

L'entretien motivationnel pour le bien de mon cœur, vous dites ?

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

L'entretien motivationnel pour le bien de mon cœur, vous dites ?

Revue étoffée de la littérature

Réalisé par : Aurélie Trane

Promotion : Bachelor 12

Sous la direction de : M. Savvas Karasavvidis

Sion, le 15.07.2015

1. Résumé

Contexte : La population cible est constituée de patients ayant subi un événement coronarien avec un but de changement des habitudes de vie à risque de provoquer une récurrence.

Objectif : Déterminer l'efficacité de l'entretien motivationnel chez des patients avec une pathologie coronarienne concernant la réduction des comportements à risque de provoquer une récurrence cardiovasculaire.

Critères d'inclusion et d'exclusion : Les études sont récentes (2010-2014), la population étudiée souffre de pathologie coronaire, le niveau de prévention se situe en secondaire ou en tertiaire, l'outil testé est l'entretien motivationnel, entretien utilisé pour réduire l'impact d'un ou de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaires, des études publiées dans la langue française ou anglaise, des études primaires.

Stratégie de recherche des articles : Une recension des écrits a été effectuée sur les différentes bases de données (« CINHAL », « THE COCHRANE LIBRARY », « Embase », « BDSP » et « Pubmed ») de mars 2014 à avril 2015. Six études ont ensuite été analysées.

Résultats principaux : La majorité des études analysées démontrent une efficacité de l'entretien motivationnel sur le changement de comportement concernant les facteurs de risque cardiovasculaires ($p < 0.05$).

Principales conclusions : La revue de la littérature propose une continuation des entretiens motivationnels lors de la réhabilitation cardiaque, qu'elle soit en milieu ambulatoire ou en milieu stationnaire, ainsi qu'une recherche sur le nombre et le mode de communication des entretiens motivationnels pour une prise en charge optimale.

Mots clés : athérosclérose, coronaropathie, entretien motivationnel, prévention tertiaire, soins infirmiers.

2. Remerciements

Sur cette page, je tiens à remercier principalement :

- M. Karasavvidis Savvas, directeur de ce travail de Bachelor qui m'a encadrée tout au long de la réalisation de ce projet ;
- M. Sinnaeve Joël, ICUS de l'unité de cardiologie de l'hôpital du Valais, qui m'a offert de son temps pour un entretien concernant les soins effectués chez les patients coronariens ainsi que le suivi de leur prise en charge ;
- et mon partenaire Rolf, qui m'a soutenue pendant les bons et les moins bons moments, tout au long de cette grande expérience que sont ma formation et l'élaboration de ce travail.

3. Déclarations

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor en sciences infirmières à la Haute Ecole de Santé de Sion.

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteur-e et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteur-e certifie avoir réalisé seul-e cette revue de la littérature.

L'auteur-e déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 »

Lieu et date : _____

Signature : _____

Table des matières

1. RÉSUMÉ	2 -
2. REMERCIEMENTS	3 -
3. DÉCLARATIONS	4 -
TABLE DES MATIÈRES	5 -
4. INTRODUCTION	8 -
4.1 PROBLÉMATIQUE	8 -
4.2 QUESTION DE RECHERCHE	10 -
4.3 BUT DE LA RECHERCHE	10 -
5. CADRE THÉORIQUE	11 -
5.1 LA MALADIE CORONARIENNE	11 -
5.1.1 Les facteurs de risque	11 -
5.2. PRÉVENTION DE LA MALADIE	13 -
5.2.1 Concept de l'éducation thérapeutique du patient	15 -
5.2.2 Concept de motivation	15 -
5.2.3 L'entretien motivationnel	15 -
6. MÉTHODE	17 -
6.1. DEVIS DE RECHERCHE °.....	17 -
6.2 COLLECTE DES DONNÉES	17 -
6.3 SÉLECTION DES DONNÉES	18 -
6.4 ANALYSE DES DONNÉES	19 -
7. RÉSULTATS	21 -
7.1 DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 1	22 -
7.1.1 Validité méthodologique	23 -
7.1.2 Pertinence clinique	23 -
7.2 DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 2	24 -
7.2.1 Validité méthodologique	25 -
7.2.2 Pertinence clinique	25 -
7.3.1 Validité méthodologique	27 -
7.3.2 Pertinence clinique	27 -
7.4. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 4	28 -
7.4.1 Validité méthodologique	29 -
7.4.2 Pertinence clinique	29 -
7.5. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 5	30 -
7.5.1 Validité méthodologique	31 -
7.5.2 Pertinence clinique	31 -
7.6. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE 6	32 -
7.6.1 Validité méthodologique	32 -
7.6.2 Pertinence clinique	33 -
7.7 SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	34 -
8 DISCUSSION	35 -
8.1 DISCUSSION DES RÉSULTATS	35 -
8.2 DISCUSSION DE LA QUALITÉ ET DE LA CRÉDIBILITÉ DES ÉVIDENCES	37 -

8.3 LIMITES ET CRITIQUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	- 37 -
9 CONCLUSIONS	- 38 -
9.1 PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE	- 38 -
9.2 PROPOSITIONS POUR LA FORMATION	- 39 -
9.3 PROPOSITIONS POUR LA RECHERCHE	- 39 -
10 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	- 40 -
10.1 OUVRAGES	- 40 -
10.2 ARTICLES	- 40 -
10.3 CYBEROGRAPHIE	- 42 -
11 ANNEXES.....	I
11.1 TABLEAU DE RECENSION	I
11.2 NIVEAU DE PREUVE DES ÉTUDES QUANTITATIVES	VII
11.3 GLOSSAIRE GÉNÉRAL	VIII
11.4 GLOSSAIRE MÉTHODOLOGIQUE.....	XXI

Glossaire des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHVR : Centre Hospitalier du Valais Romand

CRR : Clinique Romande de Réadaptation

CVP : Centre Valaisan de Pneumologie

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

EM : Entretien Motivationnel

HDL : High Density Lipoprotein Cholesterol

HTA : Hyper Tension Artérielle

ICUS : Infirmier(ère) Chef(fe) d'une Unité de Soins

IMC : Indice de Masse Corporelle

LDL : Low Density Lipoprotein Cholesterol

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

4. Introduction

Face à un diabétique non motivé à suivre son traitement, face à un patient tabagique en réhabilitation post-infarctus persuadé que les cigarettes n'apportent aucun préjudice à son cœur, face à une personne souffrant d'alcoolisme chronique qui refuse d'admettre sa dépendance, et face à tant d'autres situations similaires, qui ne s'est jamais senti dépassé par cette attitude qui semble si dépourvue de sens et irresponsable du point de vue soignant ?

4.1 Problématique

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit les maladies cardiovasculaires comme :

Un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins, qui comprend : les cardiopathies coronariennes¹..., les maladies cérébro-vasculaires*..., les artériopathies périphériques*..., les cardiopathies rhumatismales* affectant le muscle et les valves cardiaques et résultant d'un rhumatisme articulaire aigu, causé par une bactérie streptocoque, les malformations cardiaques congénitales*..., les thromboses veineuses profondes* et les embolies pulmonaires*... .

(OMS, 2014)

« On estime à 17,3 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires, soit 30% de la mortalité mondiale totale. Parmi ces décès, on estime que 7,3 millions sont dus à une cardiopathie coronarienne et 6,2 millions à un AVC* » (statistiques 2008) (Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva : WHO; 2011). L'OMS en fait état comme « première cause de mortalité dans le monde : il meurt chaque année plus de personnes en raison de maladies cardio-vasculaires que de toute autre cause » (2014). Au niveau Suisse, l'office fédéral de la statistique a comptabilisé, dans son rapport annuel de 2014, 64'173 décès durant l'année 2012. Les maladies cardiovasculaires sont la cause de mortalité la plus fréquente englobant 21'674 décès.

Les pathologies cardiovasculaires sont les principales causes de consultations médicales (12%), les hôpitaux suisses ont compté 133'873 entrées (OFS, statistique médicale des hôpitaux 2009, hospitalisation) et l'assurance invalidité a couvert 5% d'hommes et 2% de femmes de moins de 65 ans (OFAS, Statistique de l'assurance invalidité 2010). Ces chiffres relatent l'importance de la prévention au niveau cardiovasculaire afin d'éviter les nouveaux cas, les récives et, en parallèle, les coûts sanitaires.

La plus courante des pathologies cardiaques est la maladie coronaire. L'athérosclérose* atteint les coronaires* mais aussi toutes les artères du corps de façon progressive et chronique. Le patient touché, ne traitant pas ses facteurs de risque, « verra inévitablement une aggravation des troubles circulatoires » (Fondation de cardiologie, 2011, p.7). Il risquera des conséquences cardiaques aiguës comme l'angine de poitrine* ou l'infarctus du myocarde*. Keller, P.F., Barthassat, V., Scherrer-Burri, F., Lager, G. & Carballo, S. décrivent l'importance de cette prise en charge : « Un syndrome coronarien aigu* est un événement grave avec un taux de récives

¹ Tous les mots secondés d'un «*» seront reportés et expliqués dans le glossaire général se trouvant en annexe 11.4 de cette revue de la littérature.

important parce que l'athérosclérose* est une maladie chronique, impliquant un traitement complexe et un changement radical de style de vie. » (2008, p.1349). Golay, A., Lager, G. & Giordan, A. rajoutent : « Un changement de comportement s'avère souvent vital pour combattre de mauvaises habitudes de vie ou des pratiques erronées à l'origine de la pathologie, d'une part, ou tout simplement pour vivre avec la maladie chronique. » (2010).

L'âge, le sexe et l'hérédité sont des facteurs de risque sur lesquels le patient n'a aucune influence. À contrario, le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, l'excès de poids, la sédentarité et le stress constituent des facteurs de risque potentiellement modifiable pouvant, avec un changement de comportement, diminuer le risque de récurrences d'un événement cardiovasculaire (ELIPS, 2010). Les récurrences sont très élevées après un accident coronarien aigu : « un patient sur sept admis pour un SCA [syndrome coronarien aigu] présentera une récurrence d'accident cardiovasculaire quel qu'il soit dans les douze mois : décès, SCA, accident cérébro-vasculaire ou événement ischémique artériel périphérique aigu*. » (Keller, P.F., Barthassat, V., Scherrer-Burri, F., Lager, G. & Carballo, S, 2008, p.1346). Ils recommandent en prévention secondaire le traitement de la cause, c'est-à-dire l'athérosclérose. La fondation suisse de cardiologie conseille : un sevrage du tabac, une activité physique régulière de 30 minutes d'effort modéré par jour, une alimentation saine et équilibrée, une perte du surplus de poids si l'IMC* (indice de masse corporelle) est dépassé, une meilleure gestion du stress et un respect du traitement* prescrit par le médecin (2003).

Toutefois, la prise en charge de l'athérosclérose après un événement coronarien est problématique.

« On pourrait penser qu'un infarctus* suffit à amener un homme à arrêter de fumer, modifier son alimentation, faire plus d'exercices et suivre son traitement... et pourtant les problèmes d'observance médicamenteuse sont de règle, même dans les circonstances où le pronostic vital est engagé.

(Miller, W.R. & Rollnick, S., 2006, p.3)

Golay, A., Lager, G. & Giordan, A. (2010) repèrent une difficulté pour le patient d'adhérer au plan thérapeutique à cause de plusieurs résistances au changement : « non-observance*, démotivation, contre-attitude, rechutes, non persistance des acquis dans le temps, etc. » (p.95). Janssen, V. De Gucht, V. Van Exel, H. & Maes, S. remarquent que les patients en hospitalisation après un événement cardiaque adoptent des comportements plus sains envers leur santé mais retournent à leurs anciennes habitudes une fois rentrés chez eux (2013, p.431). Scherrer-Burri, F., Lager, G. & Carballo, S. rajoutent :

Après un syndrome coronarien aigu, les patients arrêtent trop souvent leurs traitements... Ils n'ont... que peu de temps pour se convaincre de la chronicité de l'athérosclérose et des contraintes qui l'accompagnent... Pour diminuer le taux de récurrences d'événements cardiovasculaires, il est impératif d'améliorer l'adhésion thérapeutique.
(2008, p.1349)

Et si l'entretien motivationnel était la solution ? Cette méthode de communication centrée sur le patient dans un but de changement de comportement (Miller, R. et Rollnick, S, 2013) est utilisée en service de cardiologie de l'hôpital du Valais comme un outil de prévention tertiaire. Son objectif est d'améliorer l'adhésion thérapeutique des patients afin de vivre avec la maladie chronique et de diminuer le risque de récurrences cardiovasculaires. La problématique de l'arrêt du traitement et des reprises des habitudes de vie est, comme le relate Joël Sinnaeve, ICUS (Infirmier Chef d'Unité de Soins) du service de cardiologie de l'hôpital du Valais, « presque physiologique » chez le patient dans les semaines ou mois suivant son retour à domicile (Communication personnelle [entretien], 6 février 2015).

4.2 Question de recherche

Suite à un événement coronarien, quelle est l'efficacité de l'entretien motivationnel dans la prévention tertiaire, afin d'obtenir une réduction des comportements susceptibles d'augmenter le risque de récurrences d'événements cardiovasculaires aigus.

4.3 But de la recherche

La prévention de la maladie fait partie intégrante du rôle infirmier. Dans un service de cardiologie, elle consiste à aider le patient chronique dans sa démarche de prise de conscience du trouble et d'accepter les modifications d'habitudes à risque cardiovasculaire afin de se diriger vers un comportement visant la santé. D'ailleurs, Languérand (2012) met en avant l'importance de cette démarche :

Le rôle du soignant est de favoriser ces évolutions par un accompagnement qui permette un changement durable, une modification qui perdure au-delà de la consultation ou de l'hospitalisation. Quand le patient se retrouve à nouveau dans son quotidien, il doit en effet engager ou poursuivre par lui-même le changement évoqué.

(p.22)

Le but de cette revue de la littérature est donc d'évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel en tant que stratégie de prévention secondaire, afin de repositionner les soignants au niveau de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge infirmière en réhabilitation cardiaque.

5. Cadre théorique

Le cadre théorique de cette revue de la littérature se compose de la maladie coronarienne et de la prévention tertiaire. Le concept de l'éducation thérapeutique sera complété en référence au cadre théorique élaboré par William R. Miller et Stephen Rollnick : l'entretien motivationnel.

5.1 La maladie coronarienne

Les coronaires alimentent le cœur en oxygène et en nutriments par le sang. On parle de maladie coronarienne lorsqu'il y a un ou plusieurs rétrécissements à l'intérieur de ces artères nourricières. Le ou les obstructions dans la ou les coronaires sont causés par des plaques d'athéromes* résultant du processus pathologique de l'athérosclérose*. Ces dépôts limitent le passage du sang et donc restreignent l'arrivée d'oxygène. La personne souffrant d'une pathologie coronarienne est asymptomatique au repos. Lors de stress ou d'activités sportives par exemple, le myocarde augmente son activité pour assurer les besoins en oxygène de l'organisme, c'est alors que deux conséquences peuvent survenir : l'angine de poitrine*, si l'obstruction est partielle, ou l'infarctus du myocarde*, si l'obstruction est complète.

www.ccm.mc/pdf/MaladieCoronaireFR.pdt

www.prevention.ch/diagnosticsmaladiecoronaire.htm

Le traitement de la maladie coronarienne consiste en :

- une réduction des facteurs de risque présents dans le style de vie du patient ;
- la prise régulière des médicaments prescrits par le cardiologue, tels que les inhibiteurs plaquettaires*, les bêtabloquants*, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine* et les statines* (Fondation suisse de cardiologie, 2011) ;
- et, selon les résultats de la coronarographie*, la nécessité d'améliorer la circulation sanguine dans les coronaires grâce à une angioplastie coronaire* avec une possible mise en place de stent(s)* ou une chirurgie de pontage coronaire*.

www.ccm.mc/pdf/MaladieCoronaireFR.pdt

5.1.1 Les facteurs de risque

Les facteurs de risque décrits ci-dessous sont ceux de l'athérosclérose étant donné qu'elle est la cause de la maladie coronarienne :

- Danchin (2012) décrit le taux élevé de cholestérol sanguin comme le facteur de risque le plus important. Deux types de protéines transporteuses de cholestérol sont présentes dans l'organisme : le LDL (low-density lipoprotein cholestérol) et le HDL (high-density lipoprotein cholesterol). Le *low-density lipoprotein cholestérol* est plus connu sous le terme de « mauvais cholestérol », du fait qu'il forme les plaques d'athéromes. Il est présent dans les aliments contenant des graisses saturées* comme le beurre, les charcuteries, les viandes grasses, etc. Le *high-density lipoprotein cholesterol*, le « bon cholestérol » contribue à chasser le cholestérol des artères. Dans l'alimentation, on le retrouve dans l'huile d'olive ou de colza, les amandes, etc. Cependant, l'alimentation n'est pas la principale source de cholestérol : « Environ 15 % du cholestérol sanguin provient de l'alimentation ; le reste (85%) est produit... par le foie et, dans une

moindre mesure, par les autres cellules de l'organisme,... notamment celles de l'intestin. » (Marieb, E.N. & Hoehn, K., 2010, p.1090).

- Le tabac use l'endothélium par son effet inflammatoire sur les artères. A court terme, le tabac augmente le risque de formation de caillots sanguins en provoquant un spasme artériel lors de l'inhalation de fumée et agissant comme un coagulant sanguin (Danchin, 2012). Le programme ELIPS rajoute qu' « il augmente la pression artérielle ; il diminue les HDL (bon cholestérol) » (<http://elips.hug-ge.ch/index.htm>).

- Le programme ELIPS considère le diabète* comme un facteur de risque cardio-vasculaire majeur. Un taux élevé de glucose sanguin* abîme les parois artérielles. Le diabète peut engendrer aussi une hypertension artérielle et des perturbations du cholestérol, qui sont elles-mêmes des facteurs de risque supplémentaires des maladies cardio-vasculaires (<http://elips.hug-ge.ch/index.htm>).

- Le stress dit aigu peut déclencher le départ du caillot chez une personne sujette à la pathologie coronarienne et donc provoquer un infarctus. Le stress chronique favorise, avec le temps, le développement de plaques d'athéromes et peut être associé, selon le programme Elips à « une augmentation des taux de cholestérol ; une augmentation de la pression artérielle ; une augmentation de la coagulabilité sanguine ; un déséquilibre de la glycémie ; de mauvaises habitudes alimentaires ; l'usage du tabac. » (<http://elips.hug-ge.ch/index.htm>). (Danchin, 2012)

- L'hypertension artérielle est définie par une tension systolique* supérieure à 140 mmHg (millimètres de mercure) et une tension diastolique* supérieure à 90 mmHg. Une haute tension artérielle abîme les artères en exerçant une pression excessive sur les parois. <http://elips.hug-ge.ch/index.htm>

- Le surpoids est évalué avec l'IMC* (Indice de Masse Corporelle) et avec la mesure du tour de taille*. Le programme ELIPS informe que le surpoids entraîne un plus grand effort à fournir au cœur, engendrant une conséquence possible d'hypertension artérielle. Il associe de même une diminution du HDL et une augmentation du risque de développer un diabète. (<http://elips.hug-ge.ch/index.htm>)

- La sédentarité est définie par une activité physique journalière de moins de trente minutes, pas forcément consécutive (<http://elips.hug-ge.ch/index.htm>). L'OMS décrit les conséquences de ce facteur de risque : « La sédentarité renforce toutes les causes de mortalité, double le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète, d'obésité et augmente le risque..., d'hypertension artérielle..., de troubles lipidiques. » (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/>).

- Pour finir, les facteurs de risque non modifiables sont : l'âge, le sexe et l'hérédité. Le facteur héréditaire va influencer la sensibilité de la personne quant aux autres facteurs de risque dits « classiques ». (Danchin, p.39, 2012)

5.2. Prévention de la maladie

Selon Formarier, M. & Jovic, L. (S.d.), la prévention est définie par des actes « qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. »(p.253). Les auteurs rajoutent que la prévention de la maladie « est considérée comme l'action qui provient généralement du secteur sanitaire et porte sur des personnes et des populations qui présentent des facteurs de risque identifiables » (p.253).

L'OMS distingue la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Les actes de la prévention primaire ont pour objectif que l'individu reste en santé, c'est-à-dire la diminution de l'apparition de nouveaux cas de maladie. La prévention secondaire comporte le dépistage et le traitement rapide des nouveaux cas de maladie pour en diminuer la durée d'évolution. Dans cette revue de la littérature, ce sont les actes de la prévention tertiaire qui seront pris en compte concernant les facteurs de risque de l'athérosclérose. La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer les récurrences et les incapacités causées par la maladie chronique. (http://soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php_2008)

La Fondation Suisse de Cardiologie et le programme ELIPS fournissent quelques conseils concernant la réduction des facteurs de risque de l'athérosclérose en prévention tertiaire :

1. Un sevrage tabagique

Le programme ELIPS cite les bénéfices de l'arrêt du tabac sur le système cardiovasculaire : «Diminution de 50% du risque de maladie cardiovasculaire après un an ; Diminution du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) ; Augmentation des HDL (bon cholestérol). » (<http://elips.hug-ge.ch/index.htm>)

2. Une activité physique régulière

La Fondation suisse de cardiologie (2011) suggère qu'il « suffit d'intégrer chaque jour une demi-heure d'activité physique d'intensité moyenne dans vos activités quotidiennes » (p.18). Une intensité moyenne signifie que l'activité doit augmenter légèrement la fréquence respiratoire et le métabolisme, par exemple : « la marche rapide, le vélo, la natation, le jardinage ou les travaux ménagers » (p.18). Cependant, un contrôle de résistance à l'effort est demandé avant de commencer un entraînement sportif. Les bénéfices de l'activité physique sont multiples : une perte des kilos superflus, une diminution possible des plaques d'athéromes et des sténoses, une diminution du risque de thrombose ou d'embolie suite à la fluidification du sang et pour finir, une régulation de l'hypertension, de l'hyperlipidémie et de la glycémie.

3. Une alimentation saine et équilibrée

Le programme ELIPS conseille une alimentation riche : en fruits et légumes (5 portions par jours), en herbes aromatiques, en céréales complètes et légumineuses. Les légumineuses sont une source de protéines qui peuvent remplacer la viande qui est plus grasse, avec moins de fibres et un coût plus élevé. Il suggère de même, une alimentation réduite au niveau : des produits animaux (les produits laitiers et les viandes rouges consommés en trop grande quantité augmentent le mauvais cholestérol car ils contiennent beaucoup de lipides saturés) ;

des produits transformés industriels (ils contiennent des corps gras dit « Trans » car ils augmentent le LDL et diminuent le HDL) ; et du sel (il contribue à la rigidité artérielle et augmente la tension artérielle).

L'eau ou les boissons non sucrées sont recommandées à la quantité de 1,5 litre par jour ou plus, lors d'activités physiques ou d'augmentation des températures extérieures. Le vin rouge « aurait un effet cardio-protecteur... en raison de maximum 2 dl par jour pour les femmes et 3 dl pour les hommes ».

4. Une perte des kilos superflus

La Fondation Suisse de Cardiologie cite qu' « une perte de poids de 10% réduit de 20% votre risque de récidence ou de complication cardiovasculaire » (p.32). Les bénéfices de cette perte de poids sont : une diminution de la pression artérielle, un meilleur taux de lipides sanguins, une meilleure régulation du diabète ou une diminution du risque d'en souffrir et un gain en mobilité.

5. Une diminution du stress

La personne stressée doit tout d'abord tenter de comprendre les situations dans lesquelles elle se retrouve angoissée ou stressée. Par la suite, elle peut entreprendre des stratégies visant à diminuer ou abolir son stress, comme : une préparation mentale avant la situation difficile, le sport, la relaxation, la requête de conseils à des professionnels ou à un groupe de soutien, etc.

6. Une régulation de la tension artérielle

La tension artérielle devrait être régulièrement contrôlée chez le médecin traitant ou à domicile si une hypertension artérielle est déjà installée. La Fondation Suisse de Cardiologie conseille une modification des habitudes telles qu'une perte du surpoids corporel ; une activité physique régulière et des périodes de détente ; une alimentation diminuée en sel et en alcool mais augmentée en calcium, potassium et en magnésium. De plus, si une modification de l'hygiène de vie ne suffit pas, un traitement antihypertenseur* sera peut-être nécessaire, suite à une prescription médicale.

7. Une régulation du taux sanguin de cholestérol

Après un événement coronarien, il est important de diminuer le cholestérol LDL tout en augmentant le cholestérol HDL. Pour cela la Fondation Suisse de Cardiologie conseille une alimentation riche en fruits, légumes et céréales ; une diminution de l'apport alimentaire de matières grasses ; une activité physique régulière et une consommation diminuée de graisses animales saturées* pour une préférence aux graisses végétales insaturées*. De plus, si une modification de l'hygiène de vie ne suffit pas, un traitement hypolipémiant* sera peut-être nécessaire, suite à une prescription médicale.

8. Une maîtrise de la glycémie

Une alimentation saine et équilibrée, de l'exercice physique régulier et une perte de la surcharge pondérale sont nécessaires pour régulariser la glycémie.

9. Une connaissance des symptômes de complications ou de récives, par le patient et par ses proches, afin d'appeler les secours immédiatement. La Fondation Suisse de Cardiologie décrit ainsi les symptômes d'infarctus du myocarde :

Violente sensation d'oppression et douleur constrictive (serrement) au milieu de la poitrine, durant au moins quinze minutes, irradiant souvent dans le bras (surtout gauche) et les épaules, le cou, le maxillaire inférieur et la partie supérieure de l'abdomen ; nausées, sensation de faiblesses, sueurs, éventuellement peau froide et blafarde ; sensation d'angoisse, difficultés à respirer.

(2011, p.50)

5.2.1 Concept de l'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou à la prévention des risques ou des complications d'une pathologie... vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

(Lecordier, D. & Pegon, M. (S.d.), p.163)

Un des outils d'éducation thérapeutique utilisés pour réduire les risques et les complications en adoptant un mode de vie en relation avec la maladie chronique coronarienne se nomme l'entretien motivationnel. Comme son nom l'indique, il est basé essentiellement sur le concept de motivation.

5.2.2 Concept de motivation

Burlet, B. & Le Neurès, K. définissent la motivation comme « étant la relation entre un acte et les motifs qui l'expliquent ou le justifient... Elle se manifeste par l'envie de faire quelque chose, elle représente ce qui mobilise l'individu à faire. » (2011, p.161). La motivation intrinsèque est présente quand l'individu a une estime de lui-même adéquate et qu'il croit en ses capacités de réussite. Les besoins décrits dans la pyramide de Maslow* influence la motivation, de même que l'environnement dans lequel vit l'individu, ses proches, l'image qu'il ressent de lui-même, etc. La motivation est utilisée dans l'éducation thérapeutique car c'est un « état provisoire lié à la personnalité de l'individu, à son activité et à son environnement » (Burlet, B. & Le Neurès, K., 2011, p.162). Burlet, B. & Le Neurès, K. identifient trois aspects démarrant le changement chez l'individu : la compréhension de la contradiction entre l'addiction et l'image de lui-même, la disparition de son ambivalence* et la prise de conscience du désaccord entre son état actuel et ses objectifs de vie.

5.2.3 L'entretien motivationnel

Deux psychologues, Miller, R. et Rollnick, S. ont créé cet outil de soutien pour les patients ayant des pathologies chroniques. Ils l'ont construit à partir de plusieurs cadres théoriques tels que: la protection du soi de Bem* ; l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers* ; la balance décisionnelle de Janis, I. & Mann*, L. et les stades de changement de Prochaska, J & Diclemente, C.*. Les auteurs définissent l'entretien motivationnel comme :

Un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non jugement* et d'altruisme*.

(2013, p.30)

Le but premier de l'EM est de favoriser la motivation du patient à agir et à changer de lui-même face à un comportement inadéquat concernant un traitement ou une dépendance. Le soignant a pour objectif d'amener l'individu à explorer son ambivalence* et ainsi réussir à la dépasser en misant sur une approche ouverte et respectueuse face au problème du patient. Dans cette optique, l'objectif ne peut se réaliser que si le partenariat* de soins est basé sur une relation de confiance et sans contraintes. Les personnes dépendantes d'un comportement peuvent être sujettes à une baisse de l'estime d'elles-mêmes causée par les multiples tentatives d'arrêts échoués, par la pression de son entourage et/ou par la culpabilité etc. Le patient doit absolument renforcer son image de lui-même pour pouvoir prendre la maîtrise du contrôle de sa vie. Il doit être convaincu qu'il est maître de lui-même pour pouvoir changer durablement ses comportements à risque. (Languérand, E., 2012)

Miller, T. et Rollnick, S. décrivent quatre aspects essentiels de l'EM : le partenariat*, le non-jugement*, l'altruisme* et l'évocation*.

Selon les deux psychologues, le soignant requiert des compétences essentielles de communication prérequis et nécessaires tout au long de la prise en charge afin d'obtenir un entretien motivationnel efficace. Afin de mémoriser ces compétences, Miller, R. et Rollnick, S. ont élaboré un moyen mnémotechnique : l'acronyme « OuVER » (chap.6, 2013). Il représente les compétences suivantes : « Ou » : questions ouvertes*, « V » : Valorisation*, « E » : Ecoute réflexive*, « R » : Reflet et Résumé*. La dernière compétence relationnelle est l'information et le conseil. Elle ne fait pas partie de l'acronyme « OuVER » car normalement le soignant ne devrait ni conseiller ni informer étant donné que l'EM est une approche centrée sur la personne*. Toutefois, il est possible que le patient en ressente le besoin et fasse une demande au soignant. A ce moment-là, l'information et le conseil sont acceptés dans l'EM. Le patient est ensuite libre d'appliquer le conseil ou non. (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, p.36-37)

Comme expliqué plus haut, la prise en charge en prévention tertiaire de la coronaropathie se compose principalement d'un changement de comportement. Le rôle infirmier est donc de guider le patient tout au long de ce processus. L'entretien motivationnel est un cadre théorique amenant une aide et une ligne de conduite pour le soignant afin d'améliorer continuellement la qualité des soins effectués.

6. Méthode

6.1. Devis de recherche²

La thématique a été abordée à l'aide d'une revue étoffée de la littérature. Une recension des différents écrits relatifs à l'objet de recherche a été effectuée dans le but d'y apporter un approfondissement. Les études primaires de cette revue de la littérature sont inscrites dans un devis quantitatif^o, c'est-à-dire appartenant au paradigme^o post-positiviste^o.

6.2 Collecte des données

Dans un premier temps, le thème de l'éducation thérapeutique en prévention tertiaire dans un service de cardiologie a été sélectionné. Après une vérification dans les bases de données des travaux de Bachelor déjà effectués, une remise en question fut nécessaire car le thème choisi était déjà travaillé. Une lecture exploratoire a été réalisée dans le but de modifier et de préciser la recherche, ainsi qu'un entretien exploratoire auprès d'un ICUS et d'un infirmier clinicien d'un service de cardiologie. Ces démarches ont permis de fournir des éléments aptes à identifier une problématique de terrain. La question spécifique de recherche identifiée, les différents concepts en découlant ont pu être nommés et définis. Les consignes du travail ont été énoncées afin d'avoir un degré de précision sur le but de la recherche et d'orienter le cheminement de la recherche en revue étoffée de la littérature.

Dans un deuxième temps, une recherche d'études sur les bases de données suivantes a été effectuée de mars 2014 à avril 2015 : « CINHAL », « THE COCHRANE LIBRARY », « Embase », « Pubmed » et « BDSP ».

Lors de la recherche sur les différentes bases de données, vingt-quatre études ont été trouvées mais seules six correspondaient à tous les critères d'inclusion et d'exclusion.

² Tous les mots secondés d'un «^o» seront reportés et expliqués dans le glossaire méthodologique se trouvant en annexe 11.5 de cette revue de la littérature.

Langues	Français	Anglais
Mots-clés	« entretien motivationnel »	« motivational interview » «motivational interviewing » « behavioural counselling »
	« cardiologie »	« heart disease » «cardiac rehabilitation » «cardiovascular disease »
	« infarctus »	« myocardial infarction »
	« cardiopathie coronaire »	« coronary artery disease » « coronary heart disease » « coronary disease »
	« facteur risque »	« risk factors » « cardiovascular risk factors » « high blood pressure » « physical activity » « cholesterol » « obesity » « randomized controlled trials»
Opérateurs booléens	« et »	« and »
	« ou »	« or »

6.3 Sélection des données

Cette revue étoffée de la littérature a sélectionné les études selon les critères d'inclusion suivants :

- les études sont récentes (2010-2014) ;
- la population étudiée souffre de pathologie coronaire ;
- le niveau de prévention se situe en secondaire ou en tertiaire ;
- l'outil testé est l'entretien motivationnel ;
- l'entretien motivationnel est utilisé pour réduire l'impact d'un ou de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire ;
- les études ont été publiées dans la langue française ou anglaise ;
- les études sont primaires.

Les critères d'exclusion sont :

- les études datant de plus de cinq ans ;
- les études traitant un niveau de prévention primaire ;
- les études évaluant des outils de réhabilitation cardiaque autre que l'entretien motivationnel ;
- les études avec une population sans pathologie cardiovasculaire ;
- les études publiées dans une autre langue que le français ou l'anglais.

Toutes les études choisies dans cette revue de la littérature ont été approuvées par le comité d'éthique. Les études numéros 1-2-4-5 ont demandé une signature du consentement éclairé^o de chaque patient. Les auteurs n'ont pas précisé si les patients ont signé un consentement éclairé concernant l'étude numéro 3. L'étude numéro 6 ne l'a pas demandé, les auteurs Bredie, S. J.H. Fouwels, A.J. Wollersheim, H. & Schippers, G.M. (2010) citent : « Because smoking cessation support is recommended in all guidelines on cardiovascular risk reduction, no informed consent was requested for this intervention ». (Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: A randomized trial, p.175).

Les principes éthiques ont été respectés pour cette revue étoffée de la littérature. Les droits d'auteur de chaque ouvrage et de chaque article ont été minutieusement inscrits selon les normes de l'American Psychological Association (6ème édition). Le plagiat est totalement interdit. Les citations et les retranscriptions ont été formulées en respectant les dits des auteurs.

6.4 Analyse des données

Un travail de recension a été effectué pour chaque étude afin d'avoir une vision complète et résumée des études choisies. Un tableau a servi à structurer les points essentiels à la base théorique pour effectuer par la suite une analyse (cf. annexe 11.1). L'analyse a été effectuée étude par étude et non par thématique.

N°	Auteurs	Titre	Année	Base de données	Niveau de preuve
1	Murphy B., Worcester M., Higgins R., Elliott P., Le Grandre M., Mitchell F., Navaratnam H., Turner A., Grigg L., Tatoulis J. & Goble A. (.)	Reduction in 2-Year Recurrent Risk Score and Improved Behavioral Outcomes After Participation in the "Beating Heart Problems" Self-management Program.	2013	CINHAL	II a)
2	Reid. D.R. Morrin, L. AJ Higginson, L. Wielgosz, A. Blanchard, C. Beaton, L.J. Nelson, C. McDonnell, L. Oldridge, N. Wells, G.A. & Pipe, A.	Motivational counselling for physical activity in patients with coronary artery disease not participating in cardiac rehabilitation.	2011	PUBMED	II a)
3	O'Brien, F. McKee, G. Mooney, M. O'Donnell, S. & Moser, D.	Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial.	2014	CINHAL	II a)
4	Williams, A., Manias, E., Liew, D, Cock, H., & Corelik, A.	Working with CALD groups: testing the feasibility of an intervention to improve medication self-management in people with kidney disease, diabetes, and cardiovascular disease	2012	CINHAL	II a)
5	Chair, S.Y. Chan, S.W-C. Thompson, D.R. Leung, K-P. Ka-chiu Ng, S. & Choi, K-C.	Long-term effect of motivational interviewing on clinical and psychological outcomes and health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients with poor motivation in Hong Kong : a randomized controlled trial.	2013	CINHAL	II a)
6	Bredie, S. J.H. Fouwels, A.J. Wollersheim, H. & Schippers, G.M.	Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: A randomized trial.	2010	CINHAL	II a)

7. Résultats

Une homogénéité dans le type d'études se fait ressentir dans cette revue de la littérature. Les études analysées font partie du paradigme positiviste et consiste en des essais cliniques contrôlés randomisés° en simple aveugle°. Les études n'ont pas été réalisées en double aveugle° car il est difficile de cacher l'enseignement durant le soin. Selon, Slim, K. « L'ECR° [Essai Contrôlé Randomisé] constitue la meilleure méthode de recherche clinique pour évaluer l'efficacité d'un traitement ou tester une hypothèse car la distribution aléatoire réduit le risque de biais° » (2007, p.46). Les études retenues collectent les données de façon longitudinale° et appartiennent au devis expérimental°. Toutes ces études sont publiées dans des revues scientifiques internationales (*Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, European Journal of Preventive Cardiology, Patient Education and Counselling, Clinical Rehabilitation, European Journal of Cardiovascular Nursing*) où les articles sont relus par des pairs.

Afin de rendre plus agréable la lecture du document, un regroupement des informations a été entrepris ci-dessous. Seules les informations propres à l'étude seront décrites dans chaque sous-section.

Deux plans d'échantillonnage° existent : l'échantillonnage probabiliste° et le non-probabiliste°. Les études composant cette revue de la littérature utilisent les deux sortes de plans. La méthode probabiliste possède un avantage en comparaison aux méthodes non probabilistes car elle diminue les risques de biais, étant donné que tous les patients de la population étudiée ont la même probabilité d'être sélectionnés. Le sous-groupe de plan d'échantillonnage non probabiliste utilisé dans les études ci-dessous est l'échantillonnage par quotas°. Il utilise des techniques non aléatoires pour sélectionner l'échantillon, donc fortement à risque de ne pas être représentatif de la population cible. (Polit, D. F. & Tatano Beck, C., 2011, ch.12)

L'auto-description° est la méthode de collecte de données utilisée dans toutes les études. Différents instruments composent cette méthode pour le recueil des données telles que l'utilisation de questionnaires auto-administrés, des entretiens face à face et des entretiens téléphoniques. Les avantages de cette méthode sont, premièrement, la possibilité de collecter des données passées, actuelles et/ou à venir, contrairement à l'observation ne servant qu'au moment présent. Deuxièmement, les données ont l'avantage de mesurer les caractéristiques psychologiques par une communication directe, contrairement à l'observation. Cependant, les désavantages de l'auto-description sont la mise en péril de la validité° et la précision car on ne peut avoir la certitude que les patients soient authentiques dans leur réponse ; le chercheur ne peut affirmer que le patient agit ou ressent ce qu'il prétend. De plus, l'instrument du questionnaire auto-administré peut mener à des biais éventuels tels que la désirabilité sociale°, la réponse extrême° et la tendance à l'acquiescement°. (Polit, D. F. & Tatano Beck, C., 2011, ch.12)

Les mesures biologiques sont une autre mesure de collecte de données présente dans ces études. Elles ont la force d'être exactes, précises et objectives. (Polit, D. F. & Tatano Beck, C., 2011, ch.12)

7.1 Description de l'étude 1

Murphy B., Worcester M., Higgins R., Elliott P., Le Grandre M., Mitchell F., Navaratnam H., Turner A., Grigg L., Tatoulis J. & Goble A. (2013). Reduction in 2-Year Recurrent Risk Score and Improved Behavioral Outcomes After Participation in the "Beating Heart Problems" Self-management Program.

Cette étude publiée en 2013 est un ERC en simple aveugle. Le but des chercheurs est d'investiguer l'impact d'un programme basé sur des techniques de entretien motivationnel et de thérapie cognitivo-comportementale pour obtenir un changement de comportement. Les patients étudiés ont récemment subi un événement cardiaque aigu.

3870 patients ont été hospitalisés dans le service de soins coronaires et soins intensifs de deux hôpitaux privés de Melbourne en Australie, « the Royal Melbourne Hospital » et « the Melbourne Private Hospital » de mars 2007 à novembre 2008. Les critères d'inclusion consistaient en : une hospitalisation suite à un pontage coronaire ; un infarctus du myocarde ou une intervention coronarienne percutanée ; un large éventail socio-économique ; âgé de moins de 75 ans ; maîtrise suffisante de l'anglais ; avoir une résidence dans une région métropolitaine pour permettre l'accès au programme. Le refus et des comorbidités sont les deux critères d'exclusion. Les patients (n=275) retenus pour l'étude ont été divisés en deux groupes.

Les patients du groupe traitement (n=139) ont participé au programme de huit semaines à raison d'un entretien individuel ou un entretien de groupe hebdomadaire d'une heure trente. Il comprend des modules axés sur l'activité physique, le régime, l'adhérence médicamenteuse, l'arrêt du tabac, la dépression, l'anxiété, la colère et le soutien social. Durant les différents modules, les patients explorent des situations quotidiennes de façon à les identifier, les défier et changer leurs croyances et leurs émotions négatives face aux situations à risque cardiovasculaire. Ils sont encouragés à construire des plans d'action pour mettre en place des comportements santé et des moyens et des stratégies pour atteindre les objectifs visés. Les participants du groupe contrôle (n=136) ont reçu les soins médicaux habituels. Tous les patients sont revenus à la clinique pour une évaluation à quatre et douze mois post-intervention.

Le risque d'un événement coronarien dans les deux prochaines années est estimé par la mesure des marqueurs suivants : l'âge, le cholestérol sanguin total, le HDL et le statut du diabète.

La randomisation° a été effectuée après l'évaluation des données initiales des patients par l'infirmière, afin de s'assurer que l'attribution des groupes soit faite à l'aveugle. Les patients ont été séparés en deux groupes selon la base 1 : 1 par le personnel soignant du département de pharmacie de l'hôpital. La vérification de la différence entre les groupes suite à la randomisation a été examinée par le test paramétrique° test-t° et le test non paramétrique° χ^2 °. Une analyse de la variance° a servi à mesurer les différences possibles suite au changement avec le temps.

Lors des évaluations à quatre et douze mois, les résultats démontrent que les participants du groupe traitement tendent vers une plus grande réduction du risque, aux deux ans, que les patients du groupe contrôle. À quatre mois, les patients du groupe test ont diminué leurs apports de gras alimentaire - contrairement à ceux du groupe contrôle qui en ont consommé davantage (p°=0.019) - et ont augmenté leurs capacités fonctionnelles plus que le groupe contrôle (p=0.019).

7.1.1 Validité méthodologique

Concernant la validité interne°, les chercheurs ont émis un objectif de recherche précis avec une hypothèse de recherche directionnelle° s'y rapportant. Les variables° sont clairement définies. La variable indépendante est le programme vérifiant son influence sur la variable dépendante 1 : réduction du risque de récurrence d'événement cardiaque, et sur la variable dépendante 2 : les comportements santé. Les instruments utilisés dans la collecte de données par méthode d'auto-description sont : des questionnaires auto-administrés, des examens biologiques, un entretien face à face et des entretiens téléphoniques. Les vignettes° ont aussi été utilisées pour gérer les situations quotidiennes. Les instruments utilisés sont standardisés tels que l'Algorithme de Framingham* (test des risques de récurrences coronariennes), le « Short Fat Questionnaire* » (test des habitudes alimentaires), le « Active Australia Survey* » (mesure de l'activité physique) en complément avec le test des six minutes de marche*. Afin de garantir une fidélité° au traitement, les séances ont été animées selon un programme préétabli et supervisé par deux psychologues et une infirmière. Un manuel a été utilisé pour assurer une approche standardisée. Le matériel a été testé avant de commencer le projet. Un biais de sélection° est possible, dû au critère d'exclusion de refus de participation des patients.

Concernant la validité externe°, les résultats comprennent deux dimensions. Les chercheurs ont pris en compte premièrement tous les patients (*intention to treat*) et ensuite seulement les participants restés jusqu'à la fin de la recherche. De ce fait, le biais de suivi° est évité. L'échantillonnage s'est effectué premièrement par quotas avec une estimation d'un besoin de 137 patients par groupe et ensuite par échantillonnage aléatoire simple°. L'échantillonnage par quotas permet aux chercheurs d'adapter la taille de l'échantillon afin qu'il soit le plus représentatif possible. Les chercheurs ont respecté cette estimation. La taille d'échantillon est importante. Cette étude a été élaborée en Australie en milieu métropolitain. Il y a donc une possibilité que les résultats ne soient pas généralisables° au Valais ; l'enseignement et le comportement peut changer selon la culture et l'environnement. De plus, une population comprenant 86% d'hommes constitue une entrave à la généralisation des résultats.

7.1.2 Pertinence clinique

L'objectif de cet essai contrôlé correspond de près à la question de recherche de cette revue de la littérature.

Les résultats de cette recherche démontrent un modeste mais important impact de l'entretien motivationnel sur le long terme. Les chercheurs pensent que l'élaboration d'un site internet avec le programme de prévention appuierait le changement de comportement chez cette population.

7.2 Description de l'étude 2

Reid, D.R. Morrin, L. AJ Higginson, L. Wielgosz, A. Blanchard, C. Beaton, L.J. Nelson, C. McDonnell, L. Oldridge, N. Wells, G.A. & Pipe, A. (2011). Motivational counselling for physical activity in patients with coronary artery disease not participating in cardiac rehabilitation.

Les auteurs ont remarqué que la majorité des patients avec une maladie coronarienne ne se présentaient pas à la réhabilitation cardiaque (manque de motivation). Ils ont donc voulu tester une approche basée sur l'entretien motivationnel pour promouvoir l'activité physique chez les patients ne participant pas à la réhabilitation cardiaque.

Les patients hospitalisés pour une angioplastie coronarienne suite à un SCA sans plans de réhabilitation cardiaque, ont été recrutés durant la période de septembre 2005 à novembre 2008 dans le centre hospitalier cardiaque d'Ottawa, au Canada.

868 patients ont été ciblés, 355 patients correspondaient aux critères d'inclusion et 141 patients ont été d'accord de participer à la recherche.

Les données suivantes ont été récoltées par un coordinateur de recherche : l'anamnèse cardiaque, la médication, le statut tabagique, l'IMC, les comorbidités, le niveau d'activité physique avant l'hospitalisation et les valeurs d'un podomètre utilisé neuf jours par le patient. Les patients ont été divisés en deux groupes.

La prise en charge de base comprend une documentation sur un programme de marche et un entretien avec un cardiologue concernant la pathologie cardiaque, les traitements associés et l'importance de l'activité physique. Les patients du groupe contrôle (n=72) n'ont pas reçu d'interventions supplémentaires. Les patients du groupe traitement (n=69) ont reçu neuf entretiens individuels supplémentaires avec l'un des trois physiothérapeutes durant une période de 52 semaines. Le premier contact fut face à face et, aux semaines 2-4-8-14-20-24-40-52, l'entretien fut téléphonique. L'intervention prend en compte les facteurs individuels, sociaux et environnementaux comme variable dépendante du comportement sportif. L'objectif était au minimum trente minutes d'activité physique modérée cinq fois par semaines.

Des données secondaires ont été récoltées aux semaines 26 et 52 comprenant un entretien sur l'activité physique effectuée durant la semaine écoulée et des questionnaires auto-administrés sur l'activité physique des six derniers mois. Un podomètre a servi à calculer les distances effectuées sur une période de neuf jours.

Les patients ont été regroupés par strates basées sur l'activité physique (mesure par le « Godin Leisure Score Index* »). La randomisation a été effectuée par un statisticien après avoir collecté les données initiales. Les assistants de recherche collectant les données sont en aveugle face aux deux groupes. Les caractéristiques de base ont été comparées entre les groupes par les analyses d'ANOVAs^o et χ^2 . Une analyse statistique^o a été effectuée et l'effet standard^o a été calculé.

Les résultats démontrent une augmentation supérieure de la durée de l'activité physique chez les patients du groupe cible en comparaison des patients du groupe de contrôle. (p<0.05).

7.2.1 Validité méthodologique

Concernant la validité interne, une hypothèse de recherche directionnelle a été clairement formulée. Les variables° de cette étude se composent d'une variable indépendante (l'EM) et d'une variable dépendante (le comportement face à l'activité physique). Les instruments utilisés avec la méthode de l'auto-description sont des entretiens face à face, des entretiens téléphoniques et un questionnaire auto-administré. Une mesure de la distance effectuée a été objectivée à l'aide d'un podomètre. Il vise à assurer la validité et la fidélité, grâce à sa composante objective et précise. Son désavantage est le manque d'information sur le type d'activité physique effectué par le participant.

Le choix de ne pas prendre en compte les patients refusant de participer à l'étude entraîne un biais de sélection possible.

Les deux physiothérapeutes menant l'intervention ont eu deux jours de formation et des discussions régulières afin de maintenir leurs compétences. Ils ont utilisé des scripts et des checklists pour assurer la fidélité de l'intervention. L'intervention a été pratiquée en simple aveugle, mais les données ont tout de même été récoltées par des assistants de recherche en aveugle face aux appartenances des patients aux groupes.

Concernant la validité externe, l'échantillonnage utilisé dans cette recherche est réalisé par méthode aléatoire simple, faisant partie des méthodes probabilistes°. La taille de l'échantillon est modérée, diminuant ainsi les chances d'être représentatif. Les chercheurs révèlent un biais possible durant les périodes d'observation à cause des changements d'humeur possibles.

La généralisation de cette étude est délicate. La composante culturelle d'une intervention agissant sur un changement de comportement et un échantillon de taille modérée sont des éléments allant à l'encontre de la généralisabilité°.

7.2.2 Pertinence clinique

L'objectif de cette étude examine un des comportements à améliorer lors d'une réhabilitation après un accident coronarien. Il correspond à l'élucidation de la question de recherche de cette revue de la littérature.

Les résultats de cette recherche démontrent que les patients dans le groupe traitement sont physiquement plus actifs que les patients du groupe contrôle à six et douze mois post-hospitalisation. Les auteurs recommandent d'ailleurs d'intégrer l'intervention directement en service de réhabilitation ou en prévention secondaire chez les patients qui ne veulent ou ne peuvent pas participer à des programmes supervisés ultérieurs.

7.3 Description de l'étude 3

O'Brien, F. McKee, G. Mooney, M. O'Donnell, S. & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial.

Cette étude vise à tester l'efficacité d'une intervention comprenant des techniques de l'entretien motivationnel sur le changement des attitudes/croyances et sur l'augmentation des connaissances chez des patients coronariens face à leur pathologie. Les chercheurs ont recruté des patients avec un syndrome coronarien aigu durant la période d'octobre 2007 à octobre 2009 dans les centres de cardiologie et d'unité de soins coronaires à Dublin, en Irlande. 2041 patients ont été randomisés. Par la suite, certains de ces patients se sont révélés ne pas avoir un réel diagnostic de syndrome coronarien aigu, et donc un total de 1947 personnes ont été admises pour l'étude.

Les participants ont rempli un questionnaire concernant leur histoire clinique et leurs données démographiques. Les données initiales ont été collectées face à face et ensuite par mail et appels téléphoniques à trois et douze mois post-intervention.

Les deux groupes ont reçu les soins habituels (présentation du diagnostic, information sur gestion de la maladie et de la médication, de l'éducation thérapeutique tertiaire) lors de leur prise en charge à l'hôpital. Le groupe contrôle (n=973 patients) n'a pas reçu d'intervention supplémentaire. Le groupe traitement (n=974) a reçu une session d'entretien individuel d'éducation comprenant : une perspective cognitive (informations sur la portée, la variabilité et l'imprévisibilité des symptômes du syndrome coronarien aigu) ; une perspective émotionnelle (sensibilisation aux réponses émotionnelles et des pistes pour les gérer, l'intervention ayant été facilitée par des scénarios préparés à l'avance reflétant l'âge, le genre et le mode de vie des patients) et une perspective sociale qui a été abordée en soulignant l'importance de la divulgation des symptômes aux proches. Les patients ont été informés sur l'importance de la recherche urgente d'aide si les symptômes persistent après l'arrêt de l'activité, le repos ou la prise de médication prescrite. L'utilisation de l'EM a été incorporé tout au long de l'intervention. Les patients ont pris à domicile un plan d'action et une carte format portefeuille avec la description des principales interventions. Les entretiens se sont ensuite déroulés par téléphone un mois plus tard. L'intervention a été renforcée six mois plus tard, avec une copie du plan d'action envoyée par courrier.

Les caractéristiques des patients ont été présentées par des statistiques descriptives°. Le χ^2 a testé la différence entre les groupes. Le t-test a comparé les données continues. L'hypothèse de la normalité de la distribution a été testée à l'aide d'un histogramme° et le p-plots° pour chaque variable continue. La mesure de la variance (ANOVA) a été répétée trois fois afin de vérifier l'effet de l'intervention sur les connaissances, croyances et attitudes des participants.

Les résultats démontrent un effet significatif sur l'intervention concernant les connaissances ($p < 0.001$), l'attitude ($p = 0.003$), et les croyances ($p < 0.001$) des scores à 3 et 12 mois.

7.3.1 Validité méthodologique

Concernant la validité interne, une hypothèse de recherche directionnelle a été formulée par les auteurs. Les variables dépendantes de cette étude sont les connaissances, les attitudes et les croyances concernant le SCA. La variable indépendante reste l'EM. Les instruments utilisés appartenant à la méthode d'auto-description sont des entretiens face à face, des entretiens par courrier et un questionnaire auto-administré (comprenant des questions fermées vrai/faux et une échelle de Likert°).

Concernant la validité externe, avant de procéder à l'échantillonnage aléatoire simple les chercheurs ont effectué un échantillonnage par quotas afin de se rendre compte du nombre nécessaire de l'échantillon pour accroître la représentativité de la population cible (n=174 pour les connaissances, n=364 pour l'attitude, n= 368 pour les croyances). La taille finale de l'échantillon est nettement plus élevée que les estimations préalables, il se veut donc le plus représentatif possible.

La population étudiée est irlandaise, un pays d'Europe, cela étant certainement plus généralisable à la Suisse que les études sur d'autres continents. Il faut toutefois être prudent avec la composante culturelle relative aux interventions menant à un changement de comportement.

7.3.2 Pertinence clinique

Cette étude a été retenue car elle est particulièrement récente (2014). C'est un point fort pour démontrer la problématique actuelle. Les objectifs correspondent à la question de recherche de cette revue de la littérature.

Une question d'ordre éthique intervient dans cette étude. Elle a été approuvée par le comité d'éthique des institutions mais les auteurs n'ont pas précisé si les patients ont signé un consentement éclairé. Toutefois, il semble que le principe de justice a été respecté et il n'y a pas de signes de maltraitance observés.

Les auteurs révèlent une limitation au niveau du critère d'exclusion des patients instables, de ce fait, il n'y a aucune notion pour ces patients sur l'effet de l'EM.

Les résultats démontrent des résultats significatifs° dans les trois domaines examinés, ce qui encourage la pratique à appliquer ce type de prévention secondaire. De plus, les chercheurs indiquent que l'intervention est praticable et adaptable à la clinique étant donné que l'intervention est rapide (40 minutes) et facilement applicable par une infirmière. Ils recommandent une intervention de ce type pour tous les patients hospitalisés pour un SCA.

7.4. Description de l'étude 4

Maa, C. Zhou, Y. Zhou, W. & Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Education and Counseling* 95, 231–237.

Les auteurs de cette étude ont remarqué l'élévation des diagnostics d'hypertension artérielle en Chine. Ils relèvent l'importance de l'adhérence médicamenteuse et le changement des habitudes de vie à risques pour traiter, supprimer ou éviter les complications de l'HTA. Après avoir lu plusieurs études parlant de l'entretien motivationnel, ils ont décidé d'examiner son efficacité sur l'HTA en comparaison avec les soins habituels.

Des patients ont été recrutés de novembre 2011 à octobre 2012 dans deux centres de santé communautaire à Guangzhou City, en Chine. Les patients éligibles étaient des patients majeurs, d'accord de participer à l'étude, avec un diagnostic d'HTA détecté par un cardiologue et une prise de médicament(s) antihypertenseur. Les patients exclus étaient les patients avec un diagnostic d'HTA secondaire et les femmes enceintes.

La collecte de données s'est effectuée à la base et à la fin de l'étude (24 mois) avec comme outils des valeurs biologiques et des questionnaires auto-administrés.

Les douze infirmières recrutées pour l'étude ont été formées à l'EM durant trois jours par un professeur certifié. Les cours comprenaient des lectures, des démonstrations, des jeux de rôle filmés pour avoir ensuite des conseils en feedback, des présentations et des discussions.

L'intervention du groupe cible (n=60) a consisté en huit entretiens motivationnels de 30 à 40 minutes durant six mois. L'entretien était basé sur le changement de comportement concernant la prise médicamenteuse, le changement des habitudes alimentaires néfastes, l'augmentation de l'activité physique, l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac et la réduction du stress. Les patients ont rempli un journal quotidien avec des informations sur la compliance médicamenteuse, l'alimentation, l'activité physique, l'alcool, le tabac, la perception de la maladie, la santé physique et la santé mentale.

L'intervention dans le groupe contrôle (n=60) comportait des soins de base habituels (informations sur l'HTA, recommandations sur le traitement et le changement des habitudes de vie à risques). Un cardiologue et des infirmières spécialisées ont prodigué de la prévention sur l'HTA toutes les six semaines.

Suite à la randomisation, les participants ne savaient pas à quel groupe ils appartenaient. Les infirmières étaient au courant. Une statistique descriptive a analysé les caractéristiques initiales. Une analyse de la distribution des variables a été établie par les tests de « skewness »° et « kurtosis »°. La différence entre les groupes a été examinée par le t-test.

Les résultats ont démontré des données meilleures dans le groupe d'intervention au niveau de l'adhérence au traitement (p<0.039), de l'alimentation (p<0.044), de l'alcool et du tabac (p<0.041) et de l'activité physique (p<0.028) en comparaison au groupe contrôle. Au niveau des tests objectifs une amélioration de la tension systolique (p<0.011) et de la tension diastolique (p<0.027) était nettement plus observable dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle. Et pour finir au niveau de la qualité de vie, les scores du fonctionnement physique, la

santé générale, la vitalité et la santé mentale avaient également progressé dans le groupe d'intervention ($p < 0.05$).

7.4.1 Validité méthodologique

Concernant la validité interne, les instruments participant à la collecte de données de cette étude comprennent des données objectives avec des mesures biologiques telles que la tension systolique et diastolique (une prise de la tension par un moniteur digital calibré ; à noter que pour s'assurer de la fidélité de l'instrument, la tension fut toujours prise en position assise avec une période de repos de dix minutes et avec une taille de brassard adéquat) et des tests de laboratoires (cholestérol total, valeurs de triglycérides). Les données biologiques ont l'avantage d'être précises, objectives et valides.

Des questionnaires auto-administrés ont également été utilisés pour les données démographiques, pour la dimension perçue des symptômes et des complications de l'HTA, pour l'adhérence au traitement (ce test a utilisé une échelle de Likert en 4 points incluant les items suivants : médication, alimentation, exercice, contrôle du poids, stress), pour le sentiment d'efficacité personnelle (évalué par « General Self-Efficacy Scale* »), et pour finir un questionnaire « Medical outcomes study 36-item short form » a été utilisé, incluant les items suivants : fonction physique ; douleurs ; santé générale ; vitalité ; fonction sociale ; rôle émotionnel et santé mentale.

La validité des instruments de cette étude est démontrée par le test alpha de Cronbach°.

Un biais de sélection est rendu possible par le critère d'inclusion concernant l'accord du patient à participer à l'étude.

Les infirmières sont formées, enregistrées et écoutées par le formateur durant l'intervention, améliorant ainsi la fidélité de l'intervention.

Concernant la validité externe, les auteurs ont procédé à deux méthodes d'échantillonnage. Tout d'abord, l'échantillonnage par quotas afin de déterminer le nombre de patients nécessaires pour être représentatifs de la population cible. L'estimation fut de 120 patients. Les chercheurs ayant recruté 120 patients n'avaient de ce fait aucune marge si des patients disparaissaient. Au final, 14 patients ont arrêté l'étude. La taille de l'échantillon n'était donc plus assez conséquente face à l'estimation préalable, péjorant ainsi les chances qu'il soit représentatif et entraînant un biais de puissance°. Ensuite, l'échantillonnage aléatoire simple a été utilisé.

La généralisabilité est limitée à cause de la culture chinoise, très différente de la nôtre et de la taille modérée de l'échantillon.

7.4.2 Pertinence clinique

Cette revue de la littérature a décidé de prendre en compte l'étude 4 malgré le fait qu'elle ne correspond pas exactement aux critères d'inclusion concernant la maladie coronarienne. Elle se justifie par le fait que l'HTA est un facteur de risque important. Il faut le traiter dans une prévention tertiaire optimale afin de diminuer le risque de récurrence d'événement coronarien.

L'étude comprend des résultats positifs sur l'application de l'entretien motivationnel chez les patients avec une hypertension artérielle. Les chercheurs recommandent l'introduction de l'EM

dans les programmes de gestions des maladies. Ils pensent que l'EM est une stratégie efficace pour intégrer les comportements santé chez les patients avec des habitudes de vie néfastes. Ils rajoutent que les infirmières devraient être formées systématiquement aux techniques de l'EM pour les intégrer dans les soins habituels.

7.5. Description de l'étude 5

Chair, S.Y. Chan, S.W-C. Thompson, D.R. Leung, K-P. Ka-chiu Ng, S. & Choi, K-C. (2013). Long-term effect of motivational interviewing on clinical and psychological outcomes and health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients with poor motivation in Hong Kong : a randomized controlled trial.

Les auteurs ont élaboré une première étude examinant l'effet à court terme de l'entretien motivationnel chez des patients en réadaptation cardiaque. Ils ont évalué l'effet clinique, psychologique et la qualité de vie de ses patients avec un manque de motivation. Les résultats n'ont démontré que quelques améliorations modestes sur la qualité de vie des participants. C'est pour cela que les auteurs ont décidé d'explorer les résultats à long terme (six, neuf et douze mois) dans une nouvelle recherche avec une intervention prolongée.

Ils ont recruté des patients atteints de maladie coronarienne âgés de plus de dix-huit ans et avec un manque de motivation de passer à un mode de vie sain. 168 patients étaient éligibles mais seuls 146 ont été randomisés (22 exclus pour cause de critères d'exclusion ou pas de désir de participation) et répartis en deux groupes. Les deux groupes ont participé pendant six mois au programme de réhabilitation cardiaque comprenant : seize exercices supervisés (deux heures, deux fois par semaine, de la semaine une à huit), une série de six heures (une heure par semaine) sur la nutrition, l'alimentation, l'arrêt du tabac, la gestion du stress et la compliance médicamenteuse, et pour finir un entretien d'une heure avec une diététicienne. Les patients du groupe d'intervention (n=73) ont reçu, en plus des interventions décrites ci-dessus, des entretiens motivationnels durant les semaines une, trois, cinq et sept, ensuite une fois par mois pendant six mois, suivi d'un entretien au neuvième et douzième mois. Chaque entretien motivationnel durait trente à quarante minutes.

Les données sur la tension artérielle, l'IMC, l'usage du tabac, le cholestérol total, le LDL, le HDL, les triglycérides, la compliance médicamenteuse, l'anxiété, la dépression et l'auto-efficacité ont été prises au départ et à six, neuf et douze mois.

Un assistant du groupe de recherche a procédé à l'aveugle à la répartition des groupes et à la collecte des données. La comparaison des données démographiques et cliniques entre les groupes a été effectuée à l'aide du t-test et du Person's khi carré°.

Les résultats n'ont démontré globalement aucune différence significative dans les résultats sur les deux groupes. Cependant le groupe d'expérimentation démontre une amélioration dans la composante émotionnelle à six mois ($p = 0,019$) et à douze mois ($P=0,022$) ainsi que dans la composante de la douleur corporelle ($P=0,044$).

7.5.1 Validité méthodologique

Concernant la validité interne, les instruments utilisés pour collecter les données sont des entretiens face à face et des questionnaires auto-administrés. L'anxiété et la dépression ont été évaluées par l'échelle « Depression Scale ». Le sentiment d'efficacité personnelle a été mesurée par l'échelle « General Self-efficacy Scale ». La qualité de vie des patients a été évaluée par le questionnaire « the Short-Form 36 Health Survey ». L'utilisation d'échelles standardisées permet une plus grande fiabilité des données récoltées. La collecte de données se compose également de mesures biologiques qui ont la force d'être exactes, précises et objectives.

Un biais de sélection est possible, découlant du choix de ne pas prendre en compte les patients refusant de participer à l'étude.

Aucune hypothèse n'a été formulée dans cette étude. La variable indépendante reste toujours l'entretien motivationnel. Les variables dépendantes de cette étude se situent à trois niveaux différents : les variables physiques, les variables psychologiques et les variables concernant la qualité de vie (détails cf. description de l'étude 5).

Afin de garantir une fidélité, une constance et un entretien motivationnel appropriés à cette étude, les interventions ont été données par deux infirmières de recherche avec une spécialisation dans la santé mentale et spécialement formées à l'entretien motivationnel. De plus, trois membres du groupe de recherche ont supervisé les trois premières sessions de chaque infirmière.

Concernant la validité externe, deux échantillonnages ont été utilisés dans cette recherche. L'échantillonnage par quotas a estimé un nombre de 146 participants nécessaires. Les chercheurs ont décidé de suivre, au participant près, la taille de l'échantillon. De ce fait, la prise de risque était grande si des participants venaient à disparaître. 116 patients sont restés jusqu'à la fin de l'étude. L'échantillon est donc insuffisant par rapport à l'estimation initiale et comporte, par conséquent, un plus grand risque de ne pas être représentatif de la population cible par biais de puissance. Ensuite, un échantillonnage aléatoire simple, appartenant aux méthodes probabilistes, a été mené.

Au niveau de la question de la généralisabilité, la culture chinoise est très différente de la culture européenne, les résultats sont peu généralisables. Chair, S.Y. Chan, S.W-C. Thompson, D.R. Leung, K-P. Ka-chiu Ng, S. & Choi, K-C. (2013) expliquent que la culture chinoise impose aux femmes la responsabilité de la gestion de la maison et des enfants, donc même si la motivation à changer leurs comportements de santé est présente, il se peut qu'elle ne soit pas prise en compte étant donné que la priorité de ces femmes se porte sur les besoins du mari et des enfants.

7.5.2 Pertinence clinique

Les données démontrent une limitation de l'efficacité de l'entretien motivationnel, peut-être due à une plus grande population féminine dans le groupe expérimental (35,6%) que dans le groupe témoin (27,4%).

Cette étude requiert une attention particulière car elle est la seule des études correspondant aux critères d'inclusion de cette revue de la littérature à mettre en évidence que l'entretien motivationnel n'est pas efficace au niveau des résultats globaux.

7.6. Description de l'étude 6

Bredie, S. J.H. Fouwels, A.J. Wollersheim, H. & Schippers, G.M. (2010). Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients : A randomized trial.

Les chercheurs ont comme objectif d'évaluer l'efficacité de l'entretien motivationnel donné par une infirmière dans un cadre de prévention secondaire cardiovasculaire concernant le facteur de risque tabac.

619 patients avec une pathologie cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC, pathologie vasculaire périphérique) ou avec un taux élevé de risque cardiovasculaire (HTA, hyperlipidémie, diabète) ont consulté dans un centre de consultation ambulatoire aux Pays-Bas. Tous les patients fumeurs (n=112) ont été randomisés pour la recherche. 24 patients ont refusé de participer à l'étude, cependant les chercheurs ont tout de même considéré leurs données.

Les participants ont rempli un questionnaire concernant le comportement tabagique, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires, l'activité physique et la problématique des habitudes de vie concernant la motivation au changement. Les deux groupes ont reçu des conseils ayant trait aux dommages sur la santé de la consommation de tabac. Le groupe contrôle (n=42) n'as pas reçu d'intervention supplémentaire. Le groupe de traitement (n=46) a participé à deux fois trente minutes d'intervention réalisée par une infirmière, puis deux à quatre consultations téléphoniques de dix minutes en trois mois.

La randomisation a eu lieu après avoir donné les conseils de la prise en charge de base sur l'arrêt du tabac. Les médecins divisant l'échantillon en deux groupes aléatoirement étaient en aveugle face au motif de l'étude. Une analyse statistique de l'effet de l'intervention a été effectuée par le test du χ^2 .

Les résultats démontrent une différence significative à 3 mois. Dans le groupe contrôle 7% des patients ont arrêté de fumer et 15% ont diminué leur consommation contre 26% et 31% dans le groupe d'intervention (p=0.017).

7.6.1 Validité méthodologique

Concernant la validité interne, les instruments utilisés pour la collecte de données sont des entretiens face à face, des entretiens téléphoniques et des questionnaires auto-administrés. Les questionnaires utilisés sont des compilations d'entités validées tels que le « Fagerström Test* » pour la dépendance à la nicotine, la version courte du questionnaire international sur l'activité physique (IPAQ), le « Dutch Food Habit » concernant les fibres, les légumes, les fruits, le total des gras saturés et insaturés et pour finir un questionnaire sur la consommation d'alcool (AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test).

Les trois infirmières menant l'intervention ont reçu une formation par un psychologue qualifié à l'entretien motivation.

Les chercheurs n'ont pas défini d'hypothèse au préalable de la recherche. La variable indépendante reste l'entretien motivationnel pratiqué par une infirmière. La variable dépendante concerne le comportement tabagique.

Les questionnaires utilisés sont des questionnaires standardisés.

Concernant la validité externe, une estimation du nombre de participants nécessaires a été effectuée avant de commencer la recherche. L'échantillonnage par quotas de 120 participants a été jugé suffisant. Les patients randomisés ont été au nombre de 112. La taille de l'échantillon n'est pas suffisamment conséquente selon l'estimation initiale, péjorant ainsi les chances qu'il soit représentatif par biais de puissance. Ensuite, l'échantillonnage aléatoire simple, faisant partie des méthodes probabilistes, a été utilisé.

24 patients n'ont pas voulu participer à la recherche, mais les chercheurs ont tout de même collecté leurs données. De ce fait, le biais de sélection a pu être évité. Le refus de participation peut être causé par un manque de motivation. Or, si ces patients sont mis de côté, les résultats seront biaisés car seuls les motivés seront pris en compte.

7.6.2 Pertinence clinique

Les auteurs de cette recherche n'ont pas demandé de consentement éclairé. Ils se justifient en avançant que toutes les recommandations pour la réduction des risques cardiovasculaires recommandent l'arrêt du tabac. Ils n'ont donc pas jugé nécessaire de passer par cette étape. Le principe de justice semble avoir été respecté et aucune forme de maltraitance n'a été observée.

Cette étude propose d'intégrer une routine dans ce type d'intervention pour les patients à haut risque cardiovasculaire.

7.7 Synthèse des principaux résultats

Les études analysées constatent, grâce aux techniques de l'entretien motivationnel, une amélioration significative ($p < 0.05$) des facteurs de risque/comportements suivants :

- une amélioration de l'activité physique constatée grâce à l'augmentation de la capacité fonctionnelle et l'augmentation de la durée de l'activité physique chez les patients ayant reçu l'EM ;
- un changement dans le comportement alimentaire avec une diminution de l'ingestion de graisses alimentaires, un changement dans l'équilibre alimentaire et une diminution ou un arrêt de la consommation d'alcool ;
- une diminution des habitudes tabagiques avec des patients relatant une réduction de consommation de cigarettes ou un arrêt de la consommation ;
- une amélioration de la tension artérielle avec une baisse de la tension systolique et diastolique ;
- un changement de comportement face à la prise médicamenteuse avec une amélioration de l'observance au traitement ;
- une réduction des facteurs pouvant induire le stress avec une amélioration de la qualité de vie, une amélioration des connaissances/attitudes/croyances face à la pathologie coronarienne et une diminution de la douleur.

L'étude 5 démontre une amélioration de quelques données psychologiques suite à l'EM concernant la douleur et le rôle émotionnel, mais n'obtient pas de résultat global significatif concernant les données physiques. Cette étude est la seule révélant des limitations importantes dans l'utilisation de l'EM au long terme.

Les auteurs des cinq autres études révèlent l'efficacité de l'entretien motivationnel pour le changement des habitudes à risque chez les patients coronariens. Les auteurs de ces différentes études conseillent d'ailleurs les propositions suivantes pour la pratique professionnelle : l'intégration d'une formation systématique des infirmières en soins généraux dans le but de pratiquer l'EM dans les soins de base quotidiens ; l'amélioration de l'intervention de l'EM en élaborant un site internet en complément du programme de prévention secondaire dans le but de renforcer le changement de comportement ; l'intégration de l'EM en phase initiale de réhabilitation cardiaque ou en prévention secondaire pour augmenter l'activité physique ; l'utilisation de cette intervention pour tous les patients hospitalisés avec un syndrome coronarien aigu ; l'utilisation de l'EM dans la prise en charge de pathologie chronique ; et pour finir, l'intégration de l'intervention dans les soins de routine chez les patients à haut risque cardiovasculaire.

En conclusion, O'Brien, F. McKee, G. Mooney, M. O'Donnell, S. & Moser, D. soulignent la nécessité de reconnaître les signes d'une récurrence coronarienne et de savoir comment la gérer. Ils perçoivent l'EM comme le potentiel d'amélioration des réponses face aux menaces pour la santé. L'intervention est de courte durée, raison pour laquelle ils affirment qu'elle est facilement applicable par les infirmières en milieu clinique (2014).

8 Discussion

8.1 Discussion des résultats

Au niveau du cadre théorique, cette étude étoffée de la littérature comprend des études analysées évaluant l'entretien motivationnel sur chaque facteur de risque susceptible de provoquer une récurrence coronarienne ou cardiovasculaire. Les facteurs de risque vus au préalable au chapitre « cadre théorique » correspondent aux variables dépendantes testées comme : l'augmentation de l'activité physique, la diminution du stress, la diminution de la tension artérielle, le changement des habitudes alimentaires, la réduction voire l'arrêt de la consommation de tabac, l'observance au traitement et une amélioration des connaissances/attitudes/croyances augmentant la prise en charge de la pathologie chronique et la reconnaissance précoce des signes alarmants. Les études analysées démontrent tous les mêmes facteurs de risque de récurrence coronarienne que le cadre théorique de cette revue de la littérature et les résultats globaux reflètent les résultats des revues systématiques lues.

Au niveau du cadre valaisan, un fait global ressort de chacune des études analysées, relevant une dysfonction avec le protocole de la prise en charge valaisanne. Une précision du protocole actuel de l'hôpital du Valais, concernant la prise en charge d'un événement coronarien aigu, est nécessaire afin de comprendre l'interrogation de cette revue de la littérature. Monsieur Sinnaeve, ICUS du service de cardiologie, a fourni un éclairage significatif sur le protocole de prise en charge. Un patient admis à l'hôpital, suite à un infarctus du myocarde ou pour une chirurgie de pontage coronarien, est placé en chambre au service de soins continus. A Sion, la cardiologie comporte deux services complémentaires : le service de soins continus (patients instables devant être monitorés) et le service de cardiologie (patients stables sans besoin de monitoring). Le patient étant instable, la sécurité est l'objectif principal dans les premières 24 à 48 heures post-infarctus ou dans les premières 72 heures post-pontage coronarien. L'EM n'est pas encore prévu dans ce laps de temps mais une brochure d'informations sur les médicaments cardiovasculaires principaux est déjà fournie et expliquée au patient. Ensuite, un film relatant la prise en charge globale (symptômes ressentis à domicile, arrivée de l'ambulance, passage en salle de coronarographie et l'arrivée aux soins continus) est proposé au patient afin qu'il comprenne ce qui s'est réellement passé. Un temps d'éducation est ensuite fourni par une infirmière afin d'expliquer la notion d'athérosclérose en insistant sur le caractère chronique de la maladie. Pour illustrer les propos, une marche dans les couloirs est effectuée avec le patient afin de visiter les fresques interactives sur la maladie et ses facteurs de risque. Ce n'est qu'à partir du troisième jour, qu'un entretien motivationnel est proposé. Généralement, le patient est déjà transféré des soins continus dans l'unité de cardiologie. Joël Sinnaeve estime à 90% le taux de patients coronariens participants aux entretiens motivationnels. Lorsque le patient est stabilisé, deux formes de réhabilitation cardiaque lui sont alors proposées : soit une prise en charge ambulatoire au Centre de réadaptation cardiovasculaire du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) coopérant avec la Clinique Romande de Réadaptation (CRR), soit une prise en charge stationnaire au Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) à Montana. (Communication personnelle [entretien], 6 février 2015)

Lors du Symposium des soins 2014, le service de cardiologie a présenté une enquête effectuée auprès de 42 patients avec un diagnostic d'infarctus du myocarde datant de un à trois

mois. Le but était d'évaluer l'efficacité de leur pratique professionnelle. Les résultats présentés par l'équipe soignante démontreraient un bénéfice concernant la connaissance des facteurs de risque, la prise de conscience de la maladie, l'action sur un facteur de risque et la satisfaction du séjour. Par contre, ils présenteraient un inconvénient : la notion de chronicité ne serait pas assimilée par la majorité des patients. (Pralong, I. Ramos, F. & Bonnaz, V. (2014). *L'athérosclérose, au cœur de la chronicité !* [Présentation Powerpoint]. Sion : Hôpital du Valais.)

Cette étude de la littérature émet une hypothèse quant au résultat insatisfaisant de la prise de conscience de la pathologie chronique. Une recherche a été effectuée afin de savoir si la prise en charge se poursuit avec la technique de l'EM en dehors du service de cardiologie, donc en réhabilitation cardiaque. Selon Monsieur Querido Luis, ICUS de la réhabilitation cardiaque stationnaire au CVP, aucun entretien motivationnel n'est effectué chez les patients durant les trois semaines de séjour (communication personnelle [entretien téléphonique], 30 avril 2015). Même constat au CHVR : Madame Sinnaeve Isabelle (communication personnelle [entretien téléphonique], 1^{er} mai 2015) explique qu'aucun entretien motivationnel n'est protocolé lors de la réhabilitation ambulatoire. Elle est la seule infirmière de ce service à être formée à l'EM et l'utilise en tant que méthode de communication de manière informelle.

Le tableau suivant résume la durée de l'entretien, le nombre de séance, les moyens de communication et la durée totale de l'intervention pratiquée dans les études analysées.

N° étude	Durée de l'EM (en minutes)	Nombre de séances d'EM effectuées	Moyens de communication	Durée totale de l'intervention (mois)
1	90	8	Face à face	2
2	Pas de notion décrite dans l'étude.	9	Face à face Par téléphone	13
3	40	2 (+ 1 rappel par courrier)	Face à face Par téléphone	6
4	30 à 40	8	Face à face	6
5	30 à 45	12	Face à face	12
6	2 x 30' et 2 x 10'	4	Face à face Par téléphone	3

Suite aux résultats du questionnaire et suite aux analyses de ces six études primaires une question se pose : Et si le nombre d'entretiens motivationnels effectués chez ces patients était insuffisant ? Le nombre de séances d'EM effectuées dans ces études primaires varie de trois à douze. Un déséquilibre devient alors évident avec l'unique EM reçu chez les patients à l'Hôpital du Valais.

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Une étude sur l'efficacité de l'entretien motivationnel sur les facteurs de risque, comme l'alimentation forte en graisse ou la sédentarité, est difficilement généralisable d'une population d'un pays à un autre. Le facteur de risque concernant les habitudes alimentaires, par exemple, dépend fortement de la culture et de l'environnement. Par exemple, les Asiatiques mangent différemment que les Suisses, par conséquent l'intervention pourrait être, dans l'hypothèse, moins intensive en Asie qu'en Suisse. L'impact des facteurs de risque cardiovasculaire diffère d'un continent à l'autre mais aussi entre deux pays du même continent.

Les études analysées 1-2-4-5-6 comprennent des biais avec une influence possible sur les résultats démontrés. Les études 1-2-4-5-6 possèdent un biais de sélection, et les études 4-5-6, un biais de puissance.

8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Les limitations de cette revue de la littérature concernent tout d'abord le fait de ne pas pouvoir illustrer de résultats provenant de Suisse. Les résultats provenant d'autres pays ou d'autres continents sont difficilement généralisables car le changement de comportement peut aussi dépendre des composantes culturelles et environnementales.

Une autre limitation concerne le manque d'études primaires présentes sur les bases de données connues. Malgré les recherches minutieuses, aucune étude supplémentaire n'a été trouvée pour la question de recherche précise.

L'intervention elle-même comporte des biais. L'EM donne des conseils et des méthodes de communication afin d'augmenter la motivation interne de l'individu pour un changement de comportement. Mais l'intervention de chaque étude est procurée par des individus différents et donc si la base théorique reste identique la personnalité de l'interventionniste change.

Les patients coronariens sont majoritairement sujets à plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire. Or, l'entretien motivationnel propose une intervention ciblée sur un seul comportement à changer.

9 Conclusions

Cette étude de la littérature recense, à la suite des études analysées, un effet positif et efficace de l'entretien motivationnel chez les patients avec un syndrome coronarien. Cette stratégie en tant que prévention tertiaire serait une intervention capable de modifier certains comportements à risque et, en conséquence, de diminuer le risque de récurrences cardiovasculaires.

L'entretien motivationnel en tant que stratégie de prévention tertiaire relève du rôle propre infirmier, c'est-à-dire qu'il concerne toutes les compétences requises des rôles : d'expert en soins infirmiers (assurant la responsabilité des soins infirmiers préventifs, thérapeutiques et de réadaptation des individus), de communicateur (l'EM est une intervention basée essentiellement sur des techniques de communication), de collaborateur et de manager (pour une défense de soins individualisés et les normes de qualité des soins), de promoteur de la santé (dans le rôle principal d'encourager et de donner des moyens aux patients afin de surmonter la maladie et leur assurer ainsi une meilleure qualité de vie), de formateur (en s'appuyant sur des données scientifiques) et de professionnel (contribuer à la qualité de vie des personnes) .

9.1 Propositions pour la pratique

Cette étude étoffée de la littérature propose essentiellement une continuité dans la prise en charge avec les techniques de l'EM en réhabilitation cardiaque.

À l'Hôpital du Valais, un entretien motivationnel est effectué en service de cardiologie. La suite de la prise en charge du patient lors de sa sortie de l'hôpital s'effectue soit en réhabilitation ambulatoire soit en réhabilitation stationnaire. Ces deux types de réhabilitation cardiaque ne comprennent aucune intervention d'entretien motivationnel. Une problématique se révèle dans le suivi des interventions. Ce manque de continuité de la prise en charge est la possible cause de la réduction de l'efficacité de l'EM comme le démontrent les résultats (Pralong, I. Ramos, F. & Bonnaz, V. (2014). L'athérosclérose, au cœur de la chronicité ! [Présentation Powerpoint]. Sion : Hôpital du Valais). Toutes les études analysées utilisent une structure comprenant plus d'une intervention d'entretien motivationnel. Une continuité dans la prise en charge amènerait à une augmentation du taux d'interventions et donc engendrerait une augmentation possible des chances de changement de comportement à risque pour ces patients.

Une autre proposition pour le milieu soignant est une formation de quelques infirmières motivées à pratiquer l'EM. Une formation de tout le personnel engendre beaucoup de coûts et serait peut-être vue comme un fardeau pour le personnel ne désirant pas pratiquer cette intervention. Un personnel qualifié et motivé pourrait peut-être augmenter l'impact de l'EM chez les patients.

Une dernière proposition pour le terrain serait d'intégrer à l'équipe un horaire spécifique EM hors effectif ou d'intégrer un horaire disposé uniquement à la pratique de l'EM, afin de disposer du temps nécessaire et totalement dédié à cette pratique sans que l'intervenant soit interrompu par d'autres facteurs. Cependant, cette proposition est délicate du point de vue économique. Un tel changement n'est peut-être pas possible au niveau de la gestion des coûts.

9.2 Propositions pour la formation

En Valais, les soins infirmiers sont enseignés dans deux hautes écoles, la HES-SO de Sion et la HES-SO de Viège. La formation reçue à la HES-SO de Sion concernant le thème de l'entretien motivationnel se compose d'une journée de cours lors du dernier semestre, lorsque tous les stages ont été effectués. La formation reçue à la HES-SO de Viège ne possède pas de cours sur le thème précis de l'entretien motivationnel. Toutefois, le concept de motivation est enseigné lors d'un cours sur l'éducation thérapeutique durant le troisième semestre (communication personnelle [entretien], 10 mai 2015).

La première proposition pour la formation en soins infirmiers serait d'inclure des notions de l'EM dans les cours donnés à Viège. Une deuxième serait d'avancer en début de formation le cours donné à l'école de Sion. Des cours comprenant une explication de l'entretien motivationnel et ses buts, ainsi que quelques techniques de communication, seraient un atout pour les étudiants depuis le début de la formation. Une communication basée sur l'empathie, le respect, le non-jugement, les questions ouvertes et la valorisation ne peuvent qu'être bénéfique pour la relation soigné-soignant. De plus, un cours donné en début de formation permettrait aux élèves de s'exercer et de pratiquer les techniques de communication depuis le début des stages.

Les professionnels de la santé travaillant avec des patients confrontés à un changement de comportement peuvent suivre une formation de base à Lausanne moyennant un coût de 600.- francs. Cette formation s'effectue sur quatre demi-journées ou deux jours consécutifs. A la suite de cet enseignement de base, une formation approfondie est possible. Elle s'effectue également durant quatre demi-journées, moyennant un coût de 850.- francs par participant.

La proposition d'amélioration concernant l'enseignement post-formation générale serait peut-être d'augmenter le nombre de cycles de cours afin que tout le personnel soignant motivé à participer y ait accès. Lors de la consultation du site internet du CHUV, le 20 mai 2015, les inscriptions affichent complet pour les trois cycles de l'année 2015. De plus, une limitation de participation peut être engendrée par les coûts élevés de ces enseignements.

9.3 Propositions pour la recherche

Un manque de recherche concernant la population suisse s'est fait ressentir lors de l'exploration des bases de données. Aucune recherche publiée en Suisse n'a été trouvée. Une proposition serait donc d'effectuer une étude randomisée sur le territoire suisse et/ou valaisan.

Suite à l'analyse des études recensées, un questionnement s'est fait ressentir. Une approche scientifique du rôle infirmier, à l'aide d'une pratique basée sur des preuves (evidence based nursing), pourrait aider à la mise en place de protocoles pour l'entretien motivationnel, ou à la mise en place de standards. Chaque étude propose aux patients du groupe d'intervention un nombre d'entretiens motivationnels et des moyens de communication différents. Mais quel est le nombre optimal d'entretiens pour un maximum d'efficacité ? Et quels moyens de communication sont les plus susceptibles d'aider à amener le patient à un changement de comportement ?

10 Références bibliographiques

10.1 Ouvrages

Burlet, B. & Le Neurès, K. (2011). Les essentiels en IFSI : vol.12 : *Soins éducatifs et préventifs*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS.

Danchin, N. (2012). *La maladie coronaire : éviter la crise cardiaque et ses complications*. Paris : Odile Jacob.

Durrer, D. & Schutz, Y. (2014). *Comment changer de comportements : les clés pour une meilleure santé*. Chêne-Bourg : Editions Médecine et Hygiène.

Corcilius, M. (2013). *Je vous parle du cœur*. Aubagnes : Editions Quintessence.

Chamoux, A., Houppe, J.-P., Lliou, M., Locher, F., Pavy, B. & Pierre, B. (2013). *Cœur et travail*. (2^e éd.). Paris : Editions Frison-Roche.

Fondation Suisse de Cardiologie. (2003). *Réadaptation – le premier pas vers le renouveau*. Berne : Fondation Suisse de cardiologie.

Fondation Suisse de Cardiologie. (2011). *Vivre mieux et plus longtemps grâce à une bonne prévention*. Berne : Fondation Suisse de cardiologie.

Formarier, M & Jovic, L. (S.d.). *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). Lyons : éditions MALLET CONSEIL.

Golay, A., Lagger G. & Giordan A. (2010). *Comment motiver le patient à changer ?*. Paris : Maloine.

Marieb, E.N & Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaines*. (4^e éd.). Saint-laurent : ERPI.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEditions-Dunod89.

Miller, R. & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. (2^e éd.). Paris : InterEditions.

Loiselle, C. G., Profetto-Mcgrath, J., Polit, F. D. & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-laurent : ERPI.

Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2011). *Nursing research : generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9^e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche Clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)*. Issy-les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson SAS.

10.2 Articles

Beckie, T. & Beckstead, J. (2010). The Effects of a Cardiac Rehabilitation Program Tailored for Women on Global Quality of Life : A Randomized Clinical Trial. *Journal of women's health*, 19(11). Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018536/>

Bredie, S. J.H. Fouwels, A.J. Wollersheim, H. & Schippers, G.M. (2010). Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients : A randomized trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 174-179. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20621564>

Carballo, D. Auer, R. Carballo, S. Windecker, S. Matter, C. Luscher, T. Vogt, P. Perneger, T. Mach, F. Rodondi, N. & Keller, P.-F. (2010). Un projet multicentrique suisse pour améliorer la prévention et la récurrence après un syndrome coronarien aigu. *Revue Médicale Suisse*, 6, 518-524. Accès : <http://www.revmed.ch/rms/2010/RMS-239/Un-projet-multicentrique-suisse-pour-ameliorer-la-prevention-et-la-recidive-apres-un-syndrome-coronarien-aigu>

Chair, S.Y. Chan, S.W.-C. Thompson, D. R. Leung, K-P. Ka-chiu Ng, S. & Choi, K-C. Long-term effect of motivational interviewing on clinical and psychological outcomes and health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients with poor motivation in Hong Kong: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27 (12), 1107-1117. Accès : <http://cre.sagepub.com/content/27/12/1107>

Chunhua, M. Ying, Z. Wei, Z. & Chunfeng, H. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counseling on hypertension care. *Patient Education and Counseling*, 95, 231-237. Accès : <http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2814%2900046-9/abstract>

Davidson, M.P. (2013). Tailoring and targeting interventions for women with heart disease: the need for gender-based approaches. *Evidence-Based Nursing*, 16 (2) 45-47. Accès : <http://ebn.bmj.com/content/16/2/45>

Everett, B. Davidson, P.M. Sheerin, N. Salamonson, Y. & DiGiacomo, M. (2008). Pragmatic insights into a nurse-delivered motivational interviewing intervention in the outpatient cardiac rehabilitation setting. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28, 61-64. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18277833>

Fortini, C. & Daeppen, J.B. (2012). *L'entretien motivationnel : développements récents*. *Santé mentale*, 164, 37-41.

Hardcastle, S.J. Taylor, A.H. Bailey, M.P. Harlex, R.A. & Hagger, M.S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomized controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Accès : <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/40>

Janssen, V. De Gucht, V. Van Exel, H. & Maes, S. (2013). *Beyond resolutions? A randomized controlled trial of a self-regulation lifestyle programme for post-cardiac rehabilitation patients*. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20, 431-441. Accès : <http://cpr.sagepub.com/content/20/3/431>

Keller, P.F., Barthassat, V., Scherrer-Burri, F., Lagger, G. & Carballo, S. (2008). *Combattre l'infarctus du myocarde et l'athérosclérose : un défi thérapeutique*. *Revue médicale suisse*, 159, 1345-1349.

Languérand, E. (2012). *L'entretien motivationnel : une attitude relationnelle*. *Santé mentale*, 164, 22-29.

Lakerveld, J. Bot, S.D. Chinapaw, M.J. Van Tulder, M.W. Kostense, P.J. Dekker, J.M. & Nijpels, G. (2013). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Accès : <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/47>

Le merdy, T. (2012). *Carl Rogers et l'entretien motivationnel*. *Santé mentale*, 164, 43-45.

Maa, C. Zhou, Y. Zhou, W. & Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Education and Counseling* 95, 231-237. Accès : <http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2814%2900046-9/abstract>

Miller Houston N. (2012). Adherence Behavior in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 32(11), 63-70. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193934>

Murphy B., Worcester M., Higgins R., Elliott P., Le Grandre M., Mitchell F., Navaratnam H., Turner A., Grigg L., Tatoulis J. & Goble A. (2013). Reduction in 2-Year Recurrent Risk Score and Improved Behavioral Outcomes After Participation in the "Beating Heart Problems" Self-management Program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 33(4), 220-228. Accès : <http://scicurve.com/paper/23595004>

O'Brien, F. McKee, G. Mooney, M. O'Donnell, S. & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention : A randomized controlled trial. *Patient Education and Counselling*, 96, 179-187. Accès : <http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991%2806%2900230-8/abstract>

O'Halloran, P. D. Blackstock, F. Shields, N. Holland, A. Iles, R. Kingsley, M. Bernhardt, J. Lannin, N. Morris, M.E. & Taylor, N.F. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 28(12), 1159-1171. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24942478>

Paradis, V. Cossette, S. Frasure, N. Heppell, S. & Guertin, M.C. (2010). The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25, 130-141. Accès : <http://journals.lww.com/jcnjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=03000&article=0008&type=abstract>

Reid, D.R. Morrin, L. AJ Higginson, L. Wielgosz, A. Blanchard, C. Beaton, L.J. Nelson, C. McDonnell, L. Oldridge, N. Wells, G.A. & Pipe, A. (2011). Motivational counselling for physical activity in patients with coronary artery disease not participating in cardiac rehabilitation. *European Journal of Preventive Cardiology*, 19 (2), 161-166. Accès : <http://cpr.sagepub.com/content/19/2/161>

Sage, S. (2013). Cardiac rehabilitation: motivation and commitment. *British Journal of Cardiac Nursing*, 8 (5). Accès : <http://www.markallengroup.com/ma-healthcare/>

Thompson, D.R. Chair, S.Y. Chan, W.S. Astin, F. Davidson, P.M. & Ski, C.F. (2010). Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1236-1244. Accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Zellweger U. & Bopp M. (2012). *Chiffres et données sur les maladies cardio-vasculaires en Suisse*. Fondation Suisse de Cardiologie. Accès : http://www.swissheart.ch/uploads/media/HerzStatistik2012_f.pdf

10.3 Cyberographie

Centre Cardio-Thoracique de Monaco. (2012). *La maladie des artères coronaires*. Accès : www.ccm.mc/pdf/MaladieCoronaireFR.pdt

Confédération Suisse, office fédéral de la statistique OFS. (2014) *Statistiques de la santé 2014*. Accès : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=%205766>

Ellips, Ensemble pour combattre l'athérosclérose et l'infarctus, Hôpitaux Universitaires de Genève. Accès : <http://elips.hug-ge.ch/index.htm>

Fondation Suisse de Cardiologie. (S.d.). *Le diagnostic de la maladie coronarienne*. Accès : www.prevention.ch/diagnosticsmaladiecoronaire.htm

Framingham Heart Study. (2015). *A Project of the National Heart, Lung, and Blood Institute and Boston University*. (Accès : <https://www.framinghamheartstudy.org/>)

Lambert, D. (2012). *Les modules comportementaux biologiques mis en lumière par l'Ethologie 4/4*. (Accès : <http://www.partages-et-questionnements.fr/article-les-modules-comportementaux-biologiques-mis-en-lumiere-par-l-ethologie-4-4-112577171.html>)

L'approche Centrée sur la Personne (ACP). (2007). Accès : <http://acp.epanouissement.net/page2/page2.html>

Nursing theory. (2013). *Health promotion model by Nola Pender*. Accès : <http://nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php>

Nursing Theories. (S.d.) *A companion to nursing theories and models*. Accès : http://currentnursing.com/nursing_theory/trans-theoretical_model.html

Organisation mondiale de la santé. (2013). *Maladie cardio-vasculaires, aide-mémoire*. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/#>

Soins infirmiers, prévention de la santé selon l'OMS. (2008). Accès : http://soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php

Tabac-info-service. (S.d.) *Evaluation de la dépendance chimique à la nicotine : questionnaire de Fagerström*. Accès : http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf

11 Annexes

11.1 Tableau de recension

1. Murphy B., Worcester M., Higgins R., Elliott P., Le Grandre M., Mitchell F., Navaratnam H., Turner A., Grigg L., Tatoulis J. & Goble A. (2013). Reduction in 2-Year Recurrent Risk Score and Improved Behavioral Outcomes After Participation in the “Beating Heart Problems” Self-management Program. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 33(4),220-228.						
Design : Étude quantitative. Essai clinique contrôlé randomisé en simple aveugle. Étude expérimentale. Devis longitudinal.	Echantillon : n=275 patients divisés en 2 groupes. Groupe contrôle (n=136), groupe de traitement (n=139). Echantillonnage : recrutement de mars 2007 à novembre 2008 dans deux hôpitaux privés (the Royal Melbourne Hospital et le Melbourne Private Hospital). Echantillonnage non probabiliste par quotas : estimation d'un besoin de 137 patients par groupe. Echantillonnage aléatoire simple.	But : enquêter sur l'impact du programme chez les patients ayant eu un événement cardiaque aigu. Hypothèse : patients recevant le programme montreront une réduction des risques sur 2 ans de manière significative en comparaison de ceux du groupe témoin.	Cadre théorique et cadre de référence : Thérapie cognitivo-comportementale, entretien motivationnel, maladie coronarienne, prévention secondaire. Concepts : Changement de comportements, auto-soins, environnement psychosocial, maladie chronique, éducation thérapeutique. Financement de l'étude : Le financement provient de « the Australian Rotary Health and the Norman H. Johns Trust ».	Méthode de collecte des données : Questionnaires auto-administrés concernant l'activité physique et les graisses alimentaires. Algorithme de Framingham pour femmes et pour hommes afin de calculer le risque de récurrence coronarienne (mesure l'âge, le taux de cholestérol total, diabète, et pour les femmes : la notion tabagique et la tension artérielle). Mesure du tour de taille par une infirmière. Récolte de données démographiques et de l'histoire médicale. Entretien face à face. Contacts téléphoniques. Le groupe de traitement a reçu un programme de 8 semaines et le groupe de contrôle a reçu les soins médicaux habituels. Le groupe de contrôle et le groupe traitement sont retournés à la clinique après 4 mois et 12 mois pour des évaluations.	Méthode d'analyse : Test-t et χ^2 pour voir la différence entre les groupes et pour les échantillons indépendants. Les différences de changement par rapport au temps ont été mesurées par la variance. Mesure effectuée par le logiciel SPSS pour Windows, 17.0 (SPSS Inc, 2008).	Résultats : Les résultats ont été calculés en fonction de l'intention de traiter et aussi deuxièmement seuls les patients restant jusqu'à la fin de l'enquête. Les résultats significatifs dans la réduction du risque après 4 mois, sur la baisse de la consommation de graisse alimentaire (P=0.019) sur 12 mois (P=0.025) et concernant la capacité fonctionnelle à 4 mois P=0.019). Conclusion : Les bénéfices sont modestes mais importants. Modifier le programme en rajoutant des séances de rappel et la traduction de la livraison en ligne peuvent améliorer les résultats. Limites de l'étude : Plusieurs patients en couple : le soutien du partenaire peut biaiser les résultats. Exclusion des patients n'habitant pas dans la métropole : en milieu rural et régional les résultats peuvent être différents. Pas de moniteur de traitement fidèle : 2 psychologues 86% de la population des hommes : peu généralisable.
Paradigme: Positiviste	Critères d'inclusion : hospitalisation suite à un pontage coronaire, infarctus du myocarde ou une intervention coronarienne percutanée, large éventail socio-économique, <75ans, maîtrise suffisante de l'anglais, résider dans une région métropolitaine pour permettre l'accès au programme. Et d'exclusion : les critères ne correspondant pas aux critères d'inclusion, les refus de participants, les patients avec des comorbidités trop importantes, les personnes incapables de participer à l'étude.	Considérations éthiques : Approuvé par le comité d'éthique. Consentement éclairé signé par les patients. Les participants ont reçu des informations écrites sur l'étude Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt.				
Niveau de preuve : Niveau II a)						

2. Reid, D.R. Morrin, L. AJ Higginson, L. Wielgosz, A. Blanchard, C. Beaton, L.J. Nelson, C. McDonnell, L. Oldridge, N. Wells, G.A. & Pipe, A. (2011). Motivational counselling for physical activity in patients with coronary artery disease not participating in cardiac rehabilitation. European Journal of Preventive Cardiology, 19 (2), 161-166.						
Design : Étude quantitative. Essai clinique contrôlé randomisé en simple aveugle. Étude expérimentale Devis longitudinal.	Echantillon : (n=141) personnes. Dans le groupe d'intervention il y a (n=69) patients et dans le groupe de contrôle il y a (n=72) patients. Echantillonnage : recrutement dans un centre cardiaque à Ottawa, Canada, de septembre 2005 à novembre 2008. Échantillonnage aléatoire simple. Critères d'inclusion : patient avec un syndrome coronaire aigu ayant subi une angioplastie coronaire sans plan de réhabilitation cardiaque.	But : reporter les résultats de la comparaison à long terme du niveau physique entre le groupe ayant reçu l'entretien motivationnel et celui sans. Hypothèse : le groupe ayant reçu l'entretien motivationnel va plus augmenter son activité physique après un an en comparaison avec le groupe témoin. Considérations éthiques : Approuvé par le comité d'éthique et tous les participants ont signé un consentement éclairé.	Cadre théorique et de référence : entretien motivationnel, coronaropathie, réhabilitation cardiaque, activité physique. Concepts : Motivation, auto-efficacité, éducation thérapeutique. Conflit d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt. Financement de l'étude : la recherche a été soutenue par la fondation « Heart and Stroke » d'Ontario.	Méthode de collecte des données : Avant randomisation : patients regroupés par strates basées sur l'activité physique en fonction du Godin Leisure Score Index (<20 ou >20). Les assistants de recherche sont en aveugle au traitement. Données initiales par un coordinateur : anamnèse cardiaque, médicaments, statut tabagique, IMC, comorbidité, niveaux d'activité physique avant l'hospitalisation. Groupe de contrôle : documentation sur un programme de marche, entretien avec un cardiologue concernant la pathologie cardiaque et les traitements associés et sur l'importance de l'activité physique. Groupe de traitements ont eu des interventions en plus : 9 entretiens individuels un physiothérapeute en 52 semaines. Le 1 ^{er} contact fut face à face et aux semaines 2-4-8-14-20-24-40-52 l'entretien fut par téléphone. Données secondaires à la semaine 26 et 52 : entretien sur l'activité physique effectuée durant la semaine écoulée, questionnaires auto-administrés sur l'activité physique des 6 derniers mois. Un podomètre a calculé les distances effectuées sur des périodes de 9 jours.	Méthode d'analyse : Statistiques descriptives. Comparaison entre les groupes avec l'ANOVA et χ^2 analysés. La courbe de croissance a été analysée par LISREL 8.8. Des groupes d'analyse ont vérifié l'égalité entre les groupes avec la variance et la covariance fixée à 0.	Résultats : L'activité physique a augmenté au fil du temps dans le groupe cible. ($p < 0.05$). Conclusion : Les patients du groupe ayant reçu l'entretien motivationnel sont à la fin plus actifs que ceux qui ont reçu les soins habituels. Limites de l'étude : Complexité de mesure de l'activité physique, limitation due au questionnaire auto-administré allant avec le biais de la désirabilité sociale, difficulté de prendre en compte toutes les formes d'activités, les changements d'humeurs possibles pendant les périodes d'observation.
Paradigme: Positiviste	Et d'exclusion : patient ayant subi un bypass, classe 3-4 d'insuffisance cardiaque, activité physique non recommandée, ne parlant et n'écrivant pas anglais, incapable de discernement.					
Niveau de preuve : Niveau II a)						

3. O'Brien, F. McKee, G. Mooney, M. O'Donnell, S. & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. <i>Patient Education and Counselling</i> , 96, 179-187.						
<p>Design : Étude quantitative. Essai clinique contrôlé randomisé. Étude expérimentale. Devis longitudinal.</p> <p>Paradigme: Positivisme^o</p> <p>Niveau de preuve : Niveau II a)</p>	<p>Echantillon : n=2041 total des patients. Groupe contrôle n=1022. Groupe d'intervention n=1019. Par la suite 94 personnes ne se sont pas révélées être des cas réels de SCA. Donc au final groupe contrôle n=973 et le groupe d'intervention n=974).</p> <p>Echantillonnage : recrutement dans cinq centres hospitaliers à Dublin, dans des unités de soins coronaires et des unités de cardiologie entre octobre 2007 et octobre 2009. Échantillonnage aléatoire simple après avoir fait un échantillonnage par quotas. (n=174 pour les connaissances, n=364 pour l'attitude, n= 368 pour les croyances, divisions en 2 groupes avec 3 répétitions au départ/3/12mois)</p> <p>Critères d'inclusion : pronostic de SCA, cliniquement stable, accès au téléphone, capacité d'expression, compréhension et communication en anglais.</p> <p>Et d'exclusion : Personne résidante d'une institution, pathologie avec des complications sérieuses ou morbides, déficit d'apprentissage, malentendant sans possibilité de correction, problème neurologique.</p>	<p>But : tester l'efficacité de l'éducation thérapeutique individualisée sur les connaissances, les attitudes et les croyances du syndrome coronarien aigu.</p> <p>Hypothèse : après l'intervention d'éducation thérapeutique, les patients du groupe d'intervention démontreront de meilleures connaissances, attitudes et croyances que sur le SCA que l'autre groupe.</p> <p>Financement de l'étude : Health Research Board de Dublin en Irlande.</p>	<p>Cadre théorique et de référence : Entretien motivationnel. Modèle de Leventhal's sur l'autorégulation du comportement face à la maladie. Prise en charge centrée sur le patient. Syndrome coronarien aigu.</p> <p>Concepts : Auto-efficacité, éducation thérapeutique, changement de comportement.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Tout d'abord les patients ont rempli un questionnaire sur la démographie et leur histoire clinique. Ensuite les deux groupes ont reçu une prise en charge hospitalière habituelle. Les patients du groupe d'intervention ont reçu une première fois 40 minutes d'entretien individuel avec les techniques de l'EM, répété ensuite à 1 mois et 6 mois par téléphone. À chaque fois les données ont été mesurées par le même index : Utilisation d'un questionnaire pour mesurer les connaissances (vrai/faux ou oui/non), attitudes et croyances (4 points avec l'échelle de Likert) sur le SCA. Données collectées en entretien face à face avant l'intervention et ensuite par courrier à 3 et 12 mois post-intervention.</p> <p>Considérations éthiques : Approuvé par le comité d'éthique de chaque institution. Les auteurs ne précisent pas si un consentement éclairé a été signé par les participants.</p>	<p>Méthode d'analyse : Donnée analysée par PASW 18. Statistique descriptive pour présenter les caractéristiques des participants. <i>Chi-carré</i> pour la différence entre les groupes. <i>t-tests</i> pour la comparaison continue. P-p plots et à l'aide d'un histogramme pour tester l'hypothèse de la normalité de la distribution. Pour les données distribuées non normalement <i>Mann-Whitney U tests</i> à comparer les médianes. Trois mesures répétées de la variance (ANOVA) ont examiné l'effet de l'intervention sur les connaissances, les attitudes et les croyances des participants. Mauchly's test of sphericity pour tester l'homogénéité. Pillai's trace test pour tester la signification si le prérequis ne jouait pas.</p>	<p>Résultats : Il y a eu un effet significatif sur l'intervention pour les connaissances (p<0.001), pour l'attitude (p=0.003), et les croyances (p<0.001) des scores à 3 et 12 mois.</p> <p>Conclusion : Le groupe d'intervention a augmenté ses connaissances et le groupe de contrôle les a diminuées. Il y a eu une augmentation des attitudes et des croyances dans les 2 groupes. L'intervention est praticable, adaptable et applicable à la clinique.</p> <p>Limites de l'étude : La majorité des patients étaient irlandais et caucasiens donc pas de possibilité de généraliser aux autres nations, particulièrement les interventions basées sur l'aspect culturel. Le critère d'exclusion des patients instables : pas de notion pour ces patients-là.</p>

4. Maa, C. Zhou ,Y. Zhou, W. & Huang, C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. <i>Patient Education and Counseling</i> 95, 231–237.						
<p>Design : Étude quantitative. Essai clinique contrôlé randomisé. Étude expérimentale. Devis longitudinal.</p> <p>Paradigme: Positiviste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau II a)</p>	<p>Echantillon : n=120 patients. n= 60 dans groupe de contrôle et n =60 dans groupe de traitement.</p> <p>Echantillonnage : recrutement de novembre 2011 à octobre 2012 dans deux centres de santé communautaire à Guangzhou City, Chine.</p> <p>Échantillonnage par quotas : 120 patients nécessaires et ensuite échantillonnage aléatoire simple.</p> <p>Critères d'inclusion : âge >18 ans, accepter de participer à l'étude, diagnostic d'HTA par un cardiologue, prise de médicament(s) antihypertenseur(s).</p> <p>Et d'exclusion : patients avec une hypertension secondaire, femmes enceintes.</p>	<p>But : tester l'efficacité de l'entretien motivationnel dans le traitement de l'hypertension en comparaison avec les soins habituels.</p> <p>Considérations éthiques : Approuvé par le comité d'éthique de l'université médicale de Guangzhou City, Chine. Consentement éclairé signé par les patients.</p> <p>Financement de l'étude : Fondation de sciences naturelle de Guangdong, Chine.</p>	<p>Cadre théorique et de référence : entretien motivationnel, hypertension, qualité de vie.</p> <p>Concepts : Prévention secondaire, compliance, soins infirmiers.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Collecte de données à la base et à 24 mois. Prise de valeurs biologiques. TA prise par un moniteur calibré. Questionnaires auto-administrés.</p> <p>Groupe d'intervention : EM reçu par des infirmières entraînées à l'entretien motivationnel. EM basé sur le changement de comportement concernant la prise médicamenteuse, les habitudes alimentaires, l'activité physique, l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac et la réduction du stress. Les patients ont rempli un journal quotidien avec des informations sur : la compliance médicamenteuse, l'alimentation, l'activité physique, l'alcool, la cigarette, la perception de la maladie, la santé physique et la santé mentale. Les EM ont duré 30-40 minutes par session, 8 fois en 6 mois.</p> <p>Les patients du groupe de contrôle ont reçu les soins de base : informations sur l'HTA, recommandation sur le traitement et le changement des habitudes de vie non saines. Le cardiologue et des infirmières spécialisées ont fait de la prévention sur l'HTA toutes les six semaines. Don d'un carnet avec des informations sur l'HTA.</p>	<p>Méthode d'analyse : SPSS version 16.0 Analyse de la distribution des variables par les tests « skewness » et « kurtosis ». Une statistique descriptive pour les caractéristiques de base. t-test pour la différence entre les groupes.</p>	<p>Résultats : Au niveau de l'adhérence au traitement le résultat des deux groupes a augmenté mais davantage pour le groupe intervention que pour le groupe contrôle, dans la médication (p<0.039), l'alimentation (p<0.044), l'alcool et le tabac (p<0.041), l'activité physique (p<0.028). Au niveau des tests objectifs : la tension systolique (p<0.011) et la tension diastolique (p<0.027) sont descendues dans les deux groupes, davantage dans le groupe d'intervention. Au niveau de la qualité de vie : les scores du fonctionnement physique, la santé générale, la vitalité et la santé mentale augmentent dans le groupe d'intervention (p<0.05).</p> <p>Conclusion : L'application de l'EM pour les patients hypertendus est une approche prometteuse concernant les bénéfices cliniques et la compliance.</p> <p>Limites de l'étude : EM pendant six mois : pas assez de temps pour mettre en œuvre la stratégie EM. Taille de l'échantillon faible, 14 patients ont abandonné l'étude : cas manquants ont probablement un effet sur l'évaluation des EM. Les infirmières qui ont livré les conseils EM et les soins habituels n'étaient pas en aveugle à la répartition de l'échantillon. Questionnaires auto-administrés : possible biais par les patients inexacts ou par l'influence de la désirabilité sociale.</p>

5. Chair, S.Y. Chan, S.W-C. Thompson, D.R. Leung, K-P. Ka-chiu Ng, S. & Choi, K-C. (2013) Long-term effect of motivational interviewing on clinical and psychological outcomes and health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients with poor motivation in Hong Kong: a randomized controlled trial. <i>Clinical Rehabilitation</i>, 27 (12), 1107-1117.						
<p>Design : Étude quantitative. Essai contrôlé randomisé en simple aveugle. Étude expérimentale. Devis longitudinal. Simple aveugle.</p> <p>Paradigme: Positivist</p> <p>Niveau de preuve : Niveau II a)</p>	<p>Echantillon : n=146 patients. n= 73 dans groupe de contrôle et n =73 dans groupe de traitement.</p> <p>Echantillonnage : recrutement dans un centre de réadaptation cardiaque de Hong Kong. Échantillonnage par quotas : 146 patients nécessaires et ensuite échantillonnage aléatoire simple.</p> <p>Critères d'inclusion : patient avec diagnostic de maladie coronarienne, 18 ans ou plus, manque de motivation pour un mode de vie sain, indépendant dans les activités quotidiennes.</p> <p>Et d'exclusion : diagnostic de maladie mentale, abus de substance, problème majeur d'ouïe.</p>	<p>But : étudier les effets à long terme de l'entrevue motivationnelle sur les résultats cliniques, conséquences psychologiques, la qualité de vie liée à la santé chez les patients sans motivation, en réadaptation cardiaque.</p> <p>Question de recherche : avec une intervention prolongée les résultats auraient-ils plus d'effet à long terme ?</p> <p>Conflit d'intérêt, financement de l'étude : Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt. Le financement provient des services de santé et les fonds de recherche pour la santé de Hong Kong.</p>	<p>Cadre théorique et de référence : entretien motivationnel, pathologie cardiaque, prévention secondaire, qualité de vie.</p> <p>Concepts : Ambivalence, résistance, motivation, changement.</p> <p>Considérations éthiques : Approuvé par l'hôpital et par le comité d'éthique. Consentement éclairé signé par les patients.</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les deux groupes ont reçu six mois d'un programme de réhabilitation cardiaque qui comprenait seize exercices supervisés (deux heures, deux fois par semaines de la semaine 1 à 8), ensuite une série de six heures (une heure par semaine) sur la nutrition, l'alimentation, l'arrêt du tabac, la gestion du stress et la compliance médicamenteuse. Tous les participants ont également eu un entretien d'une heure avec une diététicienne. Les patients du groupe d'intervention ont reçu, en plus des interventions décrites ci-dessus, des entretiens motivationnels durant les semaines une, trois, cinq et sept ensuite une fois par mois pendant 6 mois et un entretien au 9 et 12^{ème} mois (30-40 minutes). Les données sur la tension artérielle, l'IMC, l'usage du tabac, le cholestérol total, le LDL, le HDL, les triglycérides, la compliance médicamenteuse, l'anxiété, la dépression et auto-efficacité ont été pris au départ et à six, neuf et douze mois.</p>	<p>Méthode d'analyse : T-tests et person's chi-carré ont été utilisés pour comparer les données démographiques et cliniques entre les groupes.</p> <p>Données analysées par le logiciel SPSS version 18. L'assistant de recherche menant la collecte des données était en aveugle.</p>	<p>Résultats : Les résultats n'ont démontré globalement aucune différence significative dans les résultats sur les deux groupes. Cependant le groupe d'expérimentation voit une amélioration dans la composante émotionnelle à six mois (p = 0,019) et à douze mois (p=0,022) ainsi que dans la composante de la douleur corporelle (p=0,044).</p> <p>Conclusion : L'effet à long terme de l'entrevue motivationnelle au niveau clinique et psychologique et la qualité de vie sont limités.</p> <p>Limites de l'étude : Utilisation de l'auto-évaluation : biais possible de la désirabilité sociale. Plus de femmes dans le groupe expérimental (35,6%) que dans le groupe témoin (27,4%) : possible biais à cause de la culture chinoise : femmes responsables de la gestion de la maison et enfants : donc même si motivées à changer leurs comportements de santé, peut-être pas fait parce que la priorité va vers les besoins du mari et des enfants.</p>

6. Bredie, S. J.H. Fouwels, A.J. Wollersheim, H. & Schippers, G.M. (2010). Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: A randomized trial. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 10, 174-179.						
<p>Design : Étude quantitative Essai contrôlé randomisé Étude expérimentale. Devis longitudinal.</p> <p>Paradigme: positiviste</p> <p>Niveau de preuve : Niveau II a)</p>	<p>Echantillon : (n=112) total des patients fumeurs. (n=24) n'ont pas souhaité participer, (n=42) patients appartenant au groupe contrôle, (n=46) patients appartenant au groupe d'intervention.</p> <p>Echantillonnage : depuis octobre 2004 jusqu'à janvier 2006 chez des patients assistant à la consultation ambulatoire de l'unité de médecine du centre médical universitaire de Radboud à Nijmegen, aux Pays-Bas. Échantillonnage aléatoire simple et échantillonnage par quotas : estimation à 120 patients au total.</p> <p>Critères d'inclusion : patients avec des manifestations de maladie cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC, maladie périphérique vasculaire) ou patients avec un taux élevé de facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension, hyperlipidémie, diabète).</p> <p>Et d'exclusion : Patients ne voulant pas y participer</p>	<p>But : évaluer l'efficacité d'un entretien motivationnel donné par une infirmière en comparaison à une prise en charge de routine avec un feedback pour l'arrêt du tabac chez les patients en ambulatoire avec un haut risque cardiovasculaire.</p> <p>Financement de l'étude : Cette étude a été financée par le « Dutch prevention program ZonMw and an educational grant of the Radboud University ».</p> <p>Considérations éthiques : Approuvé par le comité d'éthique local. Pas de consentement éclairé signé par les patients.</p>	<p>Cadre théorique et de référence : Entretien motivationnel, facteurs de risque cardiovasculaire, activité physique, comportement à risque, coronaropathie, tabac, rôle infirmier, mode de vie, théorie du changement de Prochaska et DiClemente,</p> <p>Concepts : Motivation, prévention secondaire, éducation thérapeutique</p>	<p>Méthode de collecte des données : Questionnaire informatisé d'auto-évaluation sur le mode de vie concernant le comportement tabagique, la consommation d'alcool, l'activité physique, les habitudes alimentaires. Le questionnaire est formé de compilations de questionnaires validés tel que le « Fagerström Test » pour la dépendance à la nicotine, la version courte du questionnaire international sur l'activité physique (IPAQ), le « Dutch Food Habit » concernant les fibres, les légumes, les fruits, le total des gras saturés et insaturés et pour finir un questionnaire sur la consommation d'alcool (AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test). Cinq questions selon les habitudes de vie déterminent la motivation au changement selon les stades de Prochaska. Les patients du groupe d'intervention ont reçu en plus des conseils sur les dommages que le tabac entraîne sur la santé, deux consultations de 30 minutes avec une infirmière et pour finir 2 à 4 appels téléphoniques de 10 minutes durant une période de 3 mois. Les 3 infirmières participant aux entretiens ont été formées par un psychologue qualifié dans l'entretien motivationnel.</p>	<p>Méthode d'analyse : Test du chi au carré pour l'évaluation de l'effet de l'intervention. Tous les tests ont été faits par le logiciel SPSS 12.0.</p> <p>Conclusion : Cette étude démontre un bénéfice potentiel d'un programme standardisé multi composant pour arrêter de fumer chez les patients avec un risque cardiovasculaire.</p> <p>Limite de l'étude : Nombre limité de patients inclus.</p>	<p>Résultats : Après 3 mois, dans le groupe de contrôle 7% des patients ont arrêté de fumer et 15% ont diminué leur consommation. Dans le groupe d'intervention 26% ont arrêté de fumer et 31% ont diminué leur consommation (P=0.017).</p>

11.2 Niveau de preuve des études quantitatives

Level I	a) Systematic review of RTCs b) Systematic review of nonrandomized trials
Level II	a) Single RCT b) Single nonrandomized trial
Level III	Systematic review of correlational/observational studies
Level IV	Single correlational/observational study
Level V	Systematic review of descriptive/qualitative/physiologic studies
Level VI	Single descriptive/qualitative/physiologic study
Level VII	Opinions of authorities, expert committees

Reproduit de l'ouvrage :
Polit, D. F. & Tatano
Beck, C. (2011). Nursing
research : *generating
and Assessing Evidence
for Nursing Practice*. (9^e
éd.). Philadelphia :
Lippincott Williams &
Wilkins

11.3 Glossaire général

<p>Active Australia Survey</p>	<p>(http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442467449)</p> <p>Ce questionnaire comprend huit questions concernant la participation à différents types d'activités et cinq questions pour évaluer la sensibilisation des messages de santé publique sur l'activité physique. Des données démographiques et caractéristiques sont aussi recueillies. Les questions sont ouvertes et dédiées aux personnes entre 18 et 75 ans.</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>Algorithme de Framingham</p>	<p>Men: 2-year risk of recurring CHD</p> <table border="1" data-bbox="465 384 600 608"> <thead> <tr> <th>Age</th> <th>Points</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>35 - 39</td><td>0</td></tr> <tr><td>40 - 44</td><td>1</td></tr> <tr><td>45 - 49</td><td>3</td></tr> <tr><td>50 - 54</td><td>4</td></tr> <tr><td>55 - 59</td><td>6</td></tr> <tr><td>60 - 64</td><td>7</td></tr> <tr><td>65 - 69</td><td>9</td></tr> <tr><td>70 - 74</td><td>10</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="651 384 1003 767"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Total-C</th> <th colspan="8">HDL-C</th> </tr> <tr> <th>25</th> <th>30</th> <th>35</th> <th>40</th> <th>45</th> <th>50</th> <th>60</th> <th>70</th> <th>80</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>160</td><td>10</td><td>9</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>170</td><td>11</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>180</td><td>11</td><td>10</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>190</td><td>12</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>200</td><td>12</td><td>11</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>210</td><td>13</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>7</td><td>7</td><td>5</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>220</td><td>13</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>230</td><td>13</td><td>12</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>240</td><td>14</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>250</td><td>14</td><td>13</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>260</td><td>15</td><td>13</td><td>12</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>270</td><td>15</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td></tr> <tr><td>280</td><td>15</td><td>14</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td></tr> <tr><td>290</td><td>16</td><td>14</td><td>13</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>6</td><td>5</td></tr> <tr><td>300</td><td>16</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="465 794 600 890"> <thead> <tr> <th>Diabetes</th> <th>Points</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>No</td><td>0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="651 810 1003 1002"> <thead> <tr> <th>Pts</th> <th>2-yr Probabilities</th> <th>Pts</th> <th>2-yr Probabilities</th> <th>Pts</th> <th>2-yr Probabilities</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>3%</td><td>14</td><td>9%</td><td>28</td><td>25%</td></tr> <tr><td>2</td><td>4%</td><td>16</td><td>11%</td><td>30</td><td>29%</td></tr> <tr><td>4</td><td>4%</td><td>18</td><td>13%</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>5%</td><td>20</td><td>14%</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>6%</td><td>22</td><td>17%</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>7%</td><td>24</td><td>19%</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>8%</td><td>26</td><td>22%</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Women: 2-year risk of recurring CHD</p> <table border="1" data-bbox="1016 384 1151 608"> <thead> <tr> <th>Age</th> <th>Points</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>35 - 39</td><td>0</td></tr> <tr><td>40 - 44</td><td>1</td></tr> <tr><td>45 - 49</td><td>2</td></tr> <tr><td>50 - 54</td><td>3</td></tr> <tr><td>55 - 59</td><td>4</td></tr> <tr><td>60 - 64</td><td>5</td></tr> <tr><td>65 - 69</td><td>6</td></tr> <tr><td>70 - 74</td><td>7</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1202 384 1554 767"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Total-C</th> <th colspan="8">HDL-C</th> </tr> <tr> <th>25</th> <th>30</th> <th>35</th> <th>40</th> <th>45</th> <th>50</th> <th>60</th> <th>70</th> <th>80</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>160</td><td>10</td><td>9</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>1</td><td>0</td></tr> <tr><td>170</td><td>11</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>180</td><td>11</td><td>10</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>190</td><td>12</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>200</td><td>12</td><td>11</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>210</td><td>13</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>5</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>220</td><td>13</td><td>12</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>230</td><td>14</td><td>12</td><td>11</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>4</td><td>3</td></tr> <tr><td>240</td><td>14</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>250</td><td>14</td><td>13</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr><td>260</td><td>15</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>9</td><td>9</td><td>7</td><td>6</td><td>4</td></tr> <tr><td>270</td><td>15</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td></tr> <tr><td>280</td><td>15</td><td>14</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>6</td><td>5</td></tr> <tr><td>290</td><td>16</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>10</td><td>10</td><td>8</td><td>7</td><td>5</td></tr> <tr><td>300</td><td>16</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1016 624 1151 687"> <thead> <tr> <th>Diabetes</th> <th>Cigs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>No</td><td>No</td><td>0</td></tr> <tr><td>Yes</td><td>Yes</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1016 715 1151 1002"> <thead> <tr> <th>SBP</th> <th>Points</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><110</td><td>0</td></tr> <tr><td>110-114</td><td>1</td></tr> <tr><td>115-124</td><td>3</td></tr> <tr><td>125-134</td><td>4</td></tr> <tr><td>135-144</td><td>5</td></tr> <tr><td>145-154</td><td>6</td></tr> <tr><td>155-164</td><td>7</td></tr> <tr><td>165-184</td><td>8</td></tr> <tr><td>185-194</td><td>9</td></tr> <tr><td>195-214</td><td>10</td></tr> <tr><td>215-224</td><td>11</td></tr> <tr><td>225-244</td><td>12</td></tr> <tr><td>245+</td><td>13</td></tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1202 778 1554 970"> <thead> <tr> <th>Pts</th> <th>2-yr Probabilities</th> <th>Pts</th> <th>2-yr Probabilities</th> <th>Pts</th> <th>2-yr Probabilities</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>1%</td><td>14</td><td>3%</td><td>28</td><td>9%</td></tr> <tr><td>2</td><td>1%</td><td>16</td><td>3%</td><td>30</td><td>11%</td></tr> <tr><td>4</td><td>1%</td><td>18</td><td>4%</td><td>32</td><td>13%</td></tr> <tr><td>6</td><td>1%</td><td>20</td><td>5%</td><td>34</td><td>16%</td></tr> <tr><td>8</td><td>2%</td><td>22</td><td>5%</td><td>36</td><td>19%</td></tr> <tr><td>10</td><td>2%</td><td>24</td><td>7%</td><td>38</td><td>22%</td></tr> <tr><td>12</td><td>2%</td><td>26</td><td>8%</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Cet algorithme est utilisé pour prédire le risque possible de récurrence coronarienne sur 2 ans. Il comprend des prédicteurs tels que l'âge, la tension systolique, le statut tabagique, le cholestérol Total et le HDL, le statut diabétique.</p> <p>Tire de Framingham Heart Study. (2015). [Illustration]. Accès : https://www.framinghamheartstudy.org/</p>	Age	Points	35 - 39	0	40 - 44	1	45 - 49	3	50 - 54	4	55 - 59	6	60 - 64	7	65 - 69	9	70 - 74	10	Total-C	HDL-C								25	30	35	40	45	50	60	70	80	160	10	9	7	6	5	4	3	1	0	170	11	9	8	7	6	5	3	2	1	180	11	10	8	7	6	5	4	2	1	190	12	10	9	8	7	6	4	3	2	200	12	11	9	8	7	6	5	3	2	210	13	11	10	9	7	7	5	4	2	220	13	11	10	9	8	7	5	4	3	230	13	12	10	9	8	7	6	4	3	240	14	12	11	10	9	8	6	5	4	250	14	13	11	10	9	8	6	5	4	260	15	13	12	10	9	8	7	5	4	270	15	13	12	11	10	9	7	6	5	280	15	14	12	11	10	9	7	6	5	290	16	14	13	11	10	9	8	6	5	300	16	14	13	12	11	10	8	7	6	Diabetes	Points	No	0	Yes	4	Pts	2-yr Probabilities	Pts	2-yr Probabilities	Pts	2-yr Probabilities	0	3%	14	9%	28	25%	2	4%	16	11%	30	29%	4	4%	18	13%			6	5%	20	14%			8	6%	22	17%			10	7%	24	19%			12	8%	26	22%			Age	Points	35 - 39	0	40 - 44	1	45 - 49	2	50 - 54	3	55 - 59	4	60 - 64	5	65 - 69	6	70 - 74	7	Total-C	HDL-C								25	30	35	40	45	50	60	70	80	160	10	9	7	6	5	4	3	1	0	170	11	9	8	7	6	5	3	2	1	180	11	10	8	7	6	5	4	2	1	190	12	10	9	8	7	6	4	3	2	200	12	11	9	8	7	6	5	3	2	210	13	11	10	9	8	7	5	4	2	220	13	12	10	9	8	7	5	4	3	230	14	12	11	9	8	7	6	4	3	240	14	12	11	10	9	8	6	5	4	250	14	13	11	10	9	8	7	5	4	260	15	13	12	11	9	9	7	6	4	270	15	13	12	11	10	9	7	6	5	280	15	14	12	11	10	9	8	6	5	290	16	14	13	12	10	10	8	7	5	300	16	14	13	12	11	10	8	7	6	Diabetes	Cigs	No	No	0	Yes	Yes	4	SBP	Points	<110	0	110-114	1	115-124	3	125-134	4	135-144	5	145-154	6	155-164	7	165-184	8	185-194	9	195-214	10	215-224	11	225-244	12	245+	13	Pts	2-yr Probabilities	Pts	2-yr Probabilities	Pts	2-yr Probabilities	0	1%	14	3%	28	9%	2	1%	16	3%	30	11%	4	1%	18	4%	32	13%	6	1%	20	5%	34	16%	8	2%	22	5%	36	19%	10	2%	24	7%	38	22%	12	2%	26	8%		
Age	Points																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
35 - 39	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
40 - 44	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
45 - 49	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
50 - 54	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
55 - 59	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
60 - 64	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
65 - 69	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
70 - 74	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Total-C	HDL-C																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	25	30	35	40	45	50	60	70	80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
160	10	9	7	6	5	4	3	1	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
170	11	9	8	7	6	5	3	2	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
180	11	10	8	7	6	5	4	2	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
190	12	10	9	8	7	6	4	3	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
200	12	11	9	8	7	6	5	3	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
210	13	11	10	9	7	7	5	4	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
220	13	11	10	9	8	7	5	4	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
230	13	12	10	9	8	7	6	4	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
240	14	12	11	10	9	8	6	5	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
250	14	13	11	10	9	8	6	5	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
260	15	13	12	10	9	8	7	5	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
270	15	13	12	11	10	9	7	6	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
280	15	14	12	11	10	9	7	6	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
290	16	14	13	11	10	9	8	6	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
300	16	14	13	12	11	10	8	7	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Diabetes	Points																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
No	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Yes	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Pts	2-yr Probabilities	Pts	2-yr Probabilities	Pts	2-yr Probabilities																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
0	3%	14	9%	28	25%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
2	4%	16	11%	30	29%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
4	4%	18	13%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
6	5%	20	14%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
8	6%	22	17%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
10	7%	24	19%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
12	8%	26	22%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Age	Points																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
35 - 39	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
40 - 44	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
45 - 49	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
50 - 54	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
55 - 59	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
60 - 64	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
65 - 69	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
70 - 74	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Total-C	HDL-C																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	25	30	35	40	45	50	60	70	80																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
160	10	9	7	6	5	4	3	1	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
170	11	9	8	7	6	5	3	2	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
180	11	10	8	7	6	5	4	2	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
190	12	10	9	8	7	6	4	3	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
200	12	11	9	8	7	6	5	3	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
210	13	11	10	9	8	7	5	4	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
220	13	12	10	9	8	7	5	4	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
230	14	12	11	9	8	7	6	4	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
240	14	12	11	10	9	8	6	5	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
250	14	13	11	10	9	8	7	5	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
260	15	13	12	11	9	9	7	6	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
270	15	13	12	11	10	9	7	6	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
280	15	14	12	11	10	9	8	6	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
290	16	14	13	12	10	10	8	7	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
300	16	14	13	12	11	10	8	7	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Diabetes	Cigs																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
No	No	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Yes	Yes	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SBP	Points																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<110	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
110-114	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
115-124	3																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
125-134	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
135-144	5																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
145-154	6																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
155-164	7																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
165-184	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
185-194	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
195-214	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
215-224	11																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
225-244	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
245+	13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Pts	2-yr Probabilities	Pts	2-yr Probabilities	Pts	2-yr Probabilities																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
0	1%	14	3%	28	9%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
2	1%	16	3%	30	11%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
4	1%	18	4%	32	13%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
6	1%	20	5%	34	16%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
8	2%	22	5%	36	19%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
10	2%	24	7%	38	22%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
12	2%	26	8%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
<p>Altruisme</p>	<p>(Miller, R. et Rollnick, S. 2013, p.20) « Etre altruiste, c'est promouvoir de façon active le bien-être de l'autre, donner la priorité aux besoins de l'autre. ».</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>Angioplastie coronaire</p>	<p>(www.ccm.mc/pdf/MaladieCoronaireFR.pdf)</p> <p>Un cardiologue insère par voie fémorale ou radiale un cathéter munis d'un ballonnet à l'intérieur de l'artère coronaire rétrécie et le gonfle afin d'agrandir la lumière artérielle. Il est possible que le cardiologue implante un stent (tuteur métallique). Cette intervention ne guérit pas la maladie coronaire, mais permet d'améliorer l'apport de sang au myocarde.</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>Angor Angine de poitrine</p>	<p>(http://www.swissheart.ch/index.php?id=80&L=1)</p> <p>« Une angine de poitrine survient lorsque le cœur n'est plus suffisamment alimenté en oxygène. En cause, des vaisseaux coronaires rétrécis (sténosés), le plus souvent à la suite d'une athérosclérose. »</p> <p>Il existe deux types d'angor ou angine de poitrine.</p> <p>1. L'angine de poitrine stable : « les crises douloureuses se déroulent toujours à l'identique et s'estompent quand le patient se</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														

	<p>met au repos et prend des médicaments ».</p> <p>2. L'angine de poitrine instable : « le caractère des crises douloureuses se modifie (crises plus fréquentes, plus fortes, effet insuffisant des médicaments) ou les crises surviennent au repos. Lors d'angine de poitrine instable, le risque d'infarctus du myocarde s'accroît nettement ». La survenue d'un angor est possible après un effort cardiaque par exemple lors d'un « exercice physique, en cas de froid vif ou de tensions psychiques ».</p> <p>Les symptômes décrits sont : « des douleurs thoraciques à forme d'oppression brutale, sensation de constriction ou de brûlure en général en arrière du sternum. (...) éventuelles irradiations dans le cou, les bras, les épaules ou l'abdomen, voire difficultés respiratoires ». Si les douleurs au repos continuent après 15 minutes ou que la prise de dérivés nitrés n'enlève pas les douleurs il faut suspecter un infarctus.</p>
Antihypertenseurs	Voir « médicaments »
Athérome	Voir « Athérosclérose ou artériosclérose »
Athérosclérose	<p>(Danchin, N. 2012, p13-17) (Fondation de cardiologie, 2011)</p> <p>Danchin, N (2012) décrit l'athérosclérose comme un « processus de vieillissement des artères, dont la paroi s'imprègne de cholestérol (l'athérome) et se rigidifie. » (p.15-16). La paroi interne des artères peut être abimée « par les facteurs de risque volontaires comme le tabagisme, involontaires, comme l'hypertension artérielle et le stress, ou mixtes comme l'hypercholestérolémie et le diabète.» (Corcilius, M., 2013, p. 85). L'endothélium se retrouve fragilisé par l'agression des différents facteurs et devient « poreux », facilitant l'entrée du cholestérol sous la paroi interne. Ce dépôt irrite la paroi provoquant un processus inflammatoire. Au départ, les artères se dilatent vers l'extérieur afin de laisser passer le flux sanguin mais si les plaques continuent de s'épaissir, la lumière rétrécit et par conséquent gêne l'écoulement du sang.</p> <p>C'est ce processus que l'on nomme athérosclérose. Toutes les artères du corps peuvent être touchées, entraînant des ennuis suivant la localisation de la sténose : au niveau du cerveau (accident vasculaire cérébral), des membres inférieurs (claudication intermittente, nécroses, ulcères), des reins (sténose des artères rénales, hypertension artérielle, insuffisance rénale), yeux (baisse de l'acuité visuelle, cécité), ou/et au niveau du cœur (insuffisance cardiaque, cardiopathie coronarienne entraînant un risque d'angine de poitrine ou d'infarctus du myocarde).</p>
AVC	<p>(http://www.swissheart.ch/index.php?id=89&L=1)</p> <p>L'accident vasculaire cérébral survient lorsque les vaisseaux du cerveau ne reçoivent plus assez de sang, entraînant une baisse de l'oxygénation et une mort des cellules cérébrales. L'AVC peut être le résultat d'une obstruction par un caillot de sang (infarctus cérébral ischémique) ou causé par une hémorragie dans le cerveau ou au niveau sous-arachnoïdien (le sang se situe donc entre le cerveau et les méninges).</p> <p>Les symptômes décrits sont un « affaiblissement soudain ou troubles sensitifs (insensibilité) d'une moitié du corps, du visage, d'un bras ou d'une jambe », « difficultés subites à parler ou à comprendre ce qui se dit », « brusques troubles de la vision, vision double ou cécité », « forts vertiges, d'installation soudaine », « maux de tête soudains, inhabituels et violents », « troubles ou perte de la conscience ».</p>

Bem, J. La protection du soi	<p>Selon Languérand (2012), Bem, J (1966), on estime que toute personne doit se sentir libre dans ses comportements. Si un individu sent que son autonomie concernant la prise de décision est mise en péril, il va réagir afin de s'opposer à cette prise de liberté. C'est-à-dire en lien avec l'entretien motivationnel : si l'intervention d'un soignant est interprétée par le patient comme une entrave à son libre arbitre, il va certainement refuser les conseils ou l'adhésion au traitement simplement pour protéger sa liberté. Ce phénomène décrit par Bem, se nomme la réactance psychologique. (Languérand, E., 2012, p.29)</p>
Bétabloquants	Voir « médicaments »
Cardiopathies coronariennes	<p>(http://www.swissheart.ch/index.php?id=90&L=1)</p> <p>« Maladies provoquées par des rétrécissements ou l'obstruction des artères coronaires (artères nourricières du cœur). ». Ce rétrécissement est la conséquence de l'athérosclérose. Le manque d'irrigation au niveau du muscle cardiaque engendre des complications comme l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde.</p>
Cardiopathies rhumatismales	<p>(http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562245/k.94B9/Maladies_du_coeur_Qu8217estce_que_la_cardite_rhumatismale.htm)</p> <p>« Un groupe de troubles cardiaques à court terme (aigus) ou de longue durée (chroniques) qui peuvent survenir à la suite d'une fièvre rhumatismale ». Ce type de fièvre est décrite comme une : « maladie inflammatoire qui peut s'attaquer au tissu conjonctif dans plusieurs parties du corps, plus particulièrement dans le cœur, les articulations, le cerveau et la peau. Cette maladie débute habituellement par une infection à streptocoque dans la gorge (angine streptococcique) ». Le péricarde, l'endocarde peuvent être endommagés en conséquence de l'inflammation causée par l'infection mais ce sont les valvules qui sont le plus touchées, entraînant des troubles valvulaires.</p> <p>Les symptômes décrits sont les suivants : « douleurs thoraciques, une fatigue excessive, des palpitations cardiaques (sensation de vibration du cœur ou de battements manqués), une impression de cognement dans la poitrine, un essoufflement, et enfin, une enflure des chevilles, des poignets ou de l'estomac ».</p>
Cholestérol	<p>(http://www.swissheart.ch/index.php?id=83&L=1)</p> <p>Les valeurs cibles pour les patients avec un risque élevé de pathologie cardio-vasculaire sont : un cholestérol total de moins de 5mmol/l, un cholestérol LDL de moins de 1,8mmol/l, des triglycérides de moins de 1,7mmol/l et un cholestérol HDL de plus de 1 mmol/l.</p>
Coronaire	<p>(Danchin, N., 2012, p.13-17)</p> <p>Ce sont des artères de petit calibre qui sont composées de 3 couches : l'adventice, la média et l'endothélium. La média est composée de cellules musculaires qui permettent la contraction et la distension des coronaires. La couche interne, l'endothélium, dirige les variations de diamètre de la couche média et enclenche les processus de réparation lorsque la paroi de l'artère est lésée. Le conduit intérieur qui permet au sang de circuler se nomme la lumière artérielle.</p>
Coronarographie	<p>(www.ccm.mc/pdf/MaladieCoronaireFR.pdf)</p> <p>Cet examen « permet de visualiser sur un film les rétrécissements et/ou obstructions provoqués par les plaques d'athérome déposées dans les vaisseaux et contribue à déterminer le geste le plus approprié à votre état ».</p>

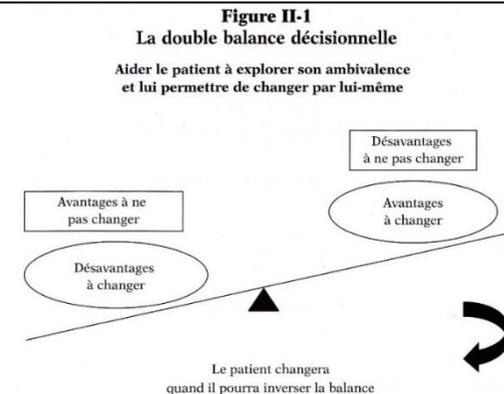
<p>Déroulement de l'entretien motivationnel</p>	<p>1. La fondation Miller, R. et Rollnick, S, la définissent comme : « le processus d'établissement d'une relation fondée sur la confiance mutuelle et sur une aide respectueuse. » (2012, p. 43). Le but premier et essentiel des 4 processus de l'EM est l'implication du patient dans une relation de type collaboratif. L'engagement dans la relation peut prendre du temps ou quelques minutes selon les situations. Il constitue le moment où le patient et le soignant nouent un contact et une alliance de travail. La qualité de cette alliance augmentera le maintien et les résultats escomptés. Cet engagement doit persister tout au long du processus. (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, partie II)</p> <p>2. La focalisation Ce processus vise à trouver la direction précise que veut prendre le patient. Des ajustements de direction sont possibles, ce processus est continu. Un agenda peut servir d'outil dans cette phase. Le patient peut écrire et donc explorer ses angoisses, espoirs, doutes,... et surtout une liste de ses objectifs de changement. La visualisation de ses objectifs et l'écriture de ses émotions aide à l'acceptation. (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, partie III)</p> <p>3. L'évocation Le but de cette phase est principalement le renforcement de la motivation au changement. La tâche du soignant est de reconnaître le discours-changement pour ensuite l'évoquer et le renforcer lorsqu'il apparaît. (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, partie IV) L'ambivalence est caractérisée par le discours changement et le discours maintien. Miller, R. et Rollnick, S. reprennent les découvertes du psycholinguiste spécialisé dans le discours de la motivation et de l'engagement : Paul Amrhein. Avec ses observations, il a déduit que « les négociations n'allaient pas vers le mieux si les requêtes du demandeur étaient plus élevées que le niveau de disposition énoncé par le répondeur. » (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, p.165). En d'autres termes : le soignant doit prendre en compte le degré de motivation, sans pousser le patient au-delà de ses limites actuelles de disposition au changement. (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, partie IV). Dans le discours-changement, Miller, R. et Rollnick, S. ont collaboré avec Amrhein pour différencier le discours-changement préparatoire et le discours-changement de mobilisation. Dans le premier type de discours la personne évoque un désir, « je veux » ; une capacité : « je peux » ; des raisons de changer ; et pour finir : un besoin. Le discours-changement préparatoire se nomme ainsi car les évocations ne prédisent pas un changement. Miller, R. et Rollnick, S. citent un exemple : « « Je veux perdre du poids » (Désir) n'a pas le même sens que « Je vais perdre du poids » » (2013, p.167). Contrairement au discours-changement de mobilisation qui, lui, se dirige vers le sens du changement et de la résolution de l'ambivalence, ce deuxième discours comprend : l'engagement (« j'ai l'intention de »), l'activation (« je me sens prêt à ») et les premiers pas, comprenant les actions entreprises dans la direction du changement. En opposition, le discours-maintien reprend toutes les évocations du discours-changement mais dans la direction du statu quo. (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, partie IV) Comme cité plus haut, le but du soignant est de réagir au discours-changement. Miller, R et Rollnick, S citent quatre réactions adéquates de l'intervenant, ils les représentent sous la forme de l'acronyme : « OuVER » (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, p.190). Le « Ou » représente les questions ouvertes, le « V » concerne la valorisation et pour terminer le « R » représente à la fois le reflet et le résumé.</p>
--	---

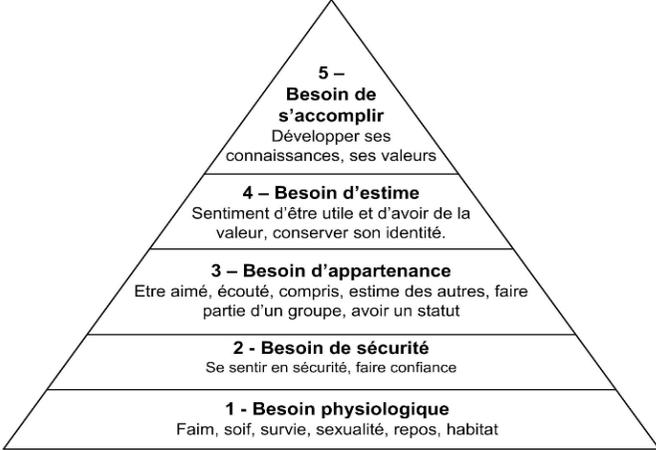
	<p>4. La planification</p> <p>La planification est possible lorsque la motivation du patient atteint un stade de possibilité de changement. « La balance oscille et elle commence à passer du "si et pourquoi" au "quand et comment" changer. »(Miller, R. et Rollnick, S, 2013, p.31). Le patient et le soignant négocient des objectifs de changement et les planifient d'étape en étape. Le rôle soignant durant cette étape est d'augmenter l'autonomie du patient dans sa prise de décision, et de continuer à favoriser l'évocation chez le patient dans le but de renforcer sa motivation et sa confiance. (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, p.26-39).</p>
Diabète	<p>Selon l'OMS, « Le diabète est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. » (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/).</p>
Ecoute réflexive	<p>Golay, A., Lager G. & Giordan A. considèrent l'écoute réflexive comme : « la clef de l'EM, le meilleur conseil qui puisse être donné pour démarrer un entretien motivationnel est d'écouter très attentivement son patient." (2010, p.88). Le patient se connaît et peut nous révéler ce qui l'aide ou pas.</p>
Embolies pulmonaires	<p>L'embolie pulmonaire se définit comme une « obstruction brutale de l'une des branches de l'artère pulmonaire ». Le caillot se forme généralement dans les veines profondes des membres inférieurs et va migrer avec la circulation sanguine dans les poumons. (http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/embolie-pulmonaire)</p>
Événement ischémique artériel périphérique aigu	<p>Un événement ischémique artériel périphérique aigu est la conséquence d'une interruption brutale de la circulation artérielle. Une ischémie est une urgence qui engage le pronostic vital et compromet le pronostic fonctionnel du membre atteint. Les causes principales sont les embolies et les thromboses. Des causes traumatiques sont aussi possibles. (campus.cerimes.fr/medecine-vasculaire/enseignement/.../cours.pdf)</p>
Évocation	<p>Le dernier aspect essentiel de l'entretien motivationnel est l'évocation. L'EM met l'accent sur les forces et les ressources présentes chez la personne et non sur l'évaluation de ses limitations. L'objectif du soignant est donc d'évoquer ces capacités. (Miller, R. et Rollnick, S, 2013, p.21).</p>

<p>Fagerström Test</p>	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?</td> <td>Dans les 5 premières minutes</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Entre 6 et 30 minutes</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Entre 31 et 60 minutes</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Après 60 minutes</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?</td> <td>Oui</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?</td> <td>La première le matin</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>N'importe quelle autre</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?</td> <td>10 ou moins</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>11 à 20</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>21 à 30</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>31 ou plus</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?</td> <td>Oui</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?</td> <td>Oui</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Total</td> <td></td> </tr> </table>	Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3	Entre 6 et 30 minutes	2	Entre 31 et 60 minutes	1	Après 60 minutes	0	Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1	Non	0	À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1	N'importe quelle autre	0	Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0	11 à 20	1	21 à 30	2	31 ou plus	3	Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1	Non	0	Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1	Non	0	Total			<p>Tiré de tabac-info-service, quand on sait, c'est plus facile d'arrêter. (S.d.) [Illustration]. Accès : www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf</p> <p>Le score résultant du test informe sur le taux de dépendance du patient et sur la prise en charge conseillée en vue d'un arrêt du tabac.</p>
Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes		3																																								
	Entre 6 et 30 minutes		2																																								
	Entre 31 et 60 minutes		1																																								
	Après 60 minutes	0																																									
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1																																									
	Non	0																																									
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1																																									
	N'importe quelle autre	0																																									
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0																																									
	11 à 20	1																																									
	21 à 30	2																																									
	31 ou plus	3																																									
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1																																									
	Non	0																																									
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1																																									
	Non	0																																									
Total																																											
<p>General Self-Efficacy Scale</p>	<p>http://userpage.fu-berlin.de/~health/french.htm Les réponses à entourer sont : pas du tout vraies, à peine vraies, moyennement vraies, totalement vraies. Voici les questions posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je peux arriver toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort. • Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux. • C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts. • J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus. • Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues. • Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires. • Je peux rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes. • Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions. • Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrai faire. • Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement. 																																										
<p>Godin Leisure Score Index</p>	<p>Traduction libre de : www.godin.fsi.ulaval.ca/.../Godin%20leisure-time.pdf 1. Pendant une période typique de 7 jours, combien de fois en moyenne pratiquer vous les aspects suivants pendant plus de 15 minutes lors de votre temps libre ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exercice intense : X temps par semaine • Exercice modéré : X temps par semaine 																																										

	<ul style="list-style-type: none"> • Exercice doux : X temps par semaine <p>2. Pendant une période de 7 jours typiques (une semaine), dans votre temps de loisirs, combien de fois vous engagez-vous dans une activité régulière assez longtemps pour travailler jusqu'à la sueur (cœur bat rapidement)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Souvent • Parfois • Rarement
Gras insaturés	<p>(http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/fats-gras-fra.php#a3)</p> <p>Ces graisses sont considérées comme bonnes pour la santé. Il y a deux types de gras insaturés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les gras mono insaturés (contenu dans les avocats, les noix et les graines, les huiles végétales tel que l'olive, l'arachide...), • et les gras polyinsaturés (contenu dans les poissons gras comme le hareng, maquereau, saumon, truite, etc., les huiles de poisson, les noix et les graines, et les huiles végétales tel que le maïs, lin, soja et tournesol)
Gras saturés	<p>(http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/fats-gras-fra.php#a3)</p> <p>Ces graisses sont considérées comme mauvaises pour la santé. Elles sont présentes dans les viandes de bœuf, poulet, agneau, porc et veau, dans l'huile de coco et l'huile de palme, et dans les produits laitiers.</p>
Gras Trans	<p>(http://www.hc-sc.gc.ca)</p> <p>Les graisses dites Trans sont le résultat de la transformation d'huiles liquides en huiles solides. Ce sont des mauvais gras qui augmentent le LDL, et font baisser le HDL. Ils sont présents dans les margarines, les aliments commerciaux frits et les produits de boulangerie.</p>
HTA	<p>(http://www.swissheart.ch/index.php?id=82&L=1)</p> <p>Les valeurs décrites de la tension sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tension normale >140 mmHg / > 90 mmHg – hypertension légère 140 à 159 mmHg / 90 à 99mmHg – hypertension modérée 160 à 179 mmHg / 100 à 109 mmHg – hypertension sévère =< 180 mmHg / =< 110 mmHg <p>«Lors d'hypertension artérielle, la pression qui s'exerce sur les parois des artères est trop élevée. Cela endommage les artères elle-même et sollicite trop les organes ». Les facteurs de risque possible d'augmenter la tension sont l'âge, le sexe, l'hérédité, le surpoids, le manque d'hygiène alimentaire, le stress et un manque d'activité physique. Par contre, il est possible de ne trouver aucun de ses facteurs de risque, avec tout de même une augmentation de la pression, on parle alors d'hypertension essentielle. Les symptômes décrits lors de tension très élevée sont des vertiges, des maux de têtes ou des bourdonnements d'oreilles.</p>
Hypolipémiants	Voir « médicaments »
IMC	<p>(http://www.swissheart.ch/index.php?id=430&L=1)</p> <p>L'indice de masse corporelle est un calcul servant de base pour l'évaluation du poids corporel. Voici la formule : « poids exprimé en kilos, divisé par le carré de la taille exprimée en mètres ». Le résultat est interprété comme : <19 : sous-poids ; entre 19 et 25 : poids normal ; entre 25 et 30 : surpoids ; et si > 30 : obésité.</p>

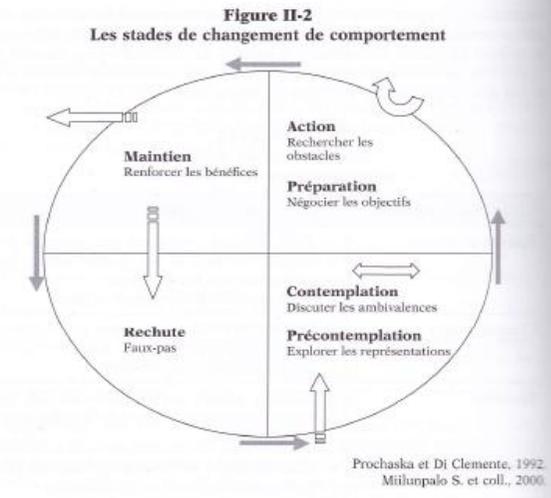
<p>Infarctus</p>	<p>http://www.swissheart.ch/index.php?id=84&L=1</p> <p>Un caillot de sang ou une plaque d'athérome peut boucher totalement une artère coronaire, entraînant donc un blocage de tissu cicatriciel provoquant des dommages de la fonction de pompage du cœur, il est possible qu'une insuffisance cardiaque ou des troubles du rythme cardiaque en résultent. Les symptômes de l'infarctus sont décrits comme tels : « Douleurs dans la poitrine ou forte oppression, sensations de constriction ou de brûlure en arrière du sternum. Éventuellement, irradiations de la douleur dans le cou, les bras, les épaules ou l'abdomen. », « Autres symptômes possibles : difficultés à respirer, nausées, vertiges, sueurs et angoisse de mort. Les douleurs ne cèdent pas, même au repos, et durent plus de 15 minutes. Un infarctus du myocarde est une urgence qui exige une hospitalisation immédiate ».</p>
<p>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine</p>	<p>Voir « médicaments »</p>
<p>Inhibiteurs plaquettaires</p>	<p>Voir « médicaments »</p>
<p>Janis, I. & Mann, L. La balance décisionnelle.</p>	<p>Golay, A., Lager G. & Giordan A. (2010). Comment motiver le patient à changer ? [Illustration] (p.77). Paris : Maloine</p> <p>Cette balance élaborée par Janis, I. & Mann, L. (1977) démontre le conflit dans la prise de décision chez les personnes ambivalentes. Ils prétendent que l'individu évalue le changement concernant les bénéfices et les coûts (gains et pertes) pour lui-même et pour ses proches mais aussi concernant le niveau moral, social et d'estime personnelle c'est-à-dire l'approbation et la désapprobation des autres et de lui-même (Languérand, E., 2012, p.29). Miller, R. et Rollnick ripostent dans le même sens : « le vécu de la personne entre en compétition avec sa motivation car il y a des bénéfices et des coûts associés aux deux options opposées. » (2006, p.17).</p> <p>Golay, A., Lager G. & Giordan A. affirment que le patient ne peut entamer le changement que lorsqu'il inversera la balance (cf. image). C'est-à-dire lorsqu'il verra plus d'avantages que d'inconvénients à changer la situation actuelle. Le soignant peut l'amener à cet objectif en utilisant une double balance décisionnelle, utilisée pour explorer l'ambivalence du patient afin de l'aider à prendre une décision. L'exercice consiste à faire un bilan en pesant premièrement les avantages et les désavantages à ne rien changer, et deuxièmement les bénéfices et les coûts à changer. (2010, p.76)</p>
<p>L'ambivalence</p>	<p>Selon Miller, W.R. & Rollnick, S, l'ambivalence est « une expérience humaine normale » (2013, p.6). C'est le fait de vouloir et ne pas vouloir, d'avoir des arguments pour et contre le changement. Les individus ambivalents formulent des discours en totale discordance. Miller, W.R. & Rollnick, S décrivent deux types de discours en opposition : le discours-changement et le discours-</p>



	<p>maintien. En voici un exemple : « Je dois faire quelque chose pour mon poids (discours-changement) mais j'ai absolument tout essayé et ça n'a jamais marché (discours-maintien). Je veux dire que je sais que je dois perdre du poids pour ma santé (discours-changement) mais j'aime vraiment trop manger (discours-maintien)» (2013, p.7). La personne sait qu'elle doit avoir recours à un changement de ses habitudes pour sa santé, mais d'un autre côté l'envie de manger l'empêche d'y arriver. Lorsque les personnes sont bloquées dans cette phase d'ambivalence les comportements néfastes persistent. Le soignant doit tout d'abord aider la personne à résoudre cette ambivalence avant de pouvoir entamer le processus de changement. La balance décisionnelle est un outil pour explorer l'ambivalence du patient.</p>
<p>Les malformations cardiaques congénitales</p>	<p>(http://www.swissheart.ch/index.php?id=79&L=1)</p> <p>Le cœur de l'enfant ne s'est pas formé correctement pendant la vie fœtale. Les malformations peuvent être diverses au niveau anatomiques. Il peut y avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ouvertures dans la paroi ventriculaire qui sépare les deux moitiés droite et gauche du cœur avec pour conséquence des shunts. On appelle shunts des connexions naturelles ou artificielles entre les circulations générale et pulmonaire » - « Rétrécissements (sténoses) des valvules ou des gros vaisseaux » - « Position anormale (transposition ou malposition) des gros vaisseaux, d'un ventricule ou de tout le cœur » - « Développement insuffisant des ventricules ou des vaisseaux, qui sont trop petits voire même absents »
<p>Maladies cérébro-vasculaires</p>	<p>Voir : « AVC »</p>
<p>Maslow, pyramide des besoins</p>	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>Tiré de Lambert, D. (2012). [Illustration]. Accès : http://www.partages-et-questionnements.fr/article-les-modules-comportementaux-biologiques-mis-en-lumiere-par-l-ethologie-4-4-112577171.html</p> </div> </div>
<p>Médicaments</p>	<p>(Fondation Suisse de Cardiologie. (2011). <i>Vivre mieux et plus longtemps grâce à une bonne prévention</i>. Berne : Fondation Suisse de cardiologie)</p> <p><u>Les inhibiteurs plaquettaires / antiagrégants plaquettaires</u></p>

	<p>« réduisent l'agrégation et l'agglutination des plaquettes sanguines (thrombocytes) et donc le risque de formation de caillot. » (p.46). Il sert aussi à la prévention des thromboses.</p> <p><u>Les anticoagulants</u> Ils servent à fluidifier le sang. Le dosage est personnalisé en fonction du patient.</p> <p><u>Les bêtabloquants</u> Ils soulagent le cœur en réduisant le rythme cardiaque et la tension artérielle.</p> <p><u>Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine</u> « Ils dilatent les artères, permettant au sang de circuler plus aisément et de soulager le cœur. Ils évitent la dilatation progressive du cœur et améliorent la fonction de la paroi des artères » (p.46). Le but principal de cette classe de médicaments est de combattre l'hypertension artérielle.</p> <p><u>Les antagonistes de l'angiotensine II</u> Ils ont le même effet que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.</p> <p><u>Les antagonistes du calcium</u> Ils « dilatent les vaisseaux, abaissent la pression artérielle et améliorent l'irrigation du muscle cardiaque » (p.47). Ils sont donc utilisés surtout pour réduire l'hypertension artérielle et pour l'angor.</p> <p><u>Les diurétiques</u> En augmentant la diurèse, ils contribuent à réduire la tension artérielle et soulagent le cœur qui doit fournir moins d'effort.</p> <p><u>Les hypolipémiants</u> « diverses substances actives capables de faire baisser la lipidémie (cholestérol LDL et triglycérides). » (p.47). Les statines en sont la classe la plus connue. Elle réduit les risques de récurrence d'infarctus du myocarde chez les patients coronariens.</p> <p><u>Les dérivés nitrés</u> Ils « dilatent les vaisseaux, permettant par là une meilleure oxygénation du muscle cardiaque ». (p.47). Généralement, ils ne sont pas prévus pour le long terme mais pour les urgences, lors de douleurs cardiaques.</p>
Non-jugement	<p>Selon Miller, R. et Rollnick S (2013, p.16-20), Carl Rogers en décrit quatre aspects:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la valeur inconditionnelle qu'il traduit comme « l'acceptation de l'autre comme personne individuée, le respect de sa valeur dans son propre droit » (2013, p.17), 2. l'empathie approfondie qu'il cite comme « ressentir <i>comme</i> s'il était nôtre ce qu'est le monde intérieur du client...sans jamais perdre de vue qu'on fait <i>comme si</i> (Rogers, 1980b, p.271) ». (2013, p.18) 3. Le soutien de l'autonomie, c'est-à-dire laisser l'individu décider et agir par lui-même. 4. Et pour finir, la valorisation des efforts et des capacités de l'individu.
Non-observance	<p>(http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs.phtml) On définit la non-observance thérapeutique comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales.</p>
Partenariat	<p>Miller, R. et Rollnick, S. décrivent l'EM comme une « collaboration active entre deux experts ». Un profond respect est le fondement</p>

	de ce partenariat. (2013, p.15-16).
Pontage coronaire	<p>(www.ccm.mc/pdf/MaladieCoronaireFR.pdf)</p> <p>Le pontage aorto-coronaire permet d'améliorer la perfusion du cœur en court-circuitant les rétrécissements. Le chirurgien crée des greffons artériels, qu'il va ensuite implanter en aval des rétrécissements afin de dévier l'obstacle contenu à l'intérieur des coronaires. Il est possible d'utiliser l'artère mammaire interne, la veine saphène, l'artère radiale et l'artère gastro-épiplœique pour créer les greffons. L'opération se déroule sous anesthésie générale avec une sternotomie.</p>
Prochaska, J. & Diclemente, C, les stades du changement.	<p>Prochaska, J. & Diclemente, C. (1982) fondent un modèle en supposant que l'intention de changer se déroule selon plusieurs étapes : la pré-contemplation, l'individu considère son état comme non problématique ; la contemplation, l'individu a conscience que son comportement est problématique mais il reste ambivalent concernant l'idée du changement ; la détermination/préparation, l'individu élabore un plan d'action ; l'action, l'individu met en place les stratégies de changement de comportement qu'il a auparavant élaborées; la maintenance, l'individu doit persévérer dans son combat, tout en prévenant les rechutes possibles ; et pour terminer, la rechute, l'individu reprend ses mauvaises habitudes, il peut ressentir un sentiment d'échec et de culpabilité.(Languérand,E.,2012,p.29)</p> <p>(http://currentnursing.com/nursing_theory/transtheoretical_model.html)</p> <p>Golay, A., Lager G. & Giordan A. affirment que ces stades ne sont pas forcément uniformes et que l'individu peut se retrouver dans deux stades à la fois. Il cite un exemple : « Une personne peut être prête à modifier son activité physique mais incapable d'entrevoir tout renoncement aux plaisirs de table. » (Golay, A., Lager G. & Giordan A., 2010, p.78). Ces stades sont utilisés dans la démarche soignante, dans le but d'adapter les stratégies soignantes aux stades du changement où se situe actuellement l'individu. Une stratégie intervenant trop tôt dans le processus de changement de l'individu peut provoquer une résistance du patient. Dans cette image, Prochaska et Diclemente (1992) et Miilunpalo S. et coll. (2000) démontrent les interventions adéquates à chaque stade.</p> <p>Golay, A., Lager G. & Giordan A. (2010). <i>Comment motiver le patient à changer ?</i> [Illustration] (p.80). Paris : Maloine.</p>
Promotion de la santé	<p>La promotion de la santé travaille en complémentarité avec la prévention de la maladie. Elle vise à favoriser des habitudes de vie saines afin de garder la population en santé. La théoricienne de soins Nola Pender a créé un modèle concernant la promotion de la santé, le « Heath promotion model ». Ce modèle représente l'individu avec des caractéristiques et des expériences individuelles influençant les actions personnelles et les motivations. Elle décrit ses variables comme étant modifiables par des actions infirmières. (http://nursing-theory.org/theories-and-models/pender-health-promotion-model.php).</p>
Questions ouvertes	<p>(Golay, A., Lager G. & Giordan A , 2010, p.87)</p> <p>L'utilisation de questions ouvertes invite le patient à développer ses pensées et aide le soignant à renforcer la collaboration et comprendre le point de vue de la personne.</p>



Reflet et Résumé	<p>(Golay, A., Lager G. & Giordan A, 2010, p.88)</p> <p>Le reflet, consistant à répéter ce que dit le patient avec des mots différents, permet au soignant, de vérifier ses hypothèses et de compléter sa compréhension, et au patient de réentendre ses idées.</p> <p>Le résumé est une compétence relationnelle qui permet de démontrer au patient l'intérêt que porte le soignant à son récit. La technique consiste à commencer une phrase en disant : « Pour résumer ce que vous avez dit... » pour ensuite citer les points clés. Cela permet de démontrer au patient l'intérêt du soignant pour son récit ; le patient peut encore rajouter des éléments oubliés, ce qui a pour but de favoriser la compréhension de la situation, augmentant la qualité de la prise en charge.</p>
Rogers Carl, le modèle centré sur la personne	<p>Olga Kauffmann (2007), traduit la citation de Carl Rogers résumant son modèle :</p> <p>« Chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire ; il peut puiser dans ses ressources, pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques "facilitatrices" que l'on peut déterminer. » (http://acp.epanouissement.net/page2/page2.html)</p> <p>Monsieur Rogers pense que pour favoriser le développement de la personne, il est nécessaire d'avoir une relation et un climat adéquats, c'est-à-dire comprenant ces trois conditions : l'authenticité, la considération positive inconditionnelle, et l'empathie.</p> <p>Le modèle de Carl Rogers a comme objectif : une thérapie centrée sur la personne. Pour lui, l'individu doit être au centre de la prise en charge car c'est le seul qui sait ce qui le fait souffrir et donc le seul ayant le pouvoir de vouloir changer. Le soignant quant à lui a pour rôle de créer un environnement favorable au changement. L'entretien motivationnel se réfère au modèle de Carl Rogers concernant la centration sur la personne et les principes de l'empathie. (Le merdy, T., 2012, p. 43)</p>
Short fat questionnaire	<p>(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8399708)</p> <p>Le but de ce questionnaire auto-administré est de mesurer les comportements liés à la consommation de graisses alimentaires. Il est complété en un temps d'environ trois minutes. C'est un test validé.</p>
Statines	Voir « médicaments »
Stent	Voir angioplastie coronaire
Syndrome coronarien aigu	<p>(http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMlqE/b.7809361/k.C4EF/Maladies_du_coeur_Syndrome_coronarien_aigu_SCA.htm)</p> <p>« terme qui sert à décrire tout problème de santé résultant de la réduction soudaine de l'apport sanguin au cœur. Le SCA survient lorsque les artères coronaires, qui fournissent au cœur du sang riche en oxygène, rétrécissent ou s'obstruent. Une crise cardiaque et l'angine instable sont les deux types de SCA les plus courants. »</p>
Taux élevé de glucose sanguin	<p>(http://elips.hug-ge.ch)</p> <p>Le programme Elips considère un taux élevé de glucose sanguin comme étant un facteur de risque cardiovasculaire à partir de 7 mmol par litres de sang de glucose à jeun et de 11,1 mmol par litre de sang après un repas.</p> <p>Les normes chez les personnes non diabétiques à jeun est de 3,9 à 5,8 mmol par litre de sang.</p>
Tension diastolique	<p>(Marieb, E.N & Hoehn, K., 2010, p.814)</p> <p>La diastole ventriculaire est la phase où les valves de l'aorte se referment pour éviter que le sang reflue dans le ventricule gauche. La pression des parois de l'aorte redescend. La tension artérielle diastolique normale chez un adulte sans pathologie est de 70 à</p>

	80 mmHg.
Tension systolique	(Marieb, E.N & Hoehn, K., 2010, p.814) La systole est la phase où le cœur se contracte et expulse le sang du ventricule dans l'aorte. Le sang arrivant exerce une pression sur les parois élastiques de l'aorte et la tension aortique augmente. La tension artérielle systolique est en moyenne à 120mmHg chez un adulte sans pathologie.
Test des six minutes de marche	(http://pps.hug-ge.ch/physiotherapeutes/3.04Testde6minutes.pdf) Selon les HUG, le test de marche est un « test de terrain, validé et couramment utilisé pour évaluer la capacité fonctionnelle à un niveau sous-maximal, et les effets du réentraînement à l'effort des patients cardiaques et pulmonaires. »
Thromboses veineuses profondes	(http://www.swissheart.ch/index.php?id=541&L=1) Un caillot de sang peut se former dans une veine d'une jambe. Le passage du sang est entravé provoquant des douleurs et un gonflement. Les facteurs de risque énoncés sont les suivants : « le surpoids, l'attaque cérébrale, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque, des varices très étendues, des cancers, des plaies aux jambes, des séjours prolongés au lit et la période qui suit une opération ». Les symptômes décrits sont des : « douleurs ou sensation de tension dans le mollet, le creux poplité ou l'aine, gonflement et chaleur anormale de la jambe, parfois aussi fièvre ».
Tour de taille	(http://www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3876259/k.FD34/Tour_de_taille_sain.htm) Le tour de taille indique un risque associé aux maladies cardiaques, à l'HTA, à l'hypercholestérolémie et au diabète. Si le tour de taille mesuré est supérieur aux moyennes décrites ci-dessous, cela signifie qu'un risque élevé est présent. <ul style="list-style-type: none"> • Europe, Afrique subsaharienne, Est de la méditerranée et Moyen-Orient : 102 cm pour les hommes et 88 cm pour les femmes. • Asie et Amérique du Sud et Centrale : 90 cm pour les hommes et 80 cm pour les femmes.
Valorisation	Golay, A., Lager G. & Giordan A., insistent sur le fait que les personnes atteintes arrivent souvent avec une baisse de l'estime d'eux-mêmes à force d'avoir échoué. Le rôle du soignant est donc « ...de les aider à constater que le changement est possible, qu'elles en sont capables » (2010, p.87). Une deuxième compétence importante consiste donc en la valorisation des forces du patient et des efforts qu'il fournit.

11.4 Glossaire méthodologique

Les sources du glossaire méthodologique sont principalement basées sur l'ouvrage : Loiselle, C. G., Profetto-Mcgrath, J., Polit, F. D. & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherches en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : ERPI. Les définitions provenant de sources différentes sont mentionnées dans le tableau.

Analyse de la variance (=ANOVA)	Cette analyse statistique est utilisée pour vérifier la différence entre les groupes (trois ou plus). Elle compare la variabilité ^o entre les groupes et la variabilité aux centres des groupes. Le résultat de cette comparaison annonce le rapport de variance (F). (p.375)
Analyse statistique	« Classement et traitement de données quantitatives à l'aide de tests statistiques, notamment de tests descriptifs ou inférentiels ». (p.61)
Biais	« Facteur qui fausse le résultat d'une étude. » (p.44)
Biais de puissance	« l'échantillon sélectionné est trop faible pour autoriser une prédiction sur la population concernée » (p.16) Slim, K. (2007). <i>Lexique de la recherche Clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)</i> . Issy-les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson SAS.
Biais de sélection	Ce biais est possible lorsque la population ne représente pas le monde réel, lorsque les participants ne correspondent pas à la population générale ou alors si les chercheurs ont procédé à une auto-sélection. (p.16) Slim, K. (2007). <i>Lexique de la recherche Clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)</i> . Issy-les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson SAS.
Coefficient alpha de Cronbach	Cette méthode est un indice de fidélité. Il est utilisé pour mesurer l'homogénéité d'une mesure comprenant plusieurs éléments ou la cohérence interne. (p.332)
Coefficients de corrélations (test de Pearson)	Ce test est utilisé pour vérifier s'il y a une relation entre deux variables. $r = 0.00$ s'il n'y a pas de corrélation entre les populations. (p.375)
Désirabilité sociale	« Tendance à évaluer ses attitudes ou ses caractéristiques et à donner des réponses correspondant aux points de vue sociaux dominants plutôt qu'à ses propres perceptions ». (p.305)
Devis expérimental et non expérimental	Dans un devis de ce type, la variable indépendante est manipulée. Un groupe témoin est utilisé pour se rendre compte de l'effet de cette manipulation. La répartition entre les deux groupes est aléatoire. Le devis non expérimental, ne comporte aucune manipulation de variable. Il n'y a donc pas de groupe témoin. (p.183).
Devis longitudinal	Étude collectant des données à plusieurs reprises lors de la recherche. (p.198)
Devis transversal	Étude collectant des données à un seul moment de la recherche. (p.198)
Double aveugle	Dans les expérimentations en double aveugle, ni les sujets ni les personnes faisant l'intervention ne sont informés sur les participants qui composent le groupe d'intervention ou le groupe de contrôle. (p.189)
Échantillonnage aléatoire simple	Création d'une « base d'échantillonnage en énumérant tous les membres d'une population et en sélectionnant par la suite un échantillon à partir de la base d'échantillonnage grâce à des techniques tout à fait aléatoires. » (p.270)
Echantillonnage par quotas	Le chercheur détermine, avant de débiter l'étude, les caractéristiques de l'échantillon. (p.267)

Échantillonnage probabilistes	Échantillonnage à l'aide de techniques aléatoires (p.270).
ECR (essai clinique randomisé)	Distribution des patients de manière aléatoire dans les différents groupes.
Essai clinique	« Etude conçue pour évaluer l'efficacité d'un nouveau traitement ou médicament ; il comprend parfois plusieurs phases, dont l'une (la phase III) est un essai clinique aléatoire reposant sur un devis expérimental et, souvent, auprès d'un vaste échantillon de participants hétérogènes. » (p.242)
Études de cas	Ces études examinent minutieusement une personne, un groupe, une institution ou une autre constitution sociale. (p.247)
Études expérimentales	Le but de ces études est de tester les effets d'un traitement ou d'une intervention. (p.57)
Études non expérimentales	« Etude dans laquelle le chercheur rassemble des données sans modifier le cadre naturel de son enquête. » (p.57)
Fidélité	Un instrument est dit fidèle lorsqu'il mesure ce qu'il est censé mesurer avec constance (scores obtenus égaux sur une même personne mais dans des conditions différentes), stabilité, constance et précision (p. 331).
Généralisabilité	« Degré auquel les méthodes de recherche utilisées permettent de déduire que les conclusions sont vraies pour un groupe plus vaste que celui des sujets ; notamment, déduction que les conclusions peuvent être généralisées et appliquées à la population à partir de l'échantillon. » (p.47)
Kurtosis	Traduction de l'anglais : « Aplatissement ». Elle sert à mesurer les données dans une distribution normale. (http://www.itl.nist.gov/div898/handbook/eda/section3/eda35b.htm)
Naturaliste	Ce paradigme suppose une réalité multiple et subjective. Il associe la réalité au résultat d'une construction mentale, ainsi chaque personne, selon son contexte, interprète différemment la réalité. Ce paradigme est associé à la recherche qualitative. (p.16)
p	« dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard ». Généralement, le seuil pour affirmer que le résultat est statistiquement significatif, c'est-à-dire non dû au hasard, est fixé à $p < 0.05$. Cependant certaines études définissent un seuil plus précis de $p < 0.01$. (p.373)
Paradigme	« Façon de voir un phénomène naturel qui s'appuie sur un ensemble de postulats philosophiques et sert de guide à la recherche. » (p.15). Il en existe deux types, le paradigme positiviste et le paradigme naturaliste.
Positivisme	Ce paradigme met l'accent sur le rationnel. Il suppose une réalité objective, mesurable et compréhensible. Ce paradigme est associé à la recherche quantitative°. (p.14)
Postpositivisme	Une croyance en une réalité et une volonté de la comprendre reste partie intégrante du paradigme postpositiviste. Cependant, la plus grande différence avec le paradigme positiviste est que « les tenants du postpositivisme reconnaissent qu'il est impossible d'être totalement objectif ». Leur objectif est toutefois de se rapprocher le plus de cette objectivité et ils essaient de se montrer le plus neutre possible. (p.15)
Randomisation	Répartition des sujets de manière aléatoire dans des groupes, c'est-à-dire que seul le hasard détermine la répartition. (p.185)
Recherche qualitative	« Analyse d'un phénomène ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple. » (p.17)
Recherche quantitative	« Analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précises, souvent dans le cadre d'un devis

	rigoureux et structuré. » (p.17)
Réponse extrême	« Tendance à exprimer constamment des attitudes ou des sentiments sous la forme de réponses extrêmes (tout à fait d'accord, par exemple), ce qui donne lieu à des distorsions. » (p.305)
Résultats significatifs	Voir sous « p »
Revue systématique	(http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/revue.htm) Ce site la définit comme « une démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature ». Elle rassemble, évalue et résume toutes les études sur une question de recherche.
Skewness	Traduction de l'anglais : « L'asymétrie ». Elle sert à mesurer le manque de symétrie dans une distribution de données. (http://www.itl.nist.gov/div898/handbook/eda/section3/eda35b.htm)
Statistique descriptive	Elle est utilisée pour résumer et décrire les données estimées par calcul à l'aide de l'échantillon. (p.356)
Statistique inférentielle	Elle est utilisée afin de se rendre compte des relations observées dans la population, grâce à des calculs sur la probabilité, et d'en tirer des conclusions. (p.367)
Tendance à l'acquiescement	« Tendance à être d'accord avec les énoncés, quel qu'en soit le contenu. Les personnes concernées disent toujours oui. D'autres personnes, par contre (<i>qui disent toujours non</i>), ne sont jamais d'accord avec les énoncés, indépendamment du contenu de la question. » (p.305)
Test du Khi carré°(test du χ^2)	Ce test vérifie les hypothèses de proportions des cas installés dans diverses catégories. Ils « sont calculés en additionnant les différences entre les fréquences observées et les fréquences attendues » (p.378).
Test U de Mann- Withnex	Ce test vérifie « la différence entre les rangs de scores de deux groupes indépendants. »(p.380).
Test-t	Ce test statistique sert à analyser la différence entre deux moyennes de deux groupes. (p.374)
Validité	« Degré auquel un instrument mesure ce qu'il doit mesurer » (p.333)
Validité externe	La validité externe d'une étude est bonne si les résultats sont généralisables. (p.206)
Validité interne	« Degré auquel on peut déduire que le traitement expérimental (ou que la variable indépendante), plutôt que des facteurs parasites, sont à l'origine des effets observés. » (p.204)
Variabilité	« Notion exprimant en quoi deux personnes sont différentes l'une de l'autre » (p.360). Mesure possible de la variabilité avec l'étendue (« calculée en soustrayant la valeur la plus faible de la valeur la plus élevée dans une distribution de scores ») et avec l'écart-type (« il tient compte de chacune des valeurs d'une distribution. Il résume l'écart moyen des valeurs par rapport à la moyenne arithmétique ») (p.361).
Variable	« Caractéristique ou qualité qui peut avoir plusieurs valeurs. » (p.36). La variable indépendante influence la variable dépendante.
Variance	« Mesure de la variabilité ou de la dispersion des individus dans une population ; égale au carré de l'écart-type » (p.361).