ont rempli les questionnaires pendant leur visite au cabinet. Les comorbidités ont été évaluées à l'aide de l'échelle de Charlson Comorbidity Index Les symptômes physiques et émotionnels ont été mesurés avec le Memorial Symptom Assessment Scale - Heart Failure. 32 items, si le symptôme est présent, il faut également indiquer sa fréquence, sévérité et

					<p>angoisse.</p> <p>Le statut fonctionnel a été mesuré avec le Dyspnea- Fatigue Index et le New York Heart Association (NYHA)</p> <p>La qualité de vie liée à la santé a été évaluée par le Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, contenant 21 items mesurant l'impact de l'insuffisance cardiaque sur certains composants de la qualité de vie. Evaluation entre absence de symptôme (0) et très grande gêne (5)</p>
	-Les variables à mesurer décrites?		X		On peut les deviner si on regarde les sous-titres dans la catégorie résultats.
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>- Mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>Cf description échantillon</p> <p>Les chercheurs ont reçu l'autorisation auprès de l'Institutional Review Boards. La recherche est conforme aux principes soulignés dans la déclaration d'Helsinki. Le chef cardiologue leur permet de contacter les patients. Les patients correspondant aux critères ont été invités à participer. Une infirmière leur a expliqué le déroulement et un consentement éclairé a été signé. En remerciement, les participants ont reçu un bon de 20 dollars.</p>
Résultats données	Des analyses statistiques ?	X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>8 sous catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> Importance des symptômes : en moyenne, une personne souffrant d'insuffisance cardiaque souffre de 15 +/- 8 symptômes. Les plus fréquents sont : souffle court, manque d'énergie, bouche sèche, se sentir somnolent, les troubles du sommeil, la douleur. Les symptômes psychologiques tels qu'une difficulté à se concentrer, inquiétude, tristesse, nervosité et irritabilité ont été signalés. Moins de la moitié de la population interrogée a reporté des palpitations, un gain de poids, un gonflement des jambes ou des bras. Fréquence des symptômes : les plus fréquents : difficulté à dormir, douleur, manque d'énergie, difficulté à se concentrer, engourdissement ou fourmillements dans les extrémités, somnolence et le souffle court. Mais également perturbation de l'intérêt ou de l'activité sexuelle, démangeaisons et diminution de l'appétit. Symptômes psychologiques : inquiétude, nervosité, tristesse, irritabilité. Sévérité des symptômes : difficulté à s'endormir, douleurs, diminution de l'énergie, souffle court, orthopnée, engourdissement et fourmillements, somnolence. Egalement : se réveiller essoufflé, diminution de l'appétit, perturbation de la sexualité. Symptômes psychologiques : difficultés à se concentrer, inquiétude, nervosité, tristesse et irritabilité Pénibilité des symptômes : diminution de l'énergie, difficulté à dormir, souffle court et se réveiller essoufflé.

				<p>5. « Lourdeur » des symptômes : difficulté à dormir, manque d'énergie, perturbation de l'activité sexuelle, douleur, engourdissement et fourmillements, sentiment d'être gavé, diminution de l'appétit, se réveiller essoufflé et la difficulté à respirer.</p> <p>6. Différence entre les sexes : nervosité et transpiration sont plus fréquents chez les femmes.</p> <p>7. Age : seules les nausées sont plus importantes chez les patients plus âgés.</p> <p>Impact de la prévalence des symptômes et du poids des symptômes sur la qualité de vie : les prédicteurs pour une qualité de vie diminuée sont : un plus jeune âge, la classification NYHA , un grand fardeau dû aux symptômes et une grande prévalence de symptômes. La prévalence et le fardeau des symptômes ont le plus grand impact sur la qualité de vie reliée à la santé.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?</p>	X		<p>Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque font face à un nombre de symptômes inacceptablement élevé. Les patients ont relevé les symptômes classiques de l'insuffisance cardiaque mais également d'autres tels que : sécheresse buccale, transpiration, difficulté à se concentrer et douleur (autre que thoracique).</p> <p>Le symptôme qui a la plus grande prévalence est la difficulté à dormir qui lui peut causer d'autres symptômes tels que la diminution de la concentration ou de la fatigue.</p> <p>La perturbation de l'activité sexuelle : une autre étude montre que si l'activité sexuelle est améliorée, la qualité de vie est augmentée.</p> <p>Peu de différence entre homme et femme, mais dans d'autres études les femmes auraient une qualité de vie moins élevée.</p> <p>La douleur est fréquente, mais il ne s'agit pas de la douleur thoracique. Cause à investiguer car facilement remédiable et cela peut augmenter la qualité de vie.</p> <p>Symptômes ayant une faible prévalence mais gros fardeau : fourmillements, engourdissement, perte d'appétit, démanagements.</p> <p>Les symptômes psychologiques sont également lourds à supporter et ont un impact négatif sur la qualité de vie, l'adhérence au traitement et morbidité/mortalité.</p> <p>Très important de donner de l'enseignement concernant les auto-soins. reconnaître les symptômes et pouvoir agir. Beaucoup de symptômes concernant l'échange des fluides : orthopnée, réveil essoufflé, sentiment d'être gavé, jambes gonflées.</p> <p>Dans l'échantillon, les symptômes engendrant une grande détresse sont le manque d'énergie, la difficulté à dormir et les symptômes respiratoires. Ceux-ci affectent directement la qualité de vie, augmentent le stress</p>

					et perturbent les capacités fonctionnelles.
	-Généralisation?	X			Mais peu généralisable.
	-Limites de l'étude ?	X			Faible possibilité de généraliser car population issue du même hôpital. Les patients étaient dans un centre de consultation spécialisé dans l'insuffisance cardiaque plutôt que dans la « communauté ». Majorité d'hommes et de personnes de race Caucasienne.
Perspectives futures	- Conséquences de l'étude sur la pratique clinique?	X			Pour les infirmières : identifier les symptômes générant le plus lourd fardeau. Le but n'est pas d'abolir les symptômes mais de les diminuer. Examiner les multiples dimensions des symptômes en incluant le fardeau plutôt que la qualité de vie permettrait d'avoir une meilleure efficacité dans les interventions.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré?	X			
Evaluation globale	- résultats utiles dans la pratique?	X			

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.