

Rôle infirmier dans l'accompagnement des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque intégrant une application mobile dans la gestion de leurs autosoins : revue de la littérature

Travail de Bachelor

Par

Oriane Gremaud, Alexia Horner, Alicia Maillard
Bachelor 2020-2023

Sous la direction de : Alain Verdon

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

13 juillet 2023

Résumé

Introduction : L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique qui touche environ 26 millions de personnes dans le monde et sa mortalité s'élève à 50 % dans les cinq ans qui suivent la pose du diagnostic. Il est décrit dans la littérature qu'une autogestion optimale prévient la péjoration de l'état de santé. De nos jours, les technologies digitales ont fait leurs preuves dans la gestion des autosoins de l'insuffisance cardiaque. En revanche, aucune étude n'a encore abordé l'importance du soutien infirmier dans l'intégration d'applications mobiles pour la gestion des autosoins de cette population. **Objectifs :** Les objectifs de cette revue sont de connaître les attentes et les besoins des patient·es atteint·es d'insuffisance cardiaque quant à leurs autosoins ainsi que de déterminer comment les guider et que leur enseigner en tant qu'infirmier ou infirmière pour l'intégration d'une application mobile dans leurs autosoins. **Méthode :** Cette revue de la littérature a été réalisée à l'aide de neuf études scientifiques sélectionnées dans deux bases de données : PubMed et Embase. Chaque étude a été lue, traduite puis analysée à l'aide de deux grilles, ce qui a permis de faire ressortir les résultats principaux. La théorie de soins de Laurie Gottlieb et le modèle de soins de Nola Pender ont été choisis comme cadres de références pour cette revue. **Résultats :** Une synthèse des résultats a permis de mettre en évidence trois grands thèmes en lien avec les cadres de références : l'empowerment, les soins centrés sur la personne et la promotion de la santé. **Discussion :** Le manque d'adhérence a été relevée comme un des obstacles importants à l'utilisation de la technologie. Les patient·es relèvent l'importance et la nécessité d'un suivi infirmier de proximité et régulier de façon à ce qu'ils·elles se sentent rassuré·es dans la gestion de leur maladie, d'autant plus en intégrant l'utilisation d'une application mobile.

Table des matières

Résumé.....	i
Table des matières	ii
Remerciements.....	v
Introduction.....	1
Définitions	3
Insuffisance cardiaque.....	3
Autosoins	4
Empowerment.....	5
Santé digitale	5
Littératie en santé	6
Problématique	7
Formulation de la problématique	8
Question de recherche.....	9
Objectifs	9
Cadres de références	10
Théorie de soins de Laurie Gottlieb	11
Ancrage disciplinaire	11
Paradigme	11
École de pensée.....	12
Méta-concepts des soins infirmiers selon Gottlieb	12
Mise en application de la théorie à la pratique infirmière	13
Lien avec la problématique de recherche.....	14
Modèle de soins de Nola Pender	14
Ancrage disciplinaire	15
Paradigme	15
École de pensée.....	15
Méta-concepts des soins infirmiers selon Pender.....	15
Mise en application de la théorie à la pratique infirmière	16
Lien avec la problématique de recherche.....	16
Méthodologie.....	17
Devis.....	18
Critères d'éligibilité	18

Stratégie de recherche.....	19
Sélection des études.....	22
Évaluation de la qualité méthodologique des études.....	23
Extraction et synthèse des résultats.....	23
Résultats	24
Description, caractéristiques et qualité des études.....	25
Sélection des études.....	25
Contextes démographiques	25
Échantillon	25
Contexte de soins.....	27
Récoltes de données et instruments de mesures.....	27
Considération éthique.....	28
Synthèse analytique des données.....	28
Analyse de chaque étude.....	28
Organisation des résultats en catégories logiques.....	29
Empowerment	29
Informations.....	29
Moyens de transmission des informations.....	31
Communication	32
Soins centrés sur la personne.....	34
Enseignement.....	34
Environnement	35
Promotion de la santé	36
Utilisation des technologies.....	36
Adhérence aux technologies.....	38
Discussion.....	41
Interprétation des résultats	42
Identification des forces et des limites.....	45
Forces.....	45
Limites.....	45
Recommandations	47
Recommandations pour la pratique	47
Implications pour la recherche	47
Conclusion.....	48
Références.....	50

Appendices.....	56
Appendice A : Diagramme de flux.....	57
Appendice B : Captures d'écran des équations de recherches	58
Appendice C : Tableau récapitulatif du processus de sélection des études...	60
Appendice D : Tableaux des résumés	66
Appendice E : Grilles de Tétréault	79
Appendice F : Tableau synoptique.....	156
Appendice G : Déclaration d'authenticité	157

Remerciements

Les auteures tiennent à remercier leur directeur de travail de Bachelor, Monsieur Alain Verdon, leur co-directrice, Madame Falta Boukar ainsi que leurs professeures de travail encadré, Madame Tanya Cara-Nova et Madame Gabrielle Santos. Leurs conseils et leur aide ont été des ressources indispensables dans la réalisation de cette revue de la littérature. Des remerciements s'adressent également aux proches et aux membres des familles pour la relecture ainsi que leur soutien.

Introduction

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique qui touche environ 26 millions de personnes dans le monde (*Insuffisance cardiaque en 2021*, s. d.). En Suisse, environ 150 000 à 200 000 personnes souffrent d'insuffisance cardiaque, parmi lesquelles on déplore environ 18 000 décès par an. La mortalité s'élève à 50 % dans les cinq ans qui suivent la pose du diagnostic, ce qui représente un taux de survie inférieur à plusieurs cancers (*L'insuffisance cardiaque - une pathologie sous-estimée*, s. d.). De nombreuses études ont prouvé que l'utilisation du digital a un impact positif dans la gestion des autosoins de l'insuffisance cardiaque (McBeath et al., 2022; Obro et al., 2021). De plus, l'utilisation de la technologie digitale se développe continuellement dans la prise en charge des autosoins de l'insuffisance cardiaque. Dans une prise en charge intégrant l'utilisation de la technologie, les patient-es ont particulièrement besoin de soutien (Hutchings & Sherlaw-Johnson, s. d.). C'est pourquoi, les infirmiers et infirmières auraient un rôle primordial dans l'accompagnement professionnel des patient-es pour la gestion de leurs autosoins (Obro et al., 2021).

Lors des premières lectures, de nombreuses études ont été trouvées au sujet des autosoins chez les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque chronique. Les résultats des études scientifiques ont démontré que l'utilisation des technologies digitales a un effet bénéfique chez les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque dans leurs autosoins. En effet, les technologies digitales permettent de conserver une stabilité de l'état de santé, de diminuer les hospitalisations liées aux décompensations et les consultations médicales ainsi que de développer l'autonomie du·de la patient·e. Néanmoins, la littérature a relevé que parfois, les patient-es n'ont pas une compréhension adéquate des informations et des outils qui leurs sont transmis au moyen de la technologie, plus spécifiquement quant à l'utilisation des applications mobiles. En effet, un suivi infirmier permettrait une meilleure compréhension des

informations à disposition ainsi qu'une utilisation optimale des diverses fonctionnalités des applications mobiles. Cependant, le type de soutien infirmier nécessaire reste encore peu abordé dans les recherches (Hutchings & Sherlaw-Johnson, s. d.; McBeath et al., 2022; Victoria-Castro et al., 2022).

Définitions

Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque correspond à l'incapacité du cœur à pouvoir fournir un débit sanguin suffisant pour les besoins de l'organisme. Le cœur ne peut alors plus répondre aux besoins énergétiques du corps et lui amener de l'oxygène et des nutriments. L'insuffisance cardiaque chronique peut résulter de maladies du muscle cardiaque, d'une hypertension artérielle ou encore survenir après un infarctus du myocarde. Dans un premier temps, la fréquence cardiaque augmente pour pallier la perte de contractilité. Ensuite, sa paroi s'épaissit et ses cavités se dilatent : c'est l'hypertrophie cardiaque. L'hypertrophie cardiaque va induire une fatigue constante du cœur et mener à l'insuffisance cardiaque. Cette pathologie chronique est irréversible : une fois installée, elle s'aggrave, et l'espérance de vie à cinq ans est de 50 % (« Insuffisance cardiaque », s. d.). En Europe, ce sont environ 15 millions de personnes qui sont atteintes d'insuffisance cardiaque (*L'insuffisance cardiaque - une pathologie sous-estimée*, s. d.). La gravité clinique varie significativement d'un-e patient-e à l'autre en fonction du stade de la maladie, des comorbidités et des décompensations du-de la patient-e. L'insuffisance cardiaque est habituellement classée en quatre stades différents selon le système de la New York Heart

Association (NYHA) (*Insuffisance cardiaque - Troubles cardiovasculaires*, 2022). Selon le manuel MSD (*Insuffisance cardiaque - Troubles cardiovasculaires*, 2022), le stade I n'engendre aucune limitation et permet de conserver une activité physique normale sans symptômes. Le stade II engendre une limitation modérée et cause une fatigue, une dyspnée, des palpitations ou un angor lors de l'activité physique ordinaire. Le stade III engendre lui aussi une limitation modérée et provoque une fatigabilité, une dyspnée, des palpitations ou un angor lors d'une activité physique moins intense qu'une activité ordinaire. Le stade IV engendre de graves limitations, les symptômes surviennent au repos.

Autosoins

Les autosoins sont un processus dynamique et complexe employés par les personnes souffrant de maladies chroniques. Ils permettent à la personne le maintien de la vie, la promotion de la santé et le bien-être. Le processus d'autosoins comprend : le maintien, la gestion et la surveillance des autosoins avec ou sans le soutien d'un-e professionnel-le de la santé (Ghizzardi et al., 2022). Les autosoins et leur accessibilité sont un axe central dans une prise en charge optimale et globale. Ils doivent être possibles dans tout contexte de soins et pour des patient-es provenant de toutes régions géographiques et classes sociales (*WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being, 2022 Revision*, s. d.).

Empowerment

Le concept d'empowerment est fondé sur l'idée que les individus et les collectivités ont le droit de participer aux décisions qui les concernent. C'est la façon dont chacun-e s'approprie son propre pouvoir et la façon dont il-elle l'utilise (Ghizzardi et al., 2022).

Santé digitale

Il existe diverses gammes de technologies numériques qui permettent d'accompagner les patient-es dans la prise en charge de leurs soins, par exemple pour la surveillance à distance, le suivi de la santé, l'interprétation de données et la prise de décision. Différentes technologies sont utilisées actuellement comme les dispositifs électroniques implantables cardiaques, la surveillance hémodynamique à distance (capteurs d'électrocardiogrammes, patchs portables, et cetera), les balances, les montres intelligentes, les applications, les programmes informatiques, les systèmes de réponse vocale interactifs et d'autres (McBeath et al., 2022; Mullens et al., 2020; Pike, 2016). Ces technologies sont encore peu connues par la population et peu utilisées par les patient-es dans leurs soins. L'utilisation de la technologie numérique par les patient-es dans les soins dépend de nombreux facteurs tels que les facteurs socio-économiques, environnementaux, sociologiques et le niveau de littératie en santé (Hutchings & Sherlaw-Johnson, s. d.). Les technologies peuvent permettre aux patient-es de réaliser des interventions indépendamment des professionnel·les de santé. Les professionnel·les de santé utilisent déjà les technologies digitales quotidiennement dans leur pratique (McBeath et al., 2022).

Littératie en santé

La littératie en santé est définie comme « la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé. » (SPF, s. d.). Plusieurs conséquences néfastes découlent d'un faible niveau de littératie en santé, tels qu'une vision biaisée de l'état de santé, un taux plus élevé de maladies chroniques, des comportements et des habitudes de vie néfastes, une augmentation du taux de mortalité et une mauvaise utilisation des services de santé. Un niveau de littératie en santé insuffisant se retrouve chez la moitié de la population en Europe. En Suisse, de manière générale, c'est 45 % de la population qui présente des compétences problématiques et 9 % des compétences insuffisantes (*Journée scientifique «Renforcer la littératie en santé, s. d.*).

Problématique

Formulation de la problématique

L'utilisation des technologies digitales dans les soins personnels est bénéfique, mais avant de pouvoir utiliser ces moyens, un problème vient en amont. En effet, les patient-es qui utilisent ces technologies doivent bénéficier d'une compréhension optimale des informations et de l'utilisation des fonctionnalités présentes. Effectivement, si les données ne sont pas correctement comprises ou appliquées, les actions entreprises par le-la patient-e lui-elle-même pour gérer ses soins personnels ne seront pas adéquates (Hutchings & Sherlaw-Johnson, s. d.; McBeath et al., 2022; Obro et al., 2021). Cette revue de la littérature se concentre sur la technologie portable, à savoir, les applications mobiles, étant donné que c'est un moyen qui reste relativement accessible à toutes et tous. De plus, les applications ont diverses fonctionnalités adaptables aux besoins du-de la patient-e, par exemple, la possibilité d'entrer le profil hémodynamique, des conseils sur l'hygiène de vie à adopter, le suivi des médicaments, et cetera. Pour cette revue de la littérature, les applications ciblées sont celles contenant des informations soutenant l'enseignement de la maladie au-à la patient-e et une autosurveillance, comme l'application *HearthMapp* (Athilingam et al., 2018). Ces applications contiennent des informations concernant la physiopathologie, la surveillance des symptômes et les effets recherchés et indésirables des traitements médicamenteux. Les infirmiers et infirmières ont un rôle central dans l'accompagnement des patient-es grâce au partage de leurs connaissances et aux différents enseignements apportés (Hutchings & Sherlaw-Johnson, s. d.). Par conséquent, il est important de connaître aujourd'hui, comment les infirmiers et infirmières doivent accompagner les patient-es, afin qu'ils-elles utilisent de manière optimale des applications mobiles et qu'ils-elles comprennent les informations qu'elles contiennent dans le but de les exploiter dans la gestion de leurs soins personnels.

Question de recherche

« Comment les infirmiers et infirmières peuvent-ils-elles accompagner les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans l'intégration d'une application mobile pour la gestion de leurs autosoins ? »

P : patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque chronique n'utilisant pas d'application mobile pour leurs autosoins

I : rôle infirmier dans l'accompagnement et l'enseignement des autosoins

C : /

O : utilisation d'applications mobiles dans les autosoins

Objectifs

Connaître les attentes et besoins des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque quant à leurs autosoins de façon à savoir comment les guider et que leur apporter en tant qu'infirmier et infirmière. Identifier les enseignements infirmiers nécessaires aux patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque afin qu'ils-elles sachent et comprennent ce qu'ils-elles doivent cibler dans leur suivi au moyen d'une application.

Cadres de références

Les cadres de références choisis sont la théorie de soins de Laurie Gottlieb de l'approche des soins fondée sur les forces (l'ASFF) (Gottlieb & Gottlieb, 2014; Pepin et al., 2017) et le modèle de soins de Nola Pender de la promotion de la santé (« Nola Pender », s. d.; RN, 2019).

Théorie de soins de Laurie Gottlieb

Laurie Gottlieb est une infirmière théoricienne canadienne qui a amené une nouvelle théorie de soins en combinant deux modèles déjà existants. Elle reprend le modèle de McGill qui se base sur le principe de considérer la personne dans son ensemble en prenant en compte non seulement sa maladie, mais tout ce qui s'y rattache, tel-telle que le-la patient-e lui-elle-même mais aussi sa famille et son environnement. Gottlieb s'inspire également de Nightingale, pour qui l'infirmier ou infirmière est appelé-e à mobiliser les mécanismes innés ou appris de la santé du-de la patient-e afin de soutenir sa santé ou sa guérison. L'infirmier ou infirmière détermine avec le-la patient-e ses forces spécifiques et l'aide à les développer (Pepin et al., 2017, p. 66). L'infirmier ou infirmière fait appel à ses observations et à son jugement clinique en établissant une relation de partenariat. Gottlieb se base sur quatre approches qui sont : les soins centrés sur la personne et sa famille, l'empowerment de la personne, le partenariat collaboratif et la promotion de la santé et prévention de la maladie (Pepin et al., 2017).

Ancrage disciplinaire

Paradigme

Selon Pépin (Pepin et al., 2017, p. 32), la théorie de Gottlieb fait partie intégrante du paradigme de la transformation. Le paradigme de la transformation est une

approche de la promotion de la santé à la population. La promotion de la santé sous l'angle du paradigme de la transformation correspond au partage des connaissances, le savoir agir concernant la promotion de la santé et le partenariat. L'approche préconisée dans ce paradigme est le partenariat avec la personne, ses proches et la population. L'infirmier ou infirmière doit avoir une approche systémique afin de comprendre la situation de santé de la personne et de la prendre en compte dans son ensemble, ce qui exige le développement de nouvelles compétences infirmières.

École de pensée

L'école de l'apprentissage de la santé est une école de pensée qui se rapporte à la théorie de Gottlieb. Cette école de pensée cible l'engagement de la personne et de ses proches à participer activement à l'apprentissage de la santé en général et particulièrement de la leur. L'infirmier ou infirmière doit collaborer avec le-la patient·e afin de déterminer ses forces de façon à les utiliser comme ressources à l'apprentissage (Pepin et al., 2017, p. 64).

Méta-concepts des soins infirmiers selon Gottlieb

Gottlieb (2014), citée dans (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 68) définit les méta-concepts de telle manière :

La Santé : les individus, les familles et les communautés aspirent à une meilleure santé et à la guérison et ils sont motivés par elle. **La Personne** : chaque personne est unique. Chaque personne comme un tout est intégrée. Les personnes ont la capacité de croître, de se transformer et de s'auto-guérir. Les gens créent leurs propres significations qui les aident à se comprendre et à donner un sens à leur environnement et à leurs expériences. Les potentiels et les forces sont inhérents à chaque chose, allant des cellules et jusqu'aux

citoyens et aux communautés. Les problèmes, les faiblesses, les vulnérabilités, les épreuves et la souffrance font partie de la condition humaine. Les forces sont nécessaires à la guérison et à l'auto-guérison. Chaque personne a en elle le pouvoir de s'auto-guérir. Ce pouvoir est une force par elle-même. Ces forces aident la personne à s'adapter à son environnement et à composer avec une vaste gamme de problèmes de santé.

Les Environnements : Les environnements contiennent des énergies puissantes qui agissent sur des forces ou sur des déficits particuliers qui détermineront la façon dont une personne survit et croît ou succombe et s'étirole dans un environnement donné. **Les Soins :** Les soins infirmiers ont la mission d'entourer les individus, les familles et les communautés, de les aider à rester en santé et à composer avec leurs problèmes, de favoriser le rétablissement et la guérison, et de diminuer la souffrance. Les professionnels des soins infirmiers soutiennent les individus et leur environnement pour cibler et développer les forces qui appuient la promotion de la santé et facilitent la guérison. Les infirmières, par leur présence et leurs interventions, font partie de l'environnement de la personne et de la famille. Elles créent aussi l'environnement qui favorise la guérison.

Mise en application de la théorie à la pratique infirmière

L'infirmier ou infirmière est partenaire du-de la patient-e. Le-la patient-e est responsable de ses soins, il-elle a des connaissances et des capacités qu'il-elle doit utiliser pour atteindre ses objectifs par des moyens qui font sens pour lui-elle. L'infirmier et infirmière est un facilitateur dans ce partenariat, il-elle aide le-la patient-e à utiliser ses forces et ses ressources et le-la pousse à développer son autonomie et sa prise de décisions (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 114).

Lien avec la problématique de recherche

Le choix de cette théorie est basé sur le fait qu'elle relève l'importance du rôle infirmier pour le soutien des patient-es dans la gestion des autosoins de leur maladie. La théorie de soins cible les forces déjà présentes des patient-es et appuie l'importance de les aider à maintenir et améliorer celles-ci. Un-e patient-e capable d'utiliser ses forces augmentera donc ses capacités à gérer ses autosoins. Elle relève aussi le concept d'empowerment qui est central dans cette revue de la littérature.

Modèle de soins de Nola Pender

Nola Pender est une infirmière théoricienne américaine qui a développé le modèle de promotion de la santé, aussi appelé « Health Promotion Model ». Elle a conçu ce modèle après avoir constaté que les professionnel·les agissent seulement une fois le problème de santé installé (« Nola Pender », s. d.). Sa formation en soins infirmiers, en développement humain, en psychologie expérimentale et en éducation l'a amenée à utiliser une perspective holistique des soins, la psychologie sociale et la théorie de l'apprentissage comme base de son modèle de soins. Plusieurs concepts fondent le modèle de promotion de la santé. D'abord, la théorie de l'apprentissage social d'Albert Bandura relève l'importance des processus cognitifs dans le changement de comportement. Elle relève les concepts de l'auto-attribution, de l'auto-évaluation et de l'auto-efficacité, ce dernier étant le concept central du modèle de promotion de la santé. Le deuxième modèle utilisé pour l'élaboration du modèle de promotion de la santé est celui de la valeur d'attente de la motivation humaine de Feather qui dit que le comportement doit être rationnel et économique (Alligood, 2017).

Le modèle de la promotion de la santé permet aux infirmiers ou infirmières de connaître et comprendre les principaux déterminants des comportements de santé

pour promouvoir le bien-être et une hygiène de vie saine. Il permet l'intégration de comportements durables pour améliorer la santé (« Nola Pender », s. d.; RN, 2019).

Ancrage disciplinaire

Paradigme

La théorie de Pender fait partie du paradigme de l'intégration. Le paradigme de l'intégration signifie la reconnaissance des éléments multiples et des manifestations qui se produisent dans le contexte environnemental. Les connaissances infirmières permettent d'identifier les différents éléments ainsi que leurs interactions, ce qui va permettre de les adapter au contexte de la personne (Pepin et al., 2017, p. 32).

École de pensée

Le modèle de Nola Pender se rapporte à l'école de l'apprentissage de la santé tout comme la théorie de soins de Laurie Gottlieb (Alligood, 2017).

Méta-concepts des soins infirmiers selon Pender

Nola Pender (2011), citée dans (Pender, 2011) définit les méta-concepts de telle manière :

La Personne est un organisme biophysique façonné par l'environnement, mais elle cherche également à créer un environnement dans lequel le potentiel humain peut être pleinement exprimé. **L'Environnement** est décrit comme le contexte social, culturel et physique dans lequel la vie se déroule ... **La Santé** est définie comme l'actualisation du potentiel humain par le biais d'un comportement axé sur un objectif, de soins personnels et de relations avec les autres, avec les ajustements nécessaires pour maintenir des

environnements pertinents. **Les Soins** : Les soins infirmiers sont la collaboration avec les individus, leur famille ainsi que la communauté afin de créer les conditions les plus favorables à l'expression optimale de la santé et à un haut niveau de bien-être.

Mise en application de la théorie à la pratique infirmière

L'implication des individus dans la promotion de la santé est essentielle pour la société. En effet, le manque d'implication impacte la société au niveau financier, humain et environnemental (Alligood, 2017). Dans la pratique infirmière, ce modèle peut permettre l'élaboration de protocoles et d'interventions infirmières (« Nola Pender », s. d.). L'adaptation des interventions implique le partage des messages de santé en fonction des caractéristiques propres à la personne concernée. Une fois que l'infirmier ou l'infirmière a évalué le-la patient-e sur chacun des facteurs pertinents du modèle, ces informations peuvent être utilisées pour personnaliser un programme de promotion de la santé individuel (Peterson & Bredow, 2017, p. 232).

Lien avec la problématique de recherche

Ce modèle a été retenu car il est la référence dans le cadre de la promotion de la santé et il intègre le rôle infirmier. Il était donc pertinent de se baser sur celui-ci pour ce travail de Bachelor, qui vise la promotion de la santé par l'utilisation des technologies digitales pour soutenir les autosoins.

Méthodologie

Devis

Ce travail est une revue de la littérature, c'est une méthode permettant de faire un état des lieux des écrits sur un sujet prédéfini. Les différentes études sont analysées et organisées avec réflexion afin de montrer les avancées scientifiques sur le sujet (Zaugg et al., 2014). Neuf études de devis qualitatifs et quantitatifs dont une étude pilote (Jiang et al., 2020) ont été sélectionnées pour tenter de répondre à la question de recherche :

« Comment les infirmiers et infirmières peuvent-ils-elles accompagner les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque dans l'intégration d'une application mobile pour la gestion de leurs soins ? »

Critères d'éligibilité

Des critères d'inclusion et d'exclusion ([Tableau 1](#)) ont été définis afin d'effectuer des recherches ciblées pour répondre à la question précédente. Premièrement, seules les études traitant de l'insuffisance cardiaques ont été retenues. Ce choix a été fait car il y avait suffisamment de littérature traitant de l'insuffisance cardiaque. Les études devaient inclure la gestion de la maladie et de ses symptômes par le-la patient-e lui-elle-même et non par le personnel soignant. Les technologies digitales, ciblant au maximum les applications mobiles, faisaient partie des critères d'inclusion. Finalement, les études devaient relever les avis et besoins des patient-es et non ceux des professionnel-les, elles devaient également traiter de l'importance du rôle infirmier dans le soutien à l'autogestion. Pour finir, les études devaient être datées entre 2018 et 2023. Un filtre de cinq ans a donc été appliqué lors des recherches au vu de l'évolution rapide des technologies. En incluant l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion dans une même recherche, les résultats ont vite été limités. Lors de la sélection des études, les critères ont été respectés au maximum, tout en

sachant que l'un ou l'autre devrait certainement être exclu ou isolé, de façon à obtenir de meilleurs résultats.

Tableau 1

Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion	Limites et filtres
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque • Autosoins • Littératie en santé • Technologie digitale, au maximum ciblant les applications mobiles • Rôle infirmier • Prenant en compte les avis et besoins des patient·es 	<ul style="list-style-type: none"> • Pathologies autres que celle de l'insuffisance cardiaque • Soins prodigués par les infirmiers et infirmières et non par le·la patient·e • Autres moyens d'autogestion que les technologies digitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Filtre « 5 ans »

Stratégie de recherche

La stratégie de recherche de cette revue de la littérature s'est dirigée vers plusieurs bases de données : PubMed, Cinhal, Embase, Cochrane, Tripdatabase, GoogleScholar et JBI. Avant de commencer à effectuer des recherches d'études, des mots clés ont été mis en évidence grâce à la question PICO ([Tableau 2](#)). Les mots clés étaient : insuffisance cardiaque, rôle infirmier, applications mobiles et autosoins. Certains termes ont été étoffés par des synonymes ou des termes proches pour permettre d'élargir les recherches. Ces derniers ont été traduits en anglais à l'aide de HeTOP (CISMeF, s. d.). Des termes adaptés à chaque base de données

(MeSH, descripteurs, et cetera) ont été recherchés ([Tableau 2](#)). Plusieurs équations ont été effectuées en reprenant les différents termes et leurs synonymes. Afin d'associer ces termes, les opérateurs booléens « AND » et « OR » ont été utilisés. Le filtre « 5 ans » a systématiquement été appliqué. Les résultats obtenus à la suite des différents essais d'équations ont permis de mettre en évidence les termes les plus adéquats pour répondre à la problématique. Les premières recherches ont commencé sur PubMed puis élargies à d'autres bases de données : Cinhal, Embase, Cochrane, Tripdatabase, GoogleScholar et JBI.

A la suite des premières recherches, cette revue de la littérature a pris une trajectoire différente de celle de base. En effet, la lecture de diverses études a permis de redéfinir l'objectif de cette revue de la littérature et de clarifier la question et le contexte de celle-ci, tout en gardant les mêmes mots clés et concepts centraux afin d'obtenir la question finale.

Tableau 2

Mots clés et termes utilisés

PICO	P Patient·es atteint·es d'insuffisance cardiaque n'utilisant pas d'application mobile pour leurs autosoins	I Rôle infirmier dans l'accompagnement et l'enseignement des autosoins	C /	O Utilisation d'applications mobiles dans les autosoins
Synonymes termes proches en français	Insuffisance cardiaque	Littératie en santé Éducation à la santé Infirmier <i>Rôle infirmier Éducation au patient</i>	/	Technologie digitale Applications mobiles Autosoins Télémédecine <i>Technologie Digitale Autogestion Télémédecine</i>
Synonymes termes proches en anglais	Heart Failure	Health literacy Health education Nurse <i>Nurse's role Patient education</i>	/	Digital technology Mobile applications Self care Telemedicine <i>Technology Digital Self management EHealth Mhealth Telehealth</i>
MeSH	Heart failure	Health literacy Health education Nurse	/	Digital technology Mobile applications Self care
EMTREE	Heart failure	Health literacy Health education Nurse	/	Digital technology Mobile applications Self care

*les termes en italique ne font pas partie des équations finales

Sélection des études

Le diagramme de flux ([Figure 1](#)) ([Appendice A](#)) décrit précisément le processus de la sélection des neuf études utilisées pour cette revue de la littérature. Le tableau récapitulatif du processus de la sélection des études ([Appendice C](#)) justifiant cette sélection se trouve en annexe de ce travail.

Dans la base de données PubMed, trois équations de recherches ont dû être utilisées afin d'obtenir des résultats pertinents en lien avec la question de recherche. La première équation cible principalement la littérature en santé, la seconde les soins et la dernière l'utilisation des technologies digitales. Ces équations ont permis d'obtenir un résultat de 108 études au total. Après lecture des titres, plus de la moitié des études ont été éliminées car elles ne ciblaient pas suffisamment les concepts centraux de la question de recherche. Sur ceux restants, la moitié a été éliminée après la lecture des résumés en raison du devis ou du contexte des études et du point de vue trop ciblé infirmier. Après analyse complète des 20 études restantes, quatre études ont été retenues. Les autres ont été éliminées car elles n'étaient pas pertinentes pour cette revue de la littérature.

Sur la base de données Embase, une équation de recherche a été utilisée afin d'obtenir des résultats pertinents en lien avec la question de recherche. Cette équation a permis d'obtenir un résultat de 78 études, après élimination des doublons avec PubMed. Seulement 19 études ont été retenues après la lecture des titres, les raisons d'exclusion étaient généralement dues au devis, au contexte ou aux objectifs des études qui étaient, soit trop éloignés, soit ne correspondaient pas au sujet de l'étude. Sur les études restantes, cinq études ont été sélectionnées après la lecture des résumés. Ces dernières ont été retenues car elles étaient pertinentes pour cette revue de la littérature.

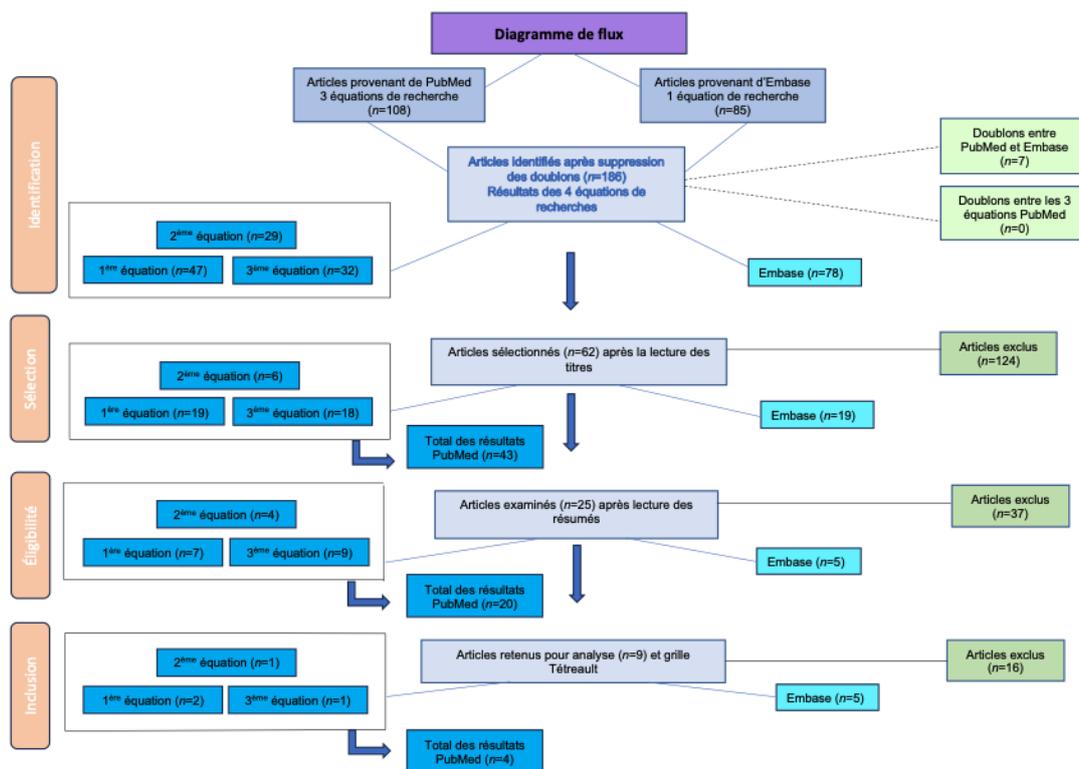


Figure 1
Diagramme de flux

Évaluation de la qualité méthodologique des études

La qualité méthodologique de chaque étude ([Appendice E](#)) a été évaluée grâce à la grille de Tétréault. Cette grille structurée et systématique permet de guider l'évaluation de la qualité et l'utilité des informations fournies par l'auteur-e de chaque étude. Un tableau résumé a été fait pour chaque étude ([Appendice D](#)) afin d'en ressortir les données principales.

Extraction et synthèse des résultats

L'extraction des résultats a commencé par une lecture de chaque étude ainsi qu'une mise en évidence de leurs résultats principaux. Une mise en commun entre les auteurs a été réalisée, ce qui a permis l'élaboration d'une grille synoptique utilisée afin de catégoriser les différents résultats.

Résultats

Description, caractéristiques et qualité des études

Sélection des études

Le processus de la sélection des neuf études est présenté dans le diagramme de flux ([Appendice A](#)) présent dans la partie méthodologie. Le tableau récapitulatif du processus de la sélection des études est présenté en annexe ([Appendice C](#)). Parmi les études sélectionnées, six sont de devis qualitatifs et trois de devis quantitatifs, dont une est une étude pilote. Les études sélectionnées ont été publiées entre 2018 et 2023. Toutes ont été publiées en anglais, sauf une étude publiée en russe.

Contextes démographiques

Il n'y a pas eu de limitations quant aux pays dans lesquels les études ont été réalisées. Quatre des études ont été réalisées en Asie, dont trois en Corée du Sud (Kim & Oh, 2020; Son et al., 2018, 2020) et une en Indonésie (Jiang et al., 2020). Deux des études ont été réalisées en Amérique du Nord, plus précisément aux États-Unis (Athilingam et al., 2018) et au Canada (Sivakumar et al., 2023). Les autres études ont été réalisées en Australie (Ivynian et al., 2020), en Russie (Isaeva et al., 2023) et en Norvège (Aamodt et al., 2020). La totalité des études a été effectuée dans la langue du pays dans lequel chaque étude a été menée.

Échantillon

Toutes les études ont inclus des participant-es majeur-es atteint-es d'insuffisance cardiaque à l'exception d'une étude qui relevait le point de vue des infirmières (Kim & Oh, 2020). Dans sept des études, l'âge moyen variait entre 55 ans et 70 ans (Aamodt et al., 2020; Athilingam et al., 2018; Isaeva et al., 2023; Ivynian et al., 2020; Jiang et al., 2020; Sivakumar

et al., 2023; Son et al., 2018, 2020). Seule une étude relevait une moyenne d'âge de 38 ans (Kim & Oh, 2020), ce qui s'explique par le fait que les participantes étaient des infirmières contrairement aux autres études dans lesquelles les participant-es étaient des patient-es. Les études qui traitaient les besoins, avis et connaissances des patient-es et professionnel-les quant aux comportements d'autosoins étaient principalement qualitatives et présentaient un échantillon de 15 à 20 participant-es (Aamodt et al., 2020; Athilingam et al., 2018; Ivynian et al., 2020; Jiang et al., 2020; Kim & Oh, 2020; Sivakumar et al., 2023; Son et al., 2020). L'étude quantitative (Isaeva et al., 2023) qui traitait également des besoins et avis des patient-es présentait, elle, un échantillon de 54 participant-es. Pour finir, l'étude quantitative (Son et al., 2018) présentait un échantillon de 281 participant-es. L'échantillon total de cette revue de la littérature incluait 448 participant-es. En prenant en compte seulement les études où les classes de l'insuffisance cardiaque étaient connues, l'échantillon a inclus 364 (Aamodt et al., 2020; Ivynian et al., 2020; Jiang et al., 2020; Sivakumar et al., 2023; Son et al., 2018, 2020) participant-es dont 22,8 % appartenaient à la classe I de la New York Heart Association (NYHA), 53,2 % à la classe II et 21,3 % à la classe III. Le reste des participant-es appartenait soit à la classe IV, soit leur classification n'était pas précisée. La classification de l'insuffisance cardiaque selon la NYHA n'étant pas connue dans ces études (Athilingam et al., 2018; Isaeva et al., 2023; Kim & Oh, 2020), elles n'ont donc pas été prises en considération dans les calculs. Dans la majorité des études, plus de 60 % des participant-es étaient des hommes (Aamodt et al., 2020; Ivynian et al., 2020; Jiang et al., 2020; Sivakumar et al., 2023; Son et al., 2018, 2020) excepté l'étude (Isaeva et al., 2023) où ils représentaient 44 % des participant-es. Seule l'étude (Kim & Oh, 2020) qui relevait le point de vue infirmier ne concernait que des femmes. Dans la plupart des études, plus de 70 % des participant-es vivaient accompagné-es (Aamodt et al., 2020; Ivynian et al., 2020; Jiang et al., 2020; Sivakumar et al., 2023; Son et al., 2018, 2020). Dans les études (Aamodt et al., 2020; Isaeva

et al., 2023; Jiang et al., 2020; Son et al., 2018, 2020) il a été relevé que le niveau de formation impactait directement la littératie en santé et par conséquent la gestion des autosoins. En raison des différents systèmes scolaires d'un pays à l'autre, il était difficile d'établir des statistiques communes aux différentes études.

Contexte de soins

Les études ont été réalisées en majorité dans des hôpitaux, des cliniques ou des centres ambulatoire à l'exception de l'étude (Son et al., 2020) qui a été réalisée en partie à domicile. Deux études ont été réalisées dans des structures d'hôpitaux universitaires en Norvège et en Australie (Aamodt et al., 2020; Ivynian et al., 2020), trois autres études dans des hôpitaux publics d'Asie et trois dans des cliniques ambulatoires à Toronto, à Ekaterinbourg et en Corée du Sud. Il n'y avait pas d'informations sur l'étude menée aux États-Unis.

Récoltes de données et instruments de mesures

L'ensemble des études ont appliqué différentes méthodes de récoltes de données en présentiel, par entretiens téléphoniques, par courriers électroniques ou en ligne. La majorité des études ont utilisé des guides d'entretiens ou des questionnaires créés et adaptés spécifiquement pour répondre à l'objectif visé de chaque étude. Les trois études quantitatives ont utilisé diverses échelles : l'échelle de Likert pour évaluer les connaissances en littératie en santé, la version coréenne de l'échelle FRAIL évaluant le niveau de fatigue, la mobilité, le nombre de maladies et la perte de poids, l'échelle EHFSBS-9 qui évalue les capacités d'autosoins, le Mini Cog qui évalue les capacités cognitives, la Self-Care Heart Failure Index (SCHFI) qui évalue la capacité d'autosoins, le Cardiac Self-Efficacy Scale (CSES) qui évalue la confiance des

patients en leur autogestion, le Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) qui mesure la qualité de vie, le Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) qui évalue les symptômes d'anxiété et de dépression, le Short Form of Social Support Questionnaire SSQ6 qui évalue le soutien social (Isaeva et al., 2023; Jiang et al., 2020; Son et al., 2018).

Considération éthique

Sept des études sélectionnées ont obtenu un consentement éclairé de la part des patient-es, pour la plupart par écrit, parmi celles-ci, cinq études ont été approuvées par des comités d'éthique et deux ont été approuvées par des comités institutionnels. Seules deux études ne présentaient aucune information quant aux considérations éthiques (Athilingam et al., 2018; Isaeva et al., 2023).

Synthèse analytique des données

Analyse de chaque étude

Le tableau des résumés des études ([Appendice D](#)) contient : les auteurs ainsi que le titre de l'étude, le devis de l'étude et les types de variables, l'échantillon et caractéristiques principales des participant-es, les objectifs de chaque étude, les interventions, les instruments ou outils de récoltes de données et les résultats principaux. Le niveau de preuve des études qualitatives est majoritairement intermédiaire, dans chacune d'elles, des informations sur la validité et la fiabilité y sont détaillées. Seule une étude (Athilingam et al., 2018) a un niveau de preuve difficile à évaluer en raison du peu d'informations données concernant la validité et la fiabilité. Selon la grille des niveaux de preuves de l'Oxford Centre for Evidence-Based

Medicine (Howick et al., 2011), les études quantitatives sélectionnées sont de niveau de preuve 3, à l'exception d'une étude pilote (Ivynian et al., 2020; Kim & Oh, 2020; Son et al., 2018), qui n'est pas terminée.

Organisation des résultats en catégories logiques

Une synthèse des résultats de chaque étude a été réalisée. Les résultats ont été catégorisés et classés dans un tableau synoptique ([Appendice F](#)). Ces derniers ont été regroupés en trois grandes catégories en lien avec les cadres de références choisis qui sont l'empowerment, les soins centrés sur la personne et la promotion de la santé. Des sous-catégories ressortent de ces dernières : les informations, les moyens de transmission des informations, la communication, l'enseignement, l'environnement et l'utilisation des technologies.

Empowerment

Informations

L'étude d'Ivynian et al. (2020) a relevé que les informations délivrées de manière cohérente et complète de la part des prestataires de soins entraînaient une meilleure compréhension des informations de la part des patient-es. Il a souvent été noté que les informations nécessaires sur l'insuffisance cardiaque et les autosoins qui étaient données par les prestataires étaient inadéquates, mal expliquées ou pas communiquées du tout. Une des participantes a cité :

« ... elle (l'infirmière de réadaptation cardiaque) m'a dit : "Vous êtes ici parce que vous souffrez d'insuffisance cardiaque chronique". Ahh non, désolée, je suis probablement dans la mauvaise chambre. "Non, asseyez-

vous, c'est ce que vous avez". Cela m'a vraiment, vraiment, VRAIMENT époustouflée. Totalement » (traduction libre).

Les patient·es ont souligné la nécessité d'adapter l'information sur l'insuffisance cardiaque en fonction de l'étiologie, des antécédents médicaux et des comorbidités propres à eux·elles.

L'étude de Son et al. (2020) a relevé que les participant·es avaient l'impression de ne pas recevoir suffisamment d'informations de la part du personnel médical concernant la gestion de l'insuffisance cardiaque car ce dernier n'était pas souvent disponible. Ils·elles souhaitaient recevoir des informations personnalisées reflétant leur état de santé actuel car les informations standardisées d'internet ne représentaient pas les caractéristiques de leurs symptômes individuels.

Aamodt et al. (2020) ont relevé que les participant·es exprimaient le besoin d'une brochure qui présente les symptômes et les signes de l'insuffisance cardiaque, ainsi que des informations de contact pour les aider à la maison.

L'étude d'Athilingam et al. (2018) a traité du développement d'une application mobile nommée HeartMapp, qui présentait différentes fonctionnalités. Une fonction d'alertes de différents niveaux qui se déclenchaient à la suite de l'introduction de données concernant le poids et les symptômes relevés par le·la patient·e. Ces alertes permettaient d'informer le·la patient·e concernant la stabilité de ses symptômes et donnaient des indications sur les pratiques d'autosoins à adopter en fonction du niveau dans lequel se trouvait le·la patient·e. Une autre fonction contenait la liste des médicaments personnalisée et modifiable du·de la patient·e, qui lui rappelait sa prise des médicaments. L'application HeartMapp pouvait également stocker les données relatives aux signes vitaux sur le téléphone de son utilisateur ou utilisatrice, ce qui lui permettait d'évaluer ses progrès au fil du temps.

Moyens de transmission des informations

Ivynian et al. (2020) ont relevé que la communication écrite et visuelle était décrite comme une stratégie efficace pour transmettre clairement des messages de santé à une population qui n'était pas forcément bien éduquée. Selon les patient-es, les prestataires étaient la source préférée d'informations sur l'insuffisance cardiaque étant donné qu'ils étaient considérés comme dignes de confiance et qu'ils offraient des informations adaptées. Dans la plupart des cas, les informations trouvées sur internet devaient être traitées avec prudence selon les patient-es. Cependant, les informations offertes par des organisations spécifiques à l'insuffisance cardiaque, tels que les services en ligne ou par téléphone étaient considérés comme sources d'informations crédibles.

Kim & Oh (2020) ont relevé que le manque de ressources conçues exclusivement pour les patient-es âgé-es obligeait les infirmiers ou infirmières à consacrer du temps et des efforts supplémentaires à l'adaptation de ces supports pour transmettre des messages concrets, essentiels et succincts afin que les patient-es âgé-es puissent les utiliser chez eux-elles pour préserver leur santé et gérer leur maladie.

L'étude d'Aamodt et al. (2020) a relevé les différents outils permettant aux patient-es une autonomie dans leurs soins. Ces différents outils étaient : des outils papier comme un journal ou une brochure ou des dispositifs médicaux comme une balance et un gilet de mesure du liquide pulmonaire.

Son et al. (2020) ont relevé que les participant-es étaient préoccupé-es et septiques par le fait que la plupart des informations sur internet n'étaient pas vérifiées, ce qui entraînait une méfiance envers internet. Ils-elles voulaient des informations prouvées et validées pour leurs soins de santé.

Communication

Dans l'étude d'Ivynian et al. (2020), il a été relevé que des fonctions exécutives limitées constituaient un obstacle à la mémorisation d'informations vitales sur la santé, en particulier la terminologie clinique. La prise de note était un moyen efficace relevé dans l'étude pour y remédier. L'étude a également mis en évidence que les difficultés de mémorisation entraînaient des lacunes dans les connaissances des patient-es et impactaient la communication avec les prestataires étant donné que les patient-es n'étaient pas en mesure de communiquer efficacement leurs préoccupations à leurs médecins. Lorsque la compréhension était claire entre le prestataire et le-la patient-e, la communication était efficace. Une des participantes a souligné que :

« ... parce qu'elle parle simplement ... elle ne parle pas avec de longs mots ou quoi que ce soit, elle parle simplement pour que tout le monde comprenne ce qu'elle dit » (traduction libre).

Les moyens relevés pour y remédier étaient un langage simple et le fait que les patient-es demandaient des clarifications lors d'incompréhensions. Cette étude a également observé que la nature de la relation entre le-la patient-e et le prestataire impactait le niveau d'aisance à communiquer ouvertement et à poser des questions lors des consultations. Les relations devraient être fondées sur la confiance, la compassion, la flexibilité et avoir une communication bidirectionnelle, ce qui permettrait aux participant-es de se sentir plus à l'aise pour s'adresser à leur prestataire. Dans certains cas, les consultations entre patient-es et prestataires n'étaient pas perçues comme un moment approprié pour poser des questions si l'on ne possédait pas déjà un haut niveau de compréhension.

L'étude de Kim & Oh (2020) a soulevé que les infirmières estimaient qu'il était difficile de travailler avec des patient·es plus âgé·es, principalement en raison d'un manque de compréhension pour lequel les patient·es âgé·es avaient certaines attitudes qui les empêchaient de s'engager dans l'information sur la santé. Ces attitudes présentaient trois caractéristiques : un manque d'intérêt pour la gestion de leur état de santé, un refus de s'adapter à de nouveaux comportements en matière de santé et l'acceptation et le maintien de ce qu'ils·elles voulaient. Cette étude a également mis en évidence des obstacles cognitifs à la compréhension comme, la durée d'attention courte, la capacité de compréhension réduite et les problèmes de mémoire, qui étaient des limitations fonctionnelles importantes empêchant une éducation efficace. En raison de ces limitations, les résultats de l'étude ont proposé des sessions éducatives brèves et dispensées par des formateurs et formatrices expérimenté·es. Les instructions données devaient être lentes et répétées autant de fois que nécessaire. Des obstacles physiques ont été relevés, comme les problèmes auditifs et visuels, courant chez les personnes âgées. Les supports pédagogiques prêts à l'emploi destinés à la population générale n'étaient pas adaptés à la population âgée en termes de taille des caractères, de terminologie utilisée et d'éventails d'informations.

D'après l'étude de Son et al. (2018), les connaissances en matière de santé présentaient une corrélation négative significative avec la fragilité ($r=-0,46$, $p<0,001$). En revanche, la littératie en matière de santé présentait une corrélation positive significative avec les comportements d'autosoins ($r=0,34$, $p<0,001$). La fragilité avait une association négative significative avec les comportements d'autosoins ($r=-0,32$, $p<0,001$).

L'étude de Son et al. (2020) qui traitait des besoins et perspectives des patient·es en ce qui concerne l'utilisation de la santé mobile à domicile, a relevé que les

participant-es avaient généralement fait l'expérience d'un manque de communication avec les médecins. Les participant-es avaient exprimé qu'ils-elles se sentaient rassurés s'ils-elles pouvaient facilement communiquer davantage avec le personnel médical dans leur vie quotidienne.

Dans l'étude d'Aamodt et al. (2020), aucun-e participant-e n'avait déclaré avoir eu recours à la consultation vidéo ou à des appels téléphoniques avec des professionnel-les de la santé. Cependant, les participant-es utilisaient des applications pour faire des appels vidéo ou suivre des cours. Ils-elles ont reconnu que les consultations vidéo permettaient d'économiser du temps, de l'énergie et des ressources hospitalières. Certain-es participant-es considéraient les consultations numériques par vidéo et téléphone comme impersonnelles. Les consultations en face à face avec une infirmière spécialisée dans l'insuffisance cardiaque aidaient les participant-es à s'autogérer à domicile. Les participant-es avaient déclaré qu'il était essentiel dans ce type de rencontres de faire l'expérience de la communication non-verbale.

Soins centrés sur la personne

Enseignement

Les participant-es de l'étude d'Ivynian et al. (2020) ont exprimé leur préférence pour une diffusion de l'information en face à face et à intervalles réguliers afin de faciliter la mémorisation de l'information. Une des participantes a dit que :

« ... l'information pourrait être diffusée sur une période de temps (à l'hôpital) au lieu d'un seul coup ... vous n'allez absorber qu'une partie de l'information et le reste vous passera au-dessus de la tête ... si vous pouviez aborder les choses par morceau, ce serait plus facile » (traduction libre).

L'étude de Kim & Oh (2020) a relevé que les infirmières ajustaient la profondeur et l'étendue des informations transmises sur la base de leurs jugements subjectifs quant au niveau de compréhension du-de la patient-e et sa capacité à suivre les instructions données dans son quotidien. D'autres stratégies fréquemment utilisées par les infirmières ont été relevées : la mise en évidence et le résumé des informations clés, la répétition des explications, l'interrogation du-de la patient-e pour confirmer ce qu'il-elle avait compris du contenu, la rédaction de listes de choses à faire à la fin de la session, les dessins et l'utilisation d'objets et d'exemples de la vie réelle.

Environnement

Dans l'étude de Kim & Oh (2020) il a été relevé que les infirmières interrogeaient naturellement les proches aidant-es durant les séances d'éducation en raison d'incompréhensions ou d'oublis des instructions de la part des patient-es âgé-es. Certaines infirmières étaient plus enclines à se concentrer sur l'éducation du-de la proche aidant-e plutôt que celle du-de la patient-e. Cette même étude a également relevé des conditions susceptibles d'affecter l'adhésion aux recommandations médicales ou à l'autogestion comme, le fait de vivre seul-e ou avec un-une conjoint-e âgé-e, la vulnérabilité financière, un faible niveau d'éducation, un manque de confiance en soi, l'absence de système de soutien et l'accès facile à des informations non vérifiées provenant des médias. Certaines infirmières ont souligné que toutes ces conditions désavantageuses décrites ci-dessus, jouaient un rôle important dans la perte de la capacité de prise de décision chez les patient-es âgé-es vulnérables. Une des infirmières a dit que :

« Les patients qui ont un faible niveau de littératie en matière de santé sont généralement socialement vulnérables. Comment dire ... Certaines choses

que les gens ordinaires considèrent comme relevant du "bon sens" sont parfois méconnues par les personnes ayant un faible niveau de littératie en matière de santé. ... » (traduction libre).

Dans ce cas, les explications devaient être plus concrètes et détaillées pour que le-la patient·e puisse comprendre les informations transmises par l'infirmière.

L'étude Son et al. (2018) a relevé que le niveau de littératie en santé était plus élevé chez les participant·es plus jeunes ($F=30,45$, $p<0,001$), les hommes ($t=3,35$, $p<0,001$) et les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé ($F=26,09$, $p<0,001$). Les personnes ayant un emploi ($t=7,66$, $p<0,001$) et celles ayant un revenu mensuel plus élevé ($t=-8,30$, $p<0,001$) avaient également un niveau de littératie en santé plus élevé.

Promotion de la santé

Utilisation des technologies

Les participant·es de l'étude de Son et al. (2020), estimaient que des fonctions telles que des rappels de ce qu'ils·elles doivent faire sont nécessaires dans le cadre des autosoins. Ces fonctions les aideraient à prendre soins d'eux·elles-même de manière autonome, cependant ils·elles souhaitaient disposer de plus de fonctionnalités concernant les alertes.

Les participant·es de l'étude de Sivakumar et al. (2023) ont également partagé leur point de vue sur les fonctionnalités potentielles à intégrer dans les applications mobiles. Plusieurs participant·es ont estimé qu'il était utile qu'une application comprenne des alarmes ou des rappels pour les activités d'autosoins tels que la prise de médicaments, le suivi de la tension artérielle et du poids, l'exercice physique ainsi

que des conseils relatifs à l'alimentation. Selon quelques participant·es, le fait d'avoir des représentations visuelles comme des graphiques ou le fait de pouvoir fixer des objectifs, tels que le nombre de pas, pouvait être motivant et encourageant et permettrait de montrer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs. De plus, la possibilité de relier les informations de santé entre les applications et les autres appareils a été soulignée comme utile par un participant. Un autre point relevé dans cette étude était que la plupart des participant·es avaient vu une opportunité pour les applications de rendre le partage d'informations facilement accessible à la fois pour eux·elles et pour leur prestataire de soins de santé. Ces informations pouvaient aider les prestataires de soins à suivre l'état de santé des patient·es et à signaler les problèmes. Nombre d'entre eux·elles avaient également indiqué qu'ils·elles se sentaient souvent "isolé·es" et "seul·es" dans la gestion de leur maladie et estimaient qu'une application permettant de communiquer avec d'autres patients pouvait favoriser le soutien social, le sentiment d'appartenance à une communauté et soutenir leur santé mentale. Ce type de soutien pourrait être particulièrement bénéfique pour les patient·es nouvellement diagnostiqué·es.

Selon l'étude d'Aamodt et al. (2020) et celle de Sivakumar et al. (2023), les participant·es utilisaient des applications sur leur smartphone quotidiennement et certain·es d'entre eux·elles les utilisaient pour surveiller leur santé. Les participant·es de l'étude d'Aamodt et al. (2020) avaient déclaré que l'idéal pour une future application d'insuffisance cardiaque serait d'afficher des informations officielles sur l'insuffisance cardiaque, les symptômes et les signes d'aggravation de la maladie, une liste et une fonction de rappel concernant la prise des médicaments. Un participant a déclaré que :

« Une application avec des informations sur l'insuffisance cardiaque fournies par les professionnels de la santé me serait utile. Parfois, je sens mon

cœur s'emballer et j'utilise une application avec des instructions sur ce qu'il faut faire comme s'allonger sur le canapé, ce qui est pertinent pour moi » (traduction libre).

Athilingam et al. (2018) avaient relevé que l'application HeartMapp, en cours de développement, comprenait une fonction d'exercices de respiration profonde et mesurait l'activité physique à l'aide de la distance parcourue. Elle encourageait la pratique d'une activité physique avec de la marche pendant 30 minutes trois à quatre fois par semaine ou selon tolérance. Une fonction de l'application permettait aux utilisateurs et utilisatrices d'accéder à des informations éducatives interactives et audio sur l'insuffisance cardiaque, comme l'envoi de messages textuels générés au hasard qui contenaient des conseils éducatifs pour améliorer les autosoins et les connaissances. Une autre fonction d'HeartMapp était un graphique affichant les indicateurs de l'état de santé du·de la patient·e qui pouvaient utiliser ces données pour communiquer avec leurs prestataires de soins lors de visites au cabinet.

Adhérence aux technologies

L'étude de Son et al. (2020) avait relevé que les participant·es étaient conscient·es de la nécessité d'utiliser les téléphones mobiles pour les soins de santé, mais ils·elles exprimaient certaines inquiétudes. En effet, les participant·es plus âgé·es percevaient l'utilisation d'un téléphone portable comme complexe et avaient de la difficulté à l'utiliser sans l'aide d'autrui. De plus, les participant·es s'inquiétaient de la divulgation de leurs informations personnelles et exprimaient la nécessité de prendre des mesures supplémentaires dans ce domaine. Concernant les coûts, il a été relevé que les participant·es étaient préoccupé·es par le fait d'engager des frais supplémentaires pour l'utilisation de divers services de téléphonie mobile. Un participant a indiqué que :

« ... Le smartphone lui-même est cher ; de plus, je dois payer pour les données, c'est donc une charge pour moi. » (traduction libre).

Cette étude relève également que les participant·es s'attendaient à ce que l'application de santé mobile améliore leur qualité de vie en augmentant leur efficacité dans leurs autosoins grâce au gain de temps. Ils·elles pensaient que si les autosoins étaient mieux maintenus, cela réduirait les risques de réhospitalisations.

Sivakumar et al. (2023) a relevé que les participant·es ont déclaré qu'ils·elles attendaient avant d'acquérir une nouvelle technologie et qu'ils·elles ne ressentent pas le besoin de s'en équiper, certain·es ne remplaçant leurs appareils technologiques que lorsqu'ils ne fonctionnaient plus. Concernant les facteurs influençant l'utilisation des technologies mobiles, cette étude en a énumérés plusieurs, notamment, la présence d'informations crédibles sur l'insuffisance cardiaque tels que l'éducation sur les symptômes cardinaux et des conseils en cas d'événements cardiaques et des fonctionnalités pratiques et utiles. Plusieurs participant·es avaient également déclaré qu'ils·elles utiliseraient une application conçue pour la gestion de l'insuffisance cardiaque parce qu'elle serait pratique et donnerait accès à des informations précises et dignes de confiance. La facilité d'utilisation était également un facteur important, l'interface devait être conviviale, intuitive, claire et simple. Si l'interface n'était pas facile à utiliser et que les informations étaient difficiles à comprendre, les participant·es n'utiliseraient pas l'application. Certain·es participant·es avaient déclaré qu'ils·elles utiliseraient une application que s'ils·elles avaient la possibilité de la tester avant de l'acheter et/ou si elle était approuvée par leur prestataire de soins de santé. Le fait de pouvoir personnaliser l'application en incluant les problèmes médicaux et les besoins propres à chacun était important pour l'utilisation de l'application mobile. Concernant les facteurs empêchant l'utilisation des applications mobiles, cette étude a identifié le fait

d'être "inapte" avec la technologie, les problèmes d'accessibilité, le respect de la vie privée, la fiabilité, le coût et les limites des capacités des logiciels et des appareils. Les problèmes d'accessibilités potentiels liés aux applications concernaient la dactylographie, l'audition, la vue (par exemple les couleurs, la disposition de l'écran ou la configuration de l'écriture), la cognition et la mémoire comme par exemple la mémorisation de mots de passe.

L'analyse des relations de l'étude d'Isaeva et al. (2023) a relevé que le niveau de compétence numérique dépendait de l'âge des participant·es ($r=-0,575$; $p<0,001$) et qu'il était également plus élevé dans le groupe de ceux·celles qui travaillaient ($r=0,499$; $p<0,001$), de ceux·celles en âge de travailler ($r=0,628$; $p<0,001$), et de ceux·celles qui avaient accès à internet ($r=0,546$; $p<0,001$) et aux smartphones ($r=0,504$; $p<0,001$). Le niveau de culture numérique étudié en fonction de l'âge et des facteurs sociaux n'avait aucune différence significative. Les résultats du questionnaire ont relevé que le niveau de confiance numérique dans les technologies du système de santé était élevé chez les patient·es atteint·es d'insuffisance cardiaque. Une analyse par paires de la compétence numérique, de la littératie et de la confiance a montré que la confiance numérique augmentait lorsque la compétence numérique était élevée ($r=0,362$; $p=0,012$).

Discussion

Interprétation des résultats

Cette revue de la littérature a répondu partiellement aux objectifs initiaux, qui étaient de connaître les attentes et besoins des patient-es dans l'accompagnement de leurs autosoins à l'aide d'applications mobiles ainsi que d'identifier le rôle infirmier dans cet accompagnement. En effet, les résultats des études ont permis d'identifier les attentes et besoins des patient-es. Cependant, le rôle infirmier dans l'accompagnement est peu décrit dans les études actuelles, ce qui apporte peu d'interventions concrètes. Effectivement, les études rapportent que les infirmiers et infirmières font face à de nombreux obstacles lors de l'enseignement aux patient-es. Diverses études ont relevé des obstacles cognitifs à la compréhension comme, la durée d'attention limitée, la capacité de compréhension réduite, les problèmes de mémoire et une littératie en santé limitée. Le niveau de littératie en santé est plus élevé chez les jeunes, les hommes ainsi que chez les personnes ayant un emploi et un revenu mensuel plus élevé (Kim & Oh, 2020). Des obstacles physiques comme des problèmes auditifs et visuels (Kim & Oh, 2020) impactent aussi la compréhension. De plus, les attitudes concernant les autosoins des patient-es, dépendent de leur intérêt et de leur acceptation quant à l'autogestion de leur maladie ou au refus de s'adapter à un nouveau comportement (Kim & Oh, 2020). Plusieurs conditions sont susceptibles d'affecter l'adhésion à l'autogestion comme, le fait de vivre seul-e ou avec un-une conjoint-e âgé-e, avoir un faible niveau d'éducation et un manque de confiance en soi (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Par conséquent, comme l'indique Gottlieb, les infirmiers et infirmières ont un rôle essentiel dans la reconnaissance et le développement des forces des patient-es. L'infirmier ou infirmière doit collaborer avec le-la patient-e afin qu'il-elle utilise ses forces comme ressources à l'apprentissage (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Ensuite, les diverses études ont démontré que les patient-es ont besoin que les informations soient cohérentes et complètes,

prouvées et validées (Kim & Oh, 2020; Son et al., 2020) et qu'elles proviennent des prestataires de soins. De plus, elles doivent être adaptées et personnalisées en fonction de la pathologie, des signes et symptômes et des antécédents médicaux des patient-es (Aamodt et al., 2020; Ivynian et al., 2020; Son et al., 2020). Pour que les informations soient transmises de manière adéquate, il est nécessaire que les infirmiers et infirmières aient une communication visuelle et écrite (Ivynian et al., 2020), et qu'ils-elles proposent des supports adaptés avec des messages concrets essentiels et succincts (Kim & Oh, 2020). Par exemple, des outils papier comme un journal ou une brochure peuvent être utilisés, une rédaction de listes de choses à faire, des dessins et objets de la vie réelle (Aamodt et al., 2020). Les infirmiers ou infirmières doivent transmettre les informations de manière lente et répétée avec un langage simple. Pour confirmer la compréhension de l'information reçue, les infirmiers ou infirmières doivent résumer les informations clés, les répéter et les faire reformuler au-à la patient-e (Kim & Oh, 2020). Les sessions d'éducation doivent être brèves, idéalement en face à face et à intervalles réguliers (Ivynian et al., 2020; Kim & Oh, 2020; Son et al., 2020). Les infirmiers et infirmières doivent se baser sur leurs jugements subjectifs en évaluant le niveau de compréhension du-de la patient-e. Comme le recommande Gottlieb (Gottlieb & Gottlieb, 2014), les infirmiers et infirmières doivent faire de nombreuses observations et établir un jugement clinique de façon à adapter leur prise en charge et leur enseignement au besoin du-de la patient-e et par conséquent, améliorer sa compréhension de l'information. Concernant l'utilisation des technologies mobiles pour les autosoins, les patient-es sont conscient-es de la nécessité de les utiliser mais ils-elles expriment certaines inquiétudes quant à leur utilisation (Son et al., 2020). Les patient-es relèvent des facteurs qui freinent cette utilisation. Ces facteurs relevés sont l'utilisation complexe de l'application et de son interface, les difficultés d'utilisation sans l'aide d'autrui, la

peur de la divulgation d'informations personnelles, les problèmes d'accessibilité, la fiabilité et le coût. Le niveau de compétence impacte la capacité d'utilisation des applications mobiles, celui-ci dépendant de l'âge des patient-es, de l'accès à internet et aux smartphones et de si le-la patient-e est professionnellement actif ou active (Isaeva et al., 2023; Sivakumar et al., 2023; Son et al., 2020). Dans les différentes études, les patient-es indiquent leurs besoins spécifiques quant aux applications. Il est important de connaître ces besoins en tant qu'infirmier ou infirmière de façon à pouvoir orienter le-la patient-e vers des applications qui répondent à leurs besoins. Le fait de respecter les besoins des patient-es en termes de contenu aura un impact positif dans l'intégration d'application mobile dans les autosoins. En effet, cela aura une influence positive directe sur l'intégration de comportements durables et donc améliorera la santé (« Nola Pender », s. d.; RN, 2019). Les patient-es ont besoin que l'application contienne des informations spécifiques à l'insuffisance cardiaque (Aamodt et al., 2020; Athilingam et al., 2018; Ivynian et al., 2020), une fonction de rappels ou d'alarmes pour les activités d'autosoins tels que la prise de médicaments, le suivi de la tension artérielle et du poids, l'exercice physique et des conseils d'alimentation (Aamodt et al., 2020; Athilingam et al., 2018; Sivakumar et al., 2023; Son et al., 2020). L'application doit contenir des représentations visuelles telles que des graphiques qui permettraient de montrer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs. Selon les patient-es, le fait de pouvoir personnaliser l'application en incluant les problèmes médicaux et les besoins propres à chacun est important pour qu'ils-elles l'utilisent (Sivakumar et al., 2023). Les patient-es attendent de l'application qu'elle leur permette un partage d'informations avec leurs prestataires de soins (Athilingam et al., 2018; Sivakumar et al., 2023), ainsi que des conseils indiquant comment réagir en cas d'évènements cardiaques (Sivakumar et al., 2023). Ils-elles espèrent que l'efficacité de leurs autosoins soit améliorée grâce à un gain de temps

(Son et al., 2020). Les patient·es souhaitent pouvoir tester l'application, que celle-ci soit validée et recommandée par leurs prestataires de soins et que l'interface soit facile d'utilisation (Sivakumar et al., 2023). Comme dit Pender, le fait d'orienter les comportements du·de la patient·e sur un objectif de soins personnels en partenariat avec les prestataires de soins tout en ajustant les autosoins du·de la patient·e, va permettre de maintenir un environnement adéquat à une bonne qualité de vie (Pender, 2011).

Identification des forces et des limites

Forces

Cette revue de la littérature présente un certain nombre de forces. Premièrement, le sujet traité de cette revue est innovant car il aborde l'importance du rôle infirmier dans l'intégration des applications mobiles pour les autosoins. De plus, toutes les études retenues sont récentes, leurs résultats sont donc actuels et valables. Cette revue est également basée sur des cadres de références infirmiers, ce qui permet de répondre à la question de recherche en intégrant le rôle et le point de vue infirmier. Enfin, les études sélectionnées ont été réalisées dans différents pays, ce qui permet une vision élargie de l'éducation thérapeutique. Il a été relevé que les résultats sont similaires d'un pays à l'autre quant à l'autogestion, ce qui les rend généralisables.

Limites

Des limites sont présentes dans cette revue, comme le fait que toutes les études ont été traduites de l'anglais au français par le traducteur DeepL (*DeepL Traduction* –

DeepL Translate, s. d.), ce qui ne permet pas d'assurer la fiabilité des informations transcrites. Une étude a notamment posé problème (Isaeva et al., 2023) par le fait qu'elle a été traduite du russe, ce qui a engendré des difficultés pour sa compréhension, particulièrement de ses résultats. De plus, deux études n'apportent pas de résultats concrets quant à nos attentes, car l'une n'est pas terminée (Athilingam et al., 2018) et l'autre est une étude pilote (Jiang et al., 2020). En effet, l'étude pilote relève des informations intéressantes. Elle propose une esquisse d'un programme d'intervention, dirigé par des infirmiers ou infirmières pour la gestion des soins des patient·es atteint·es d'insuffisance cardiaque avec une application. Cependant, ces résultats n'ont pas été repris car c'est une étude pilote, ce qui implique que les informations qui en ressortent n'ont pas été vérifiées et ne sont pas généralisables. En général, il a été difficile de trouver une étude reprenant l'ensemble des concepts, ce qui a compliqué les recherches dans les bases de données. Les études sélectionnées ne reprennent que certains concepts qui ont dû être rassemblés afin de répondre à l'objectif. Finalement, le fait que ce travail était une première expérience des auteures dans la recherche scientifique a eu un impact dans son ensemble, d'autant plus dans l'interprétation et la présentation des résultats.

Recommandations

Recommandations pour la pratique

Il est nécessaire que les institutions et les établissements médicaux proposent des formations à leur personnel infirmier. Ces formations devraient inclure l'enseignement des autosoins à leurs patient-es et à l'utilisation des technologies, plus précisément des applications mobiles. Grâce à ces formations, les infirmiers et infirmières pourraient proposer des accompagnements personnalisés et complets en fonction du-de la patient-e. De plus, des consultations infirmières qui assurent un suivi régulier du-de la patient-e devraient être proposées. Pour ce faire, il est nécessaire d'avoir du temps et des ressources consacrés à cet enseignement. En parallèle, il conviendrait d'intégrer tous les professionnel·les de la santé dans la prise en charge globale afin d'assurer un suivi interdisciplinaire.

Implications pour la recherche

Actuellement, dans la littérature scientifique, il y a un manque d'informations concernant des interventions concrètes quant au rôle infirmier dans la façon d'enseigner. Il serait intéressant de réaliser une étude approfondie qui mette en avant le rôle infirmier dans la gestion des autosoins des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque à l'aide d'une application mobile. De futures études permettraient la réalisation de guidelines afin de les intégrer dans la pratique.

Conclusion

Cette revue de littérature apporte des éléments de réponse à la question de recherche. En effet, les études ont démontré que pour que les patient-es développent la gestion de leurs soins à l'aide d'applications mobiles, il est primordial d'identifier les obstacles à la communication lors des enseignements de façon à assurer des transmissions de qualité. De plus, un des besoins principaux relevé par les patient-es est la possibilité de pouvoir personnaliser une application pour le suivi de leur maladie, ce qui influence positivement l'adhérence à l'utilisation d'une application mobile. Effectivement, l'adhérence a été relevée comme un des obstacles importants à l'utilisation de la technologie. Finalement, les patient-es relèvent l'importance et la nécessité d'un suivi infirmier de proximité et régulier de façon qu'ils-elles se sentent rassurés dans la gestion de leur maladie, d'autant plus en intégrant l'utilisation d'une application mobile.

Ce travail de Bachelor, nous a menés aux questionnements suivants : « Ne serait-il pas pertinent de mettre en place des consultations infirmières dès la pose du diagnostic d'insuffisance cardiaque, de façon à accompagner les patient-es dans leurs soins et la gestion globale de leur maladie ? Au cours de ces consultations, l'utilisation d'applications mobiles ne devrait-elle pas systématiquement être proposée ? ».

Références

Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T., & Lie, I. (2020). Tools to Support Self-Care Monitoring at Home : Perspectives of Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), Article 23. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238916>

Alligood, M. R. (2017). *Nursing Theorists and Their Work: Vol. 9ème édition*. Elsevier. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/hesso/detail.action?docID=5561509>

Athilingam, P., Clochesy, J. M., & Labrador, M. A. (2018). Intervention Mapping Approach in the Design of an Interactive Mobile Health Application to Improve Self-care in Heart Failure. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(2), 90. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000383>

CISMeF. (s. d.). *HeTOP* [Texte.portail]. Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen. Consulté 17 mars 2023, à l'adresse <https://www.hetop.eu/hetop/>

DeepL Traduction – DeepL Translate : Le meilleur traducteur au monde. (s. d.). Consulté 5 juillet 2023, à l'adresse <https://www.DeepL.com/translator>

Ghizzardi, G., Arrigoni, C., Dellafiore, F., Vellone, E., & Caruso, R. (2022). Efficacy of motivational interviewing on enhancing self-care behaviors among patients with chronic heart failure : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Heart Failure Reviews*, 27(4), 1029-1041. <https://doi.org/10.1007/s10741-021-10110-z>

Gottlieb, L. N., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces* (Editions du renouveau pédagogique inc). De Boeck.

Howick, J., Chalmers, I., Glasziou, P., Greenhalgh, T., Heneghan, C., Lierati, A., Moschetti, I., Phillips, B., & Thomton, H. (2011). *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011 Levels of Evidence*. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/ocebml-levels-of-evidence>

Hutchings, R., & Sherlaw-Johnson, C. (s. d.). Supporting patient engagement with digital health care innovations. *Mai 2022*, 37.

Insuffisance cardiaque : Des recherches novatrices. (s. d.). *Institut Pasteur de Lille*. Consulté 8 décembre 2022, à l'adresse <https://pasteur-lille.fr/actualites/dossiers/recherche-insuffisance-cardiaque/>

Insuffisance cardiaque en 2021 : Un tour d'horizon pour le généraliste. (s. d.). *Revue Medicale Suisse*. Consulté 15 décembre 2022, à l'adresse <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2021/revue-medicale-suisse-728/insuffisance-cardiaque-en-2021-un-tour-d-horizon-pour-le-generaliste>

Insuffisance cardiaque—Troubles cardiovasculaires. (2022, septembre). Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque>

Isaeva, A. V., Krasnova, K. S., Tagoev, Yu. Sh., Shirokova, E. I., Demkina, A. E., Korobeynikova, A. N., Vladzimirskiy, A. V., & Smolenskaya, O. G. (2023). A study of the digital readiness of patients with chronic heart failure. *Profilakticheskaya Meditsina*, 26(3), 101. <https://doi.org/10.17116/profmed202326031101>

Ivynian, S. E., Newton, P. J., & DiGiacomo, M. (2020). Patient preferences for heart failure education and perceptions of patient-provider communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1094-1101. <https://doi.org/10.1111/scs.12820>

Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V. X., Lee, C. Y., Yang, L. F., Koh, K. W. L., & Wang, W. (2020). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 212-222. <https://doi.org/10.1177/1474515119872853>

Journée scientifique «Renforcer la littératie en santé : Pourquoi? Comment?». (s. d.). Institut et Haute Ecole de la Santé La Source. Consulté 21 décembre 2022, à l'adresse <https://www.ecolelasource.ch/evenement/journee-litteratie/>

Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6455. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186455>

L'insuffisance cardiaque—Une pathologie sous-estimée. (s. d.). medportal | Das Portal für Angehörige medizinischer Fachkreise. Consulté 15 décembre 2022, à l'adresse <https://www.medportal.ch/fr/domaines-therapeutiques/cardiologie/linsuffisance-cardiaque-une-pathologie-sous-estimee>

McBeath, K. C. C., Angermann, C. E., & Cowie, M. R. (2022). Digital Technologies to Support Better Outcome and Experience of Care in Patients with Heart Failure. *Current Heart Failure Reports*, 19(3), 75-108. <https://doi.org/10.1007/s11897-022-00548-z>

Mullens, W., Sharif, F., Dupont, M., Rothman, A. M. K., & Wijns, W. (2020). Digital health care solution for proactive heart failure management with the Cordella Heart Failure System : Results of the SIRONA first-in-human study. *European Journal of Heart Failure*, 22(10), 1912-1919. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1870>

Nola Pender. (s. d.). *Nursing Theory*. Consulté 16 décembre 2022, à l'adresse <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Nola-Pender.php>

Obro, L. F., Heiselberg, K., Krogh, P. G., Handberg, C., Ammentorp, J., Pihl, G. T., & Osther, P. J. S. (2021). Combining mHealth and health-coaching for improving self-management in chronic care. A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 680-688. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.026>

Pender, N. (2011). *The Health Promotion Model* (p. 17).

Pepin, J., Ducharme, F., & K rouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e  dition). Cheneli re Education.

Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2017). *Middle Range Theories : Application to Nursing Research and Practive* (4e  dition). Wolters Kluwer.

Pike, E. (2016). *Continuous monitoring of pulmonary artery pressure via an implanted leadless and battery less pressure sensor for the management of patients with moderate to severe heart failure (New York Heart Association class III)*. 74. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/kontinuerlig-monitorering-av-trykk-i-pulmonalarterien-via-en-implantert-tradlos-sensor.pdf>

RN, A. G., BSN. (2019, ao t 21). *Nola Pender : Health Promotion Model (Nursing Theory Guide)*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>

Sivakumar, B., Lemonde, M., Stein, M., Mak, S., Al-Hesayan, A., & Arcand, J. (2023). Patient perspectives on the use of mobile apps to support heart failure management : A qualitative descriptive study. *PLOS ONE*, 18(5), e0285659. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285659>

Son, Y.-J., Oh, S., & Kim, E. Y. (2020). Patients' needs and perspectives for using mobile phone interventions to improve heart failure self-care : A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2380-2390. <https://doi.org/10.1111/jan.14455>

Son, Y.-J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2474. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112474>

SPF. (s. d.). *La littératie en santé : Un concept critique pour la santé publique*. Consulté 21 décembre 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en->

sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique

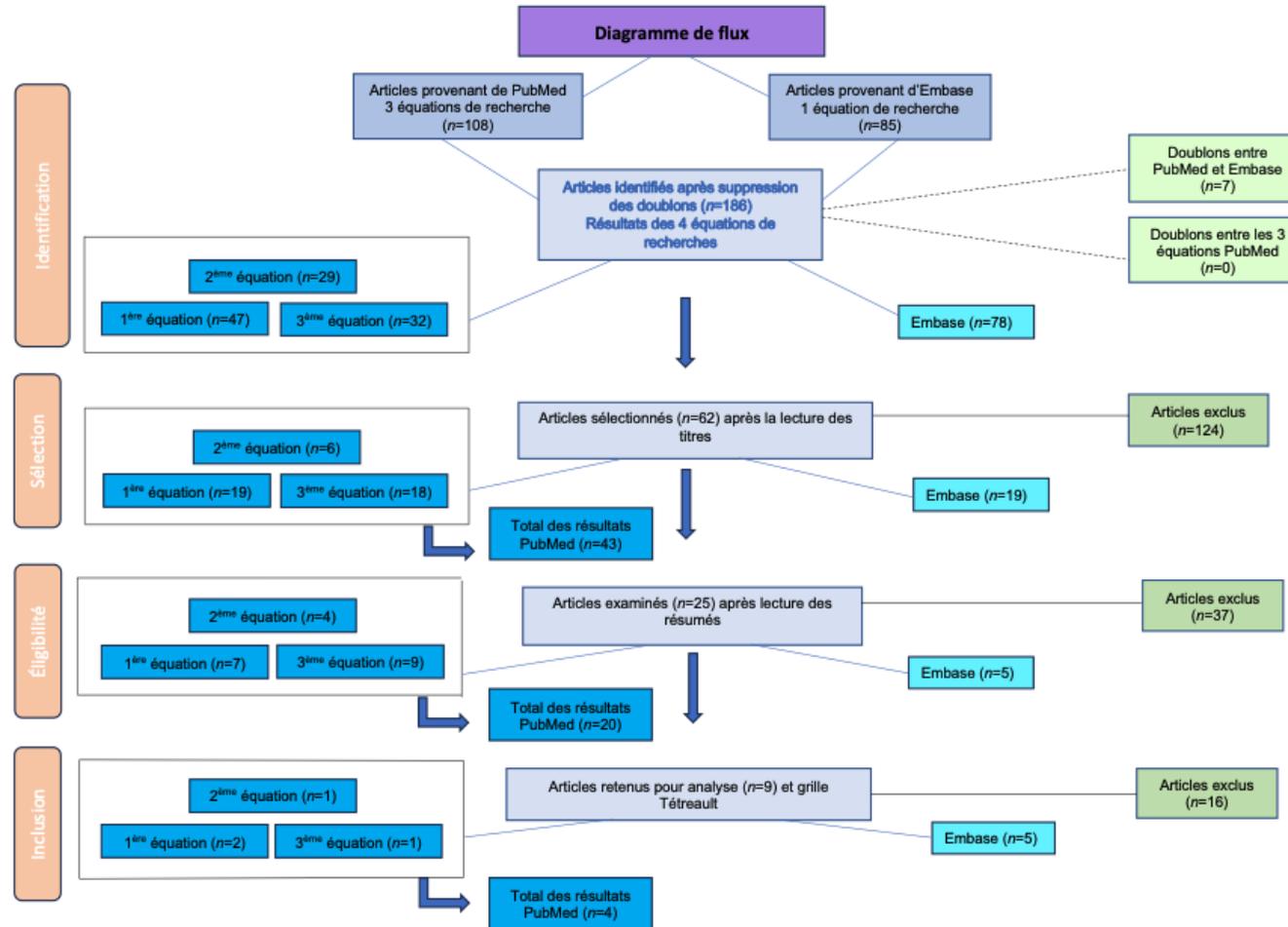
Victoria-Castro, A. M., Martin, M., Yamamoto, Y., Ahmad, T., Arora, T., Calderon, F., Desai, N., Gerber, B., Lee, K. A., Jacoby, D., Melchinger, H., Nguyen, A., Shaw, M., Simonov, M., Williams, A., Weinstein, J., & Wilson, F. P. (2022). Pragmatic randomized trial assessing the impact of digital health technology on quality of life in patients with heart failure: Design, rationale and implementation. *Clinical Cardiology*, 45(8), 839-849. <https://doi.org/10.1002/clc.23848>

WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision : Executive summary. (s. d.). Consulté 30 novembre 2022, à l'adresse <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240052239>

Zaugg, V., Savoldelli, V., Sabatier, B., & Durieux, P. (2014). Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : Méthodologie des revues systématiques. *Santé Publique*, 26(5), 655-667. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0655>

Appendices

Appendice A : Diagramme de flux



Appendice B : Captures d'écran des équations de recherches

Query box

Enter / edit your search query here

Search

History and Search Details

Download Delete

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#5	...	>	Search: (("Health Literacy"[Mesh]) AND ("Heart Failure"[Mesh])) AND ("Health Education"[Mesh]) Filters: in the last 5 years	47	08:33:30
#4	...	>	Search: (("Health Literacy"[Mesh]) AND ("Heart Failure"[Mesh])) AND ("Health Education"[Mesh])	115	08:33:24
#3	...	>	Search: "Health Education"[Mesh] Sort by: Most Recent	262,166	08:33:14
#2	...	>	Search: "Heart Failure"[Mesh] Sort by: Most Recent	146,287	08:32:58
#1	...	>	Search: "Health Literacy"[Mesh] Sort by: Most Recent	9,288	08:32:40

Showing 1 to 5 of 5 entries

NCBI Literature Resources MeSH PMC Bookshelf Disclaimer

The PubMed wordmark and PubMed logo are registered trademarks of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Unauthorized use of these marks is strictly prohibited.

FOLLOW NCBI

PubMed Advanced Search Builder

Filters applied: 5 years. Clear all

Add terms to the query box

All Fields

Enter a search term

ADD

Show Index

Query box

Enter / edit your search query here

Search

History and Search Details

Download Delete

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#5	...	>	Search: (("Nurses"[Mesh]) AND ("Health Education"[Mesh])) AND ("Health Literacy"[Mesh]) Filters: in the last 5 years	29	04:15:18
#4	...	>	Search: (("Nurses"[Mesh]) AND ("Health Education"[Mesh])) AND ("Health Literacy"[Mesh])	56	04:15:02
#3	...	>	Search: "Health Literacy"[Mesh] Sort by: Most Recent	9,103	04:14:50
#2	...	>	Search: "Health Education"[Mesh] Sort by: Most Recent	261,334	04:14:21
#1	...	>	Search: "Nurses"[Mesh] Sort by: Most Recent	97,570	04:13:28

Showing 1 to 5 of 5 entries

Safari Fichier Edition Présentation Historique Signets Fenêtre Aide

pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

Advanced Search Results - PubMed

Show Index

Query box

Enter / edit your search query here

Search

History and Search Details

Download Delete

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#5	...	>	Search: (("Telemedicine"[Mesh]) AND ("Heart Failure"[Mesh]) AND ("Self Care"[Mesh])) Filters: in the last 5 years	32	07:28:26
#4	...	>	Search: (("Telemedicine"[Mesh]) AND ("Heart Failure"[Mesh]) AND ("Self Care"[Mesh]))	119	07:27:52
#3	...	>	Search: "Self Care"[Mesh] Sort by: Most Recent	62,036	07:27:39
#2	...	>	Search: "Heart Failure"[Mesh] Sort by: Most Recent	146,287	07:27:23
#1	...	>	Search: "Telemedicine"[Mesh] Sort by: Most Recent	44,460	07:27:02

Showing 1 to 5 of 5 entries

NCBI Literature Resources MeSH PMC Bookshelf Disclaimer

The PubMed wordmark and PubMed logo are registered trademarks of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Unauthorized use of these marks is strictly prohibited.

FOLLOW NCBI

Safari Fichier Edition Présentation Historique Signets Fenêtre Aide

embase.com

Embase

Search Emtree Journals Results My tools

Alicia Maillard

Results

#1 AND (2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py)

Search Mapping Date Sources Fields Quick limits EBM Pub. types Languages Gender Age Animal Search tips

Results Filters

Expand Collapse all Apply

Sources

Drugs

Diseases

Devices

Floating Subheadings

Age

Gender

Study types

Publication types

Journal titles

Publication years

2023 10

2022 17

2021 24

2020 12

History Save Delete Print view Export Email Combine using And Or Collapse

#2 #1 AND (2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py) 85

#1 'heart failure'/exp AND ('mobile application'/exp OR 'digital technology'/exp) AND 'self care'/exp 105

85 results for search #2 Set email alert RSS feed Search details Index miner

Results View Export Email Add to Clipboard 1 - 25

Select number of items Selected: 0 (clear) Show all abstracts Sort by: Relevance Author Publication Year Entry Date

#1 Heart Failure-Smart Life: a randomized controlled trial of a mobile app for self-management in patients with heart failure
Choi E.-Y., Park J.-S., Min D., Ahn S., Ahn J.-A.
BMC Cardiovascular Disorders 2023 23:1 Article Number 7 Cited by: 0
Embase MEDLINE Abstract Index Terms View Full Text Similar records

#2 The effect of tablet computer-based telemonitoring added to an established telephone disease management program on heart failure hospitalizations: The Specialized Primary and Networked Care in Heart Failure (SPAN-CHF) III Randomized Controlled Trial
Upshaw J.N., Parker S., Gregory D., Koethe B., Vest A.R., Patel A.R., Kiernan M.S., DeNofrio D., Davidson E., Mahanty S., Arpin P., Strauss N., Sommer C., Brandon L., Butler R., Dwaah H., Nadeau H., Cantor M., Konstam M.A.
American Heart Journal 2023 260 (90-99) Cited by: 0
Embase MEDLINE Abstract Index Terms View Full Text Similar records

#3 Patient perspectives on the use of mobile apps to support heart failure management: A qualitative descriptive study
Sivakumar B., Lemonde M., Stein M., Mak S., Al-Hesayan A., Arcand J.
[In Process] PLoS ONE 2023 18:5 May Article Number e0285659 Cited by: 0
Embase MEDLINE Abstract Index Terms View Full Text Similar records

Appendice C : Tableau récapitulatif du processus de sélection des études

Équations de recherche Et Filtres	Base de données	Résultats	Nombre d'études retenues après lecture des titres	Raisons des exclusions après avoir lu les titres	Nombre d'études retenues après lecture des résumés	Raisons des exclusions après lecture des résumés	Études retenues pour analyse après lecture globale de l'article	Études retenues pour le travail
<p>Équation : [Health Literacy] (AND) [Heart Failure] (AND) [Health Education]</p> <p>Filtre : « in the last 5 years »</p>	Pub Med	47	19	<p>Titres ne reprenant pas les concepts</p> <p>Ciblent d'autres pathologies cardiaques</p> <p>Ciblent les impacts psychologiques</p> <p>Ciblent l'aspect pharmacologique</p>	7	<p>Articles ciblent l'alphabétisation et la littératie en santé</p> <p>Articles ne ciblent pas les applications mobiles</p> <p>Revus systématiques</p>	<p>1. Ivynian, S. E., Newton, P. J., & DiGiacomo, M. (2020). Patient preferences for heart failure education and perceptions of patient-provider communication. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 34(4), 1094-1101. https://doi.org/10.1111/s.cs.12820</p> <p>2. Son, Y.-J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. <i>International</i></p>	<p>1. Ivynian, S. E., Newton, P. J., & DiGiacomo, M. (2020). Patient preferences for heart failure education and perceptions of patient-provider communication. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 34(4), 1094-1101. https://doi.org/10.1111/s.cs.12820</p> <p>2. Son, Y.-J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. <i>International</i></p>

							<i>Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 15(11), 2474. https://doi.org/10.3390/ijerph15112474	<i>Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 15(11), 2474. https://doi.org/10.3390/ijerph15112474
Équation : [Nurses] (AND) [Health Education] (AND) [Health Literacy] Filtre : « in the last 5 years »	Pub Med	29	6	Titres ciblant peu l'insuffisance cardiaque Prennent beaucoup en compte le point de vue infirmier et médical	4	Études ciblent beaucoup le rôle infirmier	1. Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 17(18), 6455. https://doi.org/10.3390/ijerph17186455 2. Nantsupawat, A., Wichaikhum, O.-A., Abhicharttibutra, K., Kunaviktikul, W., Nurumal, M. S. B., & Poghosyan, L. (2020). Nurses' knowledge of health literacy, communication techniques, and barriers to the implementation of health literacy	1. Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 17(18), 6455. https://doi.org/10.3390/ijerph17186455

							programs : A cross-sectional study. <i>Nursing & Health Sciences</i> , 22(3), 577-585. https://doi.org/10.1111/nhs.12698	
Équation : [Heart Failure] (AND) [Mobile application] (OR) [Digital technology] (AND) [Self care] Filtre : publication years : 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023	Embase	78 Après exclusion de 7 doublons entre Embase et PubMed	19	Revue systématique Étude sur la conception d'application Études ne ciblant pas l'insuffisance cardiaque	5	Toutes les études sont pertinentes	1. Son, Y.-J., Oh, S., & Kim, E. Y. (2020). Patients' needs and perspectives for using mobile phone interventions to improve heart failure self-care : A qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 76(9), 2380-2390. https://doi.org/10.1111/jan.14455 2. Sivakumar, B., Lemonde, M., Stein, M., Mak, S., Al-Hesayen, A., & Arcand, J. (2023). Patient perspectives on the use of mobile apps to support heart failure management : A qualitative descriptive study. <i>PLOS ONE</i> , 18(5), e0285659.	1. Son, Y.-J., Oh, S., & Kim, E. Y. (2020). Patients' needs and perspectives for using mobile phone interventions to improve heart failure self-care : A qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 76(9), 2380-2390. https://doi.org/10.1111/jan.14455 2. Sivakumar, B., Lemonde, M., Stein, M., Mak, S., Al-Hesayen, A., & Arcand, J. (2023). Patient perspectives on the use of mobile apps to support heart failure management : A qualitative descriptive study. <i>PLOS ONE</i> , 18(5), e0285659.

						<p>https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285659</p> <p>3. Isaeva, A. V., Krasnova, K. S., Tagoev, Yu. Sh., Shirokova, E. I., Demkina, A. E., Korobeynikova, A. N., Vladzimirskiy, A. V., & Smolenskaya, O. G. (2023). A study of the digital readiness of patients with chronic heart failure. <i>Profilakticheskaya Meditsina</i>, 26(3), 101. https://doi.org/10.17116/profmed202326031101</p> <p>4. Athilingam, P., Clochesy, J. M., & Labrador, M. A. (2018). Intervention Mapping Approach in the Design of an Interactive Mobile Health Application to Improve Self-care in Heart Failure. <i>CIN: Computers, Informatics, Nursing</i>, 36(2), 90.</p>	<p>https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285659</p> <p>3. Isaeva, A. V., Krasnova, K. S., Tagoev, Yu. Sh., Shirokova, E. I., Demkina, A. E., Korobeynikova, A. N., Vladzimirskiy, A. V., & Smolenskaya, O. G. (2023). A study of the digital readiness of patients with chronic heart failure. <i>Profilakticheskaya Meditsina</i>, 26(3), 101. https://doi.org/10.17116/profmed202326031101</p> <p>4. Athilingam, P., Clochesy, J. M., & Labrador, M. A. (2018). Intervention Mapping Approach in the Design of an Interactive Mobile Health Application to Improve Self-care in Heart Failure. <i>CIN: Computers, Informatics, Nursing</i>, 36(2), 90.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000383	https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000383
							<p>5. Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V. X., Lee, C. Y., Yang, L. F., Koh, K. W. L., & Wang, W. (2020). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 19(3), 212-222.</p> <p>https://doi.org/10.1177/1474515119872853</p>	<p>5. Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V. X., Lee, C. Y., Yang, L. F., Koh, K. W. L., & Wang, W. (2020). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 19(3), 212-222.</p> <p>https://doi.org/10.1177/1474515119872853</p>
Équation : [Telemedicine] (AND) [Heart Failure]	Pub Med	32	18	Parle de l'efficacité des applications mobiles	9	2 revues systématiques Prouvent l'efficacité des technologies dans les	<p>1. Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T., & Lie, I. (2020). Tools to Support Self-Care Monitoring at Home : Perspectives of Patients with Heart</p>	<p>1. Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T., & Lie, I. (2020). Tools to Support Self-Care Monitoring at Home : Perspectives of Patients with Heart</p>

(AND) [Self care]				Au sujet d'entretiens téléphonique infirmier		autosoins pour l'insuffisance cardiaque	Failure. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 17(23), Article 23. https://doi.org/10.3390/ijerph17238916	Failure. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 17(23), Article 23. https://doi.org/10.3390/ijerph17238916
Filtre : « in the last 5 years »				Études ne ciblant pas le patient				
				Revue systématique				

Appendice D : Tableaux des résumés

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
Ivynian, S. E., Newton, P. J., & DiGiacomo, M. (2020). Patient preferences for heart failure education and perceptions of patient-provider communication. <i>Scandinavian Journal of Caring</i>	<p>Objectif : Explorer les perceptions des patient·es atteint·es d'insuffisance cardiaque en matière de communication patient·es-prestataires,</p> <p>Relever : Les obstacles et facilitateurs d'une diffusion efficace de l'information sur la santé et sources préférées</p>	<p>Échantillon : 15 participant·es</p> <p>Caractéristiques des participant·es : Être atteint·es d'insuffisance cardiaque de stade II à IV du NYHA ayant déjà été hospitalisé·es à cause de leur maladie, avoir donné leur consentement éclairé par écrit et ne pas avoir de détérioration significative des</p>	<p>Devis : Qualitatif, phénoménologique à méthode mixte</p> <p>Interventions : Entretien semi-structurés mené par l'enquêteur, où les patient·es parlent de leurs expériences et la gestion de leur maladie. Ils·elles ont été interrogé·es sur leur expérience de leur maladie</p>	<p>Variables de résultats : Type nominale</p> <p>Validité : Transcriptions lues plusieurs fois, puis codées ligne par ligne. Codage parallèle indépendant d'une sélection de transcription.</p> <p>Fiabilité : Entretiens enregistrés avec autorisation et</p>	<p><u>Obstacles et facilitateurs perçus de la communication :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - problèmes de mémoire et langage médical complexe - informations incohérentes qui conduisent à des représentations confuses - les relations patient-prestataires ont un impact sur la communication 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Résultats concrets en lien avec des avis, besoins et préférences des patient·es en termes de communication d'information -Autogestion -Insuffisance cardiaque -Intègre le rôle infirmier <p>Limites :</p>

<p>Sciences, 34(4), 1094-1101. https://doi.org/10.1111/s.cs.12820</p>	<p>d'informations des patient·es, les lacunes en matière de connaissances afin de déterminer les besoins éducatifs non satisfaits.</p> <p>Cadre conceptuel : /</p>	<p>symptômes pendant l'entretien. Ils·elles étaient exclu·es de l'étude si ils·elles avaient une détérioration significative des symptômes ou une démence avérée.</p> <p>Contexte : Hôpital universitaire en Australie</p>	<p>et la façon dont il·elle la gérait, leur perception et expérience de la communication patient·es–prestataires.</p>	<p>retranscrits mot à mot. Transcriptions dépersonnalisées</p>	<p>- besoins d'informations sur l'IC et lacunes perçues dans les connaissances</p> <p><u>Besoins et préférences :</u> - préférences en matière de diffusion de l'information</p>	<p>-Recrutement sur un seul site où sont soignées les cas d'insuffisance cardiaque les plus graves et atypiques.</p>
---	---	---	---	--	--	--

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
<p>Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education</p>	<p>Objectif : Élucider le point de vue des infirmières sur l'éducation et</p>	<p>Échantillon : 16 infirmières diplômées et infirmières praticiennes recrutées par la</p>	<p>Devis : Qualitatif, ethnographique</p> <p>Interventions : Entretiens en face à face ou</p>	<p>Variables de résultats : Type nominale</p> <p>Validité : Entretiens et réponses de</p>	<p><u>5 thèmes susceptibles d'entraver une éducation efficace ont émergé de l'analyse des résultats :</u></p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseignement - Rôle infirmier - Autogestion - Autosoins

<p>and Health Literacy of Older Patients. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 17(18), 6455. https://doi.org/10.3390/ijerph17186455</p>	<p>les connaissances en matière de santé des patient·es âgé·es, afin de fournir de meilleures instructions et un meilleur soutien pour les soins auto-administrés des patient·es âgé·es.</p> <p>Cadre conceptuel : /</p>	<p>technique boule de neige</p> <p>Caractéristiques des participant·es : Non éligible à l'étude : infirmière avec plus de 5 ans d'expérience, infirmières ne travaillant pas dans un service n'ayant rien à voir avec les soins infirmiers directs ou l'interaction avec les patient·es. Consentement éclairé donné.</p> <p>Contexte : 4 hôpitaux généraux de caractéristiques similaires, en Coré du Sud</p>	<p>par courrier électronique, où les infirmières parlent de leur vécu en faisant références à des expériences concrètes rencontrées au travail en lien avec des expériences de communication et d'enseignement avec des patient·es âgé·es ou des patient·es ayant un faible niveau de littératie en santé.</p>	<p>courrier électronique lus plusieurs fois. Analyse de données thématique avec codages.</p> <p>Fiabilité : Entretiens enregistrés avec autorisation des participantes et retranscrits mot à mot.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - attitudes difficile à changer - obstacles fonctionnels physiques et cognitifs à la compréhension du matériel pédagogique - aidant familiaux - principaux contextes qui modèrent la littéracie en santé - stratégies visant à améliorer l'efficacité de l'enseignement à la littératie 	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas focalisé sur les technologies digitales ni sur l'insuffisance cardiaque - Participantes de sexe féminin - Études spécifiques à la médecine interne, pas aux autres services
---	---	---	--	--	---	---

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
<p>Son, Y.-J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 15(11),</p>	<p>Objectif : Impact de la littératie en santé et de la fragilité sur les comportements d'autosoins chez les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Cadre conceptuel : /</p>	<p>Échantillon : 281 adultes recrutés par échantillon de commodité.</p> <p>Caractéristiques des participant-es : Les patient-es devaient être diagnostiqués depuis au moins un an. Exclues patient-es qui présentent un trouble cognitif ou physique autre et les patient-es de classe IV du NYHA</p>	<p>Devis : Quantitatif, descriptif, corrélationnel</p> <p>Interventions : Récoltes de données par des outils officiels :</p> <p>Littératie en santé évaluée avec une échelle de trois items élaborés par Chew, Bradley et Boyko</p> <p>Fragilité évaluée avec échelle autodéclaré K-FRAIL</p> <p>Comportements autosoins évalués échelle EHFS CBS-9, neuf items</p>	<p>Variables de résultats : Type continue</p> <p>Validité : Approuvé par le comité d'examen institutionnel de l'établissement des auteurs. Utilisation d'outils officiels pour la récolte et analyse de données.</p> <p>Fiabilité : Recrutement par téléphone, informations transmises au·à la patient·e, qui a signé un consentement éclairé. Un chercheur et un assistant ont confirmé que les</p>	<p>Utilisation du test <i>t</i>, de l'analyse de variance à sens unique et le test post hoc pour identifier les différences entre les variables. Analyse des corrélations à l'aide de Pearson. Tous les tests ont été effectués à un niveau de signification statique de $p=0,05$</p> <p>La littératie en santé impacte les comportements d'autosoins de l'insuffisance cardiaque ($r = -0,46, p < 0,001$)</p>	<p>Forces : Ciblé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Littératie en santé - Insuffisance cardiaque <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas focalisé sur les technologies digitales - Se limite à un milieu de soins - C'est une étude transversale, donc ne tient pas compte des résultats sur la durée et c'est une étude basée

2474. https://doi.org/10.3390/ijerph15112474		Contexte : Clinique externe d'un hôpital général de Pyentaek, Corée du Sud.		patient-es étaient éligibles.		sur des échelles autodéclarées
--	--	---	--	-------------------------------	--	--------------------------------

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
Son, Y.-J., Oh, S., & Kim, E. Y. (2020). Patients' needs and perspectives for using mobile phone interventions to improve heart failure self-care : A qualitative study.	Objectif : Explorer les besoins et les perspectives des patient-es souffrant d'insuffisance cardiaque en ce qui concerne l'utilisation de santé mobile à domicile	Échantillon : Échantillonnage raisonné de 20 participant-es Caractéristiques des participant-es : Les participant-es devaient : être de classe I et II du NYHA, avoir besoin d'autosoins, posséder et utiliser	Devis : Qualitatif phénoménologique Interventions : Entretiens individuels semi-structurés et approfondis, menés par le chercheur principal, avec l'aide	Type de variable : Type nominale Validité : La crédibilité, la transférabilité, la dépendance et la confirmabilité ont été appliquées conformément aux critères d'évaluation de la rigueur suggérés par Lincoln et Guba. Fiabilité :	<u>Quatre thèmes qui ont émergé des entretiens :</u> - demande d'informations fiables et personnalisées sur la santé - caractéristiques intéressantes des applications de	Forces : -Besoin des patient-es dans les applications (gestions de symptômes, informations fiables sur la pathologie, ...) -Applications mobiles -Intègre tous les concepts

<p><i>Journal of Advanced Nursing</i>, 76(9), 2380-2390. https://doi.org/10.1111/jan.14455</p>	<p>avant de développer une intervention d'autogestion de l'insuffisance cardiaque basée sur le téléphone mobile.</p> <p>Cadre conceptuel : /</p>	<p>un téléphone portable. Les participant·es ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p> <p>Contexte : Clinique ambulatoire d'un hôpital de Corée du sud ou au domicile des patient·es.</p>	<p>d'un autre chercheur. Un guide d'entretien contenant huit questions a été utilisé.</p>	<p>Toutes les entretiens ont été enregistrées sur support audio et transcrits mot à mot. Transcriptions comparées aux enregistrements originaux. Analyse des données faite à l'aide d'une analyse de contenu qualitative. Obtention de la confirmation du processus d'analyse des résultats.</p>	<p>téléphones mobile</p> <p>-les obstacles à l'adoption du service de santé mobile</p> <p>- les avantages attendus de l'utilisation de la technologie de santé mobile</p>	<p>centraux de notre travail de Bachelor</p> <p>Limites : -Étude menée uniquement sur le point de vue des patient·es</p>
---	---	---	---	--	---	---

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
Sivakumar, B., Lemonde, M., Stein, M., Mak, S., Al-	Objectif : Déterminer les besoins, les motivations	Échantillon : Échantillonnage raisonné de 19 participant·es	Devis : Qualitatif, descriptif Interventions : Entretiens en groupe de discussion,	Variables de résultats : Type nominale Validité : Transcriptions des	Les patient·es atteint·es d'insuffisance cardiaque ont perçu plusieurs avantages et défis, ainsi que des possibilités d'utilisation	Forces : - Explications des patient·es en

<p>Hesayen, A., & Arcand, J. (2023). Patient perspectives on the use of mobile apps to support heart failure management : A qualitative descriptive study. <i>PLOS ONE</i>, 18(5), e0285659. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285659</p>	<p>s et les défis des patient·es en ce qui concerne l'utilisation d'applications mobiles pour soutenir la gestion de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Cadre conceptuel : /</p>	<p>Caractéristiques des participant·es : Les participant·es devaient : utiliser un smartphone / tablette ainsi que présenter un diagnostic d'insuffisance cardiaque, suivre un traitement médical stable et ne pas avoir été hospitalisé·es pendant plus de 6 mois avant l'étude. Ils·elles devaient être en mesure de s'administrer des médicaments de manière indépendante.</p> <p>Contexte : Deux cliniques ambulatoires à Toronto, au Canada.</p>	<p>menés à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré de 10 questions ouvertes inspirées de cinq concepts influençant l'adoption d'une innovation. Si besoin, des entretiens individuels ont été menés avec des patient·es qui avaient besoin d'accommodements. Les groupes exploraient les perspectives des patient·es sur l'utilisation d'applications mobiles pour la gestion de l'insuffisance cardiaque.</p>	<p>entretiens codées de manière indépendante par deux chercheurs et analysées à l'aide d'une analyse de contenu.</p> <p>Fiabilité : Entretiens enregistrés en audio, retranscrits mot à mot et rendus anonymes. Enregistrement des indices non verbaux. Étude approuvée par le comité d'éthique de la recherche de : l'université technique de l'Ontario, Unity Health de Toronto et l'hôpital de Mount Sinai.</p>	<p>de l'application pour l'autogestion de l'insuffisance cardiaque.</p> <p><u>4 thèmes clés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - facteurs influençant l'utilisation de la technologie selon les patient·es - soutien apporté par l'accès à l'information et l'autosurveillance - facilitation de la connexion et de la communication - préférences des patients en ce qui concerne les fonctionnalités des applications 	<p>matière de besoins sur l'application mobile</p> <ul style="list-style-type: none"> - Technologie mobile <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude réalisée durant le COVID
--	---	---	---	---	---	--

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
<p>Isaeva, A. V., Krasnova, K. S., Tagoev, Yu. Sh., Shirokova, E. I., Demkina, A. E., Korobeynikova, A. N., Vladzimirskiy, A. V., & Smolenskaya, O. G. (2023). A study of the digital readiness of patients with chronic heart failure. <i>Profilakticheskaya Meditsina</i>, 26(3), 101. https://doi.org/10.17116/profmed202326031101</p>	<p>Objectif : Aptitude numérique des patient-es souffrant d'insuffisance cardiaque à l'autogestion à l'aide de la technologie de télémédecine</p> <p>Cadre conceptuel : /</p>	<p>Échantillon : 54 patient-es</p> <p>Caractéristiques des participant-es : insuffisance cardiaque stade II-III de la NYHA</p> <p>Contexte : Centre de traitement de l'hôpital central de la ville d'Ekaterinbourg, en Russie.</p>	<p>Devis : Quantitatif descriptif</p> <p>Interventions : En ligne et en face à face récolte de données avec des outils officiels</p> <p>Évaluation des capacités cognitives : Mini-Cog</p> <p>Capacité d'autosoins : échelle EHFSBS-9.</p> <p>Préparation à l'utilisation du numérique : questionnaire spécialement conçu</p>	<p>Variables de résultats : Type continue</p> <p>Validité : Utilisation d'outils officiels pour la récolte et analyse de données.</p> <p>Fiabilité : /</p>	<p>Niveau de signification statique de $p=0,05$</p> <p>Le niveau de compétences numériques dépend de l'âge ($r=0,575$, $p < 0,001$)</p> <p>Niveau de compétences plus élevé chez les participant-es qui travaillent ($r = 0,499$, $p = < 0,001$), en âge de travailler ($r = 0,628$, $p = < 0,001$), accès à internet ($r = 0,546$, $p = < 0,001$), accès smartphone ($r = 0,504$, $p = < 0,001$).</p> <p>Le niveau de confiance des technologies (64,6%), les patient-es veulent obtenir des conseils médicaux avec applications (54,2%)</p>	<p>Forces : Cible l'IC, la télémédecine et la préparation à l'utilisation du numérique pour les autosoins</p> <p>Limites : Population et langue russe. Pas d'informations de validité ni fiabilité de l'étude. Pas pertinent pour le travail.</p>

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
<p>Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T., & Lie, I. (2020). Tools to Support Self-Care Monitoring at Home : Perspectives of Patients with Heart Failure. <i>International Journal of Environme</i></p>	<p>Objectif : Décrire les expériences des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque et leur priorisation des outils qui soutiennent, ou pourraient soutenir, la surveillance</p>	<p>Échantillon : Échantillonnage raisonné, 22 patient-es recruté-es, 19 participant-es retenu-es</p> <p>Caractéristiques des participant-es : Les participant-es devaient : avoir un diagnostic primaire d'insuffisance cardiaque et vivre à domicile.</p>	<p>Devis : Qualitatif, descriptif</p> <p>Interventions : Entretiens semi-structurés menés par un chercheur, évaluant les outils suivants : outils papiers, dispositifs médicaux et consultations en face à face avec des professionnel·les de la santé. Consentement éclairé écrit donné. Guide d'entretien en 3 parties : connaissance-expérience avec les outils, autres</p>	<p>Types de variable : Type ordinale</p> <p>Validité : Utilisation de l'analyse déductive du contenu réalisée avec le concept des suivis des soins personnels et les huit outils comme matrice de catégorisation.</p> <p>Fiabilité : Entretiens enregistrés sur support audio, retranscrits mot à mot puis comparés aux enregistrements audios par deux auteurs. Trois auteurs ont participé à la décision de codage, d'analyse et</p>	<p>Résultats présentés sous 3 catégories :</p> <p><u>Outils de santé pour identifier les symptômes de l'HTA :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - smartphone - journal - brochure <p><u>Dispositifs médicaux pour identifier symptômes de l'IC :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - balance - gilet de mesure <p><u>Outils de consultations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - consultations vidéo - téléphone - face à face 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des technologies pour les autosoins - Prend en compte les avis et attentes de patient-es - Implications du rôle des soignant-es dans l'accompagnement des autosoins de l'insuffisance cardiaque

<p><i>ntal Research and Public Health</i>, 17(23), Article 23. https://doi.org/10.3390/ijerph17238916</p>	<p>nce des autosoins à domicile.</p> <p>Cadre conceptuel : /</p>	<p>Contexte : Clinique externe d'un hôpital universitaire, spécialisée dans l'insuffisance cardiaque, en Norvège.</p>	<p>outils possibles pour l'autogestion et classement des outils.</p>	<p>d'interprétation. Les auteurs sont des infirmiers expérimentés spécialisés en cardiologie, médecine et des chercheurs qualitatifs confirmés.</p>	<p>Suggestions supplémentaires des participant-es pour soutenir l'autosoin à domicile.</p>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude réalisée dans clinique ambulatoire et non à domicile
--	---	--	--	---	--	--

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
<p>Athilingam, P., Clochesy, J. M., & Labrador, M. A. (2018). <i>Intervention Mapping Approach in the Design of an Interactive Mobile</i></p>	<p>Objectif : Décrire l'approche de cartographie d'intervention ayant pour but d'examiner le contexte et les preuves dans le développement d'une application</p>	<p>Échantillon : 10 patient-es et 4 cardiologues</p> <p>Caractéristiques des participant-es : <u>Inclusion et exclusion</u> : /</p>	<p>Devis : Qualitatif descriptif</p> <p>Interventions : Entretiens et utilisation avec méthode basée sur l'approche de cartographie d'intervention en 6 étapes :</p>	<p>Variables de résultats : Type continue</p> <p>Validité : Une étude de faisabilité a été réalisée avec les cinq fonctions initiales de</p>	<p>Six fonctions de l'applications ont été développées et analysées selon le protocole de cartographie des interventions et basées sur des résultats amenés par d'autres études. Les</p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centré insuffisance cardiaque - Technologie digitale avec application mobile - Technologie digital pour le

<p>Health Application to Improve Self-care in Heart Failure. <i>CIN: Computers, Informatics, Nursing</i>, 36(2), 90. https://doi.org/10.1097/CIN.000000000000000383</p>	<p>mobile basée sur la théorie pour améliorer les auto-soins des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque</p> <p>Cadre conceptuel : Approche de cartographie interventionnelle</p>	<p>Contexte : États-Unis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation initiale - Objectif proximal du programme - Sélection des méthodes fondées sur la théorie - Traduction des objectifs en plan de programme réel pour intervention de santé mobile - Plan d'adaptation et mise en œuvre - Plan d'évaluation 	<p>HeartMapp et a validé la convivialité, la facilité d'utilisation, la précision du matériel, la résolution de problème et la satisfaction des patient-es.</p> <p>Fiabilité : /</p>	<p>fonctions évaluer sont les suivantes : évaluation quotidienne du poids, pression artérielle et symptômes de l'insuffisance cardiaque, exercices d'activité physique et respiration profonde, liste de médicaments et rappels, signes vitaux, information sur l'insuffisance cardiaque.</p>	<p>soutien aux auto-soins</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avis des patient-es non développé - Pas de partie clairement visible des résultats - Application HeartMapp concernant la facilité d'utilisation et l'efficacité pas encore étudiée - Est une étude pilote
---	--	-------------------------------------	---	---	---	--

Auteur(s), titre de l'étude, et année (APA)	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon, caractéristiques des participants et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables de résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité**	Résultats	Principales forces et limites
<p>Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V. X., Lee, C. Y., Yang, L. F., Koh, K. W. L., & Wang, W. (2020). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council</p>	<p>Objectif : Décrire le développement d'une intervention infirmière à plusieurs composantes afin d'évaluer son efficacité dans l'amélioration de l'autogestion des patient·es atteint·es d'insuffisance cardiaque</p> <p>Cadre conceptuel : La théorie spécifique à la situation de l'autosoins de l'insuffisance cardiaque</p>	<p>Échantillon : Dix participant·es recruté·es par échantillonnage consécutif.</p> <p>Caractéristiques des participant·es : Les patient·es devaient être en possession et utiliser un smartphone et devaient pouvoir être suivi à domicile après la sortie de l'hôpital. Ils·elles ne devaient pas être en phase terminale.</p> <p>Contexte :</p>	<p>Devis : Étude pilote quantitative Quasi-expérimentale</p> <p>Interventions : Tous les participant·es ont reçu le dossier d'intervention complet avec l'application mobile supplémentaire</p> <p>Échelles : SCHFI gestion de la maladie, CSES confiance en sa propre autogestion, MLHFQ : qualité de vie, HADS : anxiété et</p>	<p>Validité : HOM-HEMP est développé sur la base du cadre du Conseil de la recherche médicale du Royaume-Uni pour le développement et l'évaluation d'interventions complexes</p> <p>Fiabilité : Un test pilote de mesure pré et post intervention répétée sur un seul groupe a été menée pour évaluer l'ensemble de l'intervention de l'étude pour son acceptabilité et la faisabilité de la</p>	<p>Les résultats des essais pilotes ont montré que le programme était faisable et potentiellement efficace pour améliorer la gestion des soins personnels du·de la patient·e, les résultats psychologiques et la qualité de</p>	<p>Forces : -Traite de l'insuffisance cardiaque, des auto-soins à domicile, l'étude comprend le rôle infirmier, traite des applications mobiles</p> <p>Limites : -Les résultats ne sont pas généralisables -Un essai de contrôle randomisé est en cours -Le plan d'intervention proposé par</p>

guidelines. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 19(3), 212-222. https://doi.org/10.1177/1474515119872853		Service de cardiologie d'un hôpital public de soins aigus à Singapour.	dépression et SSQ6 : soutien social	procédure de collecte de données.	vie liée à la santé.	l'étude n'est pas décrit
---	--	--	-------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	--------------------------

Appendice E : Grilles de Tétrault

**Grille de cotation accompagnant le GFASA-
2013 Tétreault, Sorita, Ryan et Ledoux**

Titre : Patient preferences for heart failure education and perceptions of patient-provider communication

Référence de l'article : Ivynian, S. E., Newton, P. J., & DiGiacomo, M. (2020). Patient preferences for heart failure education and perceptions of patient-provider communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1094-1101.
<https://doi.org/10.1111/scs.12820>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3		<p>Titre : Le titre présente des termes précis concernant le sujet.</p> <p>Auteur : Tous les auteurs sont listés sous le titre avec leur fonction. Les informations concernant l'auteure principale est détaillée en bas de la première page.</p> <p>Mots-clés : Ils sont présents et représentatifs du thème.</p> <p>Résumé : Le résumé est complet et représentatif de l'article. L'article est en lien avec le thème qui nous intéresse mais il ne mentionne pas l'aspect de la technologie.</p>	1	2
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	1		2	3
	Mots-clés	1	2	3	1		2	3
	Résumé	1	2	3	1		2	3
Introduction	Pertinence	1	2	3	<p>Pertinence : L'introduction repose sur des données chiffrées, des observations et des faits tirés de plusieurs études récentes.</p> <p>Originalité : Cet article est original car jusqu'à présent, les études ne se sont pas concentrées sur les besoins et préférences des patient-es en matière d'informations sur l'insuffisance cardiaque. Il y a des éléments innovants dans cette recherche.</p> <p>Plan : Le plan n'est pas annoncé.</p> <p>Objectif : L'objectif est clair et complet. Les verbes utilisés sont adéquats et précis. Il ne se réfère pas à un concept.</p>	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

					Question / Hypothèse : /			
Recension des écrits, État de l'art	Concepts théoriques/modèle	1	2	3	<p>Concepts théoriques/modèle : La thématique principale de l'insuffisance cardiaque est mise en évidence ainsi que sa prévalence et ses conséquences. Les concepts reliés à la thématique principale sont définis.</p> <p>Modèle théorique : Il n'y a pas de modèle théorique pour cette étude.</p> <p>Études, résultats récents : Les études récentes utilisées dans cet article décrivent des lacunes existantes en matière de communication entre les patient-es – prestataires. Ces lacunes entraînent un manque de connaissances et une certaine confusion quant à la manière d'appliquer les informations aux circonstances de la vie réelle concernant par exemple les autosoins.</p> <p>Les études précédentes relèvent le problème mais ne proposent pas de solutions.</p> <p>Limites de écrits : Les études précédentes ont relevé le problème de lacune en matière de communication. Cependant, aucune étude n'a encore été réalisée sur cette problématique. Cette recherche vise à explorer les besoins des patient-es pour pallier aux problèmes relevés par les autres études.</p> <p>Liens entre les parties : Il n'y a pas de plan présent mais les différentes parties de l'article sont bien mises en évidence. Chaque partie comporte un titre et est divisée en paragraphe, dans un ordre logique.</p>	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3		1	2	3
	Limites des écrits	1	2	3		1	2	3
	Liens entre les parties	1	2	3		1	2	3
Discussio	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Résumés des résultats : La partie discussion présente un résumé complet des résultats et apporte des</p>	1	2	3
	Liens vers d'autres	1	2	3		1	2	3

n	études				stratégies visant à régler la			
	Recommandations	1	2	3	problématique. La recherche répond à l'objectif visé en apportant des réponses sur les parties qui concernent : la fiabilité des informations transmises et la communication patient-es-prestataires. L'article explique de façon détaillée les facteurs favorables et défavorables.	1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3	<p>Liens avec d'autres études : Il n'y a pas de liens avec d'autres études. Aucune autre étude n'avait été réalisée à ce sujet avant celle-ci.</p> <p>Recommandations : La recommandation citée pour une étude future est de prendre en compte le niveau d'éducation des participant-es.</p> <p>Limites de l'étude : La sélection des participant-es recruté-es ne peut pas être représentative de l'ensemble de la population australienne souffrant d'insuffisance cardiaque. Les patient-es étaient des personnes volontaires pour parler des lacunes, connaissances et de la communication patient-es-prestataires. Les participant-es ont été recruté-es sur un site où les cas d'insuffisance cardiaque sont sévères et atypiques et demandent donc des besoins spécifiques d'informations. Le niveau d'éducation n'a pas été recueilli malgré l'accent mis sur la compréhension et les préférences des participants en matière de transmissions d'informations.</p> <p>Les limites affectent l'utilisation des résultats dans le sens que l'étude a été réalisée avec des patient-es ayant un besoin d'informations spécifiques. Par conséquent, les résultats devront être adaptés et personnalisés en fonction du-de la patient-e pris-e en charge.</p>	1	2	3

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Retour sur objectifs : Pour répondre à l'objectif visé, la recherche conclue de respecter la formation recommandée par les lignes directrices. L'attention portée à la manière dont l'information peut être délivrée au mieux à cette population ayant des besoins spécifiques peut contribuer à mieux soutenir la compréhension du-de la patient-e et améliorer ses connaissances en matière de santé et sa capacité à se soigner lui-elle-même.</p> <p>Principaux résultats : Il n'y a pas de reformulation des résultats obtenus dans la conclusion mais elle apparaît dans la partie discussion de manière détaillée.</p> <p>Étapes futures : Il n'y a pas d'étapes futures.</p> <p>Retombées potentielles : Il n'y a pas de retombées potentielles.</p>	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures	1	2	3		1	2	3
	Retombées potentielles	1	2	3		1	2	3

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Provenance : Il y a 38 sources répertoriées à la fin de l'article. Ces textes proviennent : de site de cardiologie, de plusieurs revues de santé ainsi que des revues systématiques. Les documents sont accessibles via les liens mentionnés.</p> <p>Années : La majorité des références sont datées entre 2000 et 2019. Seules deux références sont antérieures, 1964 et 1990. Les sources les plus récentes sont des liens internet datés de 2019.</p> <p>Titre : Les sources reprennent les mots-clés de l'étude et ont des sujets pertinents en lien avec l'objectif de l'étude.</p> <p>Exhaustivité : La liste des références semble complète mais les articles cités ne sont pas très récents par rapport à la date de</p>	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

					l'écriture de cet article.				
Cotation	1			2			3		
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite			Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées			Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées		
Commentaire	L'article est pertinent et innovant. L'objectif de la recherche est en cohérence avec le titre.								

Article portant sur une étude qualitative

(recherche-action, théorie ancrée, ethnographique, phénoménologique...)

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Méthodologie	Question de recherche	1	2	3	<p>Question de recherche : Il n'y a pas de question de recherche citée, cependant il y a un objectif clairement défini dans la partie introduction.</p> <p>Devis : C'est une étude qualitative phénoménologique à méthode mixte. Le devis qualitatif est cohérent avec l'objectif visé de cette thématique. Cette étude a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche humaine de l'hôpital et de l'université et menée dans le respect des principes de la déclaration d'Helsinki.</p> <p>Sélection des participants : Recrutement entre juin 2015 et août 2016 à partir des listes de patient-es hospitalisé-es dans un service cardiologique d'un hôpital universitaire en Australie. 15 participant-es dont 10 hommes, l'âge médian était de 55 ans. La plupart des participant-es ne vivaient pas seul-es et appartenaient à la classe III de la NYHA (New York Heart Association). Les participant-es géraient en moyenne cinq comorbidités.</p> <p>Critères d'inclusions : Seul les patient-es atteint-es d'insuffisance</p>	1	2	3
	Sélection des participants/ objet à l'étude	1	2	3		1	2	3
	Procédure de collecte d'information	1	2	3		1	2	3
	Analyse des données	1	2	3		1	2	3

				<p>cardiaque du stade II à IV du NYHA (New York Heart Association) ayant déjà été hospitalisés à cause de leur insuffisance cardiaque étaient éligibles à l'étude.</p> <p>Ils-elles devaient savoir lire et parler anglais et être en mesure de donner leur consentement éclairé par écrit.</p> <p>Les personnes interrogées devaient avoir la capacité physique de participer à une conversation pendant une heure sans détérioration significative (essoufflements, fatigue) et être disponibles et disposés à parler longuement dans un environnement clinique occupé.</p> <p><u>Critères d'exclusions :</u> Les patient-es étaient exclu-es s'ils-elles n'étaient pas en mesure de donner leur consentement éclairé ou s'ils-elles étaient atteint-es de démence avérée.</p> <p>Procédure de collecte d'information :</p> <p>Les outils de collectes d'informations sont décrits de façon précise. La récolte de données se déroule comme ceci : L'enquêteur a une expérience dans la recherche clinique et est titulaire d'un diplôme en science médicale. Il ne connaissait pas les participant-es. Les entretiens ont duré entre 31 et 95 minutes et enregistrés avec l'autorisation des participant-es puis retranscrits mot à mot. Toutes les transcriptions ont été dépersonnalisées, les pseudonymes remplaçant les noms et les informations d'identification étant supprimées.</p> <p>Dans le cas où les participant-es étaient sorti-es de l'hôpital, les entretiens ont été menés par téléphones.</p> <p>La récolte de données a été séquencée en différente thématique, l'interviewer résumait</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>périodiquement les récits des participant-es au cours des entretiens et leur demandait de confirmer ou clarifier les significations. Le contenu des entretiens a été construit pour les besoins de l'étude.</p> <p>La collecte et l'analyse des données ont eu lieu simultanément. Lorsque de nouveaux thèmes ont cessé d'émerger des transcriptions, on a considéré que la saturation avait été atteinte et le recrutement pour les entretiens a pris fin.</p> <p>Type de variable mesurée : Variable nominale</p> <p>Méthode d'analyse des données : La description de la méthode d'analyse est claire et précise. Les participant-es ne sont pas impliqués dans l'analyse. Il n'est pas connu qui procède à l'analyse.</p> <p>La validation des données a été faite ainsi : les transcriptions ont été lues plusieurs fois, puis codées. Deux autres chercheurs ont procédé à un codage parallèle. Les thèmes émergents ont été discutés pour vérifier la cohérence de l'interprétation et les désaccords ont été débattus jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Résultats	Description des résultats	1	2	3	<p>Descriptions résultats : Les résultats sont présentés par catégories. Les différentes catégories sont développées et illustrées par les réponses des participant-es recueillies dans les entretiens. Pour chaque catégorie, le problème est décrit ainsi que les besoins des participant-es. L'auteure interprète les résultats dans la discussion en regroupant les informations recueillies dans les résultats.</p> <p>Retombées : Les retombées pour la pratique ne sont pas décrites car il</p>	1	2	3
	Retombées	1	2	3		1	2	3
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3		1	2	3
	Synthèse résultats /modèle	1	2	3		1	2	3

				<p>n'y a pas de suggestion ni de recommandation par rapport à la pratique infirmière directe. Les résultats de la recherche peuvent être applicables à la profession infirmière car il s'agit de conseils concernant l'attitude à adopter avec les patient-es.</p> <p>Tableaux : Il n'y a pas de tableau ou d'illustration des résultats.</p> <p>Synthèse résultats/modèle : Il y a une synthèse claire, précise et complète dans la partie discussion.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	Les résultats de l'article sont présentés de manière claire et logique. Ils sont en accord avec l'objectif de l'étude et des éléments concrets peuvent être repris pour l'écriture de notre travail de Bachelor.		

**Grille de cotation accompagnant le GFASA-
2013 Tétréault, Sorita, Ryan et Ledoux**

Titre : Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients

Référence de l'article : Kim, M. Y., & Oh, S. (2020). Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6455.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17186455>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3		<p>Titre : Le titre présente des termes précis concernant le sujet, il résume le contenu de l'étude. Le titre se réfère aux personnes âgées.</p> <p>Auteur : Les deux auteurs sont cités sous le titre ainsi que leurs informations concernant leur lieu de travail.</p> <p>Mots-clés : Les mots clés sont représentatifs du texte, cependant il manque un mot-clé ciblant les infirmiers et infirmières ainsi que le rôle infirmier comme c'est un point central de l'article.</p> <p>Résumé : Le résumé est complet et représentatif de l'article. Cependant, le résumé manque d'une structure pour différencier les étapes (objectif, méthodologie, résultat). L'article ne prend pas en compte l'aspect de l'insuffisance cardiaque et des technologies mais reste pertinent pour le reste de son contenu.</p>	1	2
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	1		2	3
	Mots-clés	1	2	3	1		2	3
	Résumé	1	2	3	1		2	3
Introduction	Pertinence	1	2	3	<p>Pertinence : L'étude repose sur des constats théoriques, des observations et des faits tirés d'autres études.</p> <p>Originalité : Cet article est original car jusqu'à présent, les études ne se sont pas concentrées sur la compréhension de la communication éducative. Il y a des</p>	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

				<p>éléments innovants dans cette recherche.</p> <p>Plan : Le plan n'est pas annoncé. L'introduction est longue et il est difficile de trouver les informations pertinentes.</p> <p>Objectif : L'objectif est clair et complet.</p> <p>Question / Hypothèse : /</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Recension des écrits, État de l'art	Concepts théoriques/modèle	1	2	3	<p>Concepts théoriques/modèle : La thématique principale est le rôle infirmier dans l'éducation à la littératie en santé des patient-es âgé-es. Il y a quelques définitions de thèmes principaux. Le contexte et les bases sont posés.</p> <p>Modèle théorique : Il n'y a pas de cadre conceptuel.</p> <p>Études, résultats récents : Les études antérieures relèvent : le vieillissement de la population et le défi qu'il représente pour les professionnel·les de la santé, l'augmentation des personnes âgées avec polymorbidités, les difficultés des personnes âgées à prendre soins d'elles-mêmes, qu'un niveau de littératie faible est associé à des résultats médiocres en matière de santé. Le point le plus important de cette étude est d'améliorer l'éducation des patient-es âgé-es et leur littératie en santé.</p> <p>Limites de écrits : L'étude relève le problème du vieillissement de la population et l'augmentation des maladies impactant la littératie en santé et par conséquent, impact la gestion des autosoins. Cette étude va explorer le point de vue des infirmières sur l'éducation et les connaissances des patient-es en matière de littératie en santé pour la gestion aux autosoins.</p>	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3		1	2	3
	Limites des écrits	1	2	3		1	2	3
	Liens entre les parties	1	2	3		1	2	3

					Liens entre les parties : Il n'y a pas de plan présent mais les différentes parties de l'article sont clairement mises en évidence. Chaque partie comporte un titre et est divisée en paragraphe, dans un ordre logique.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	Résumés des résultats : La partie discussion présente un résumé complet des résultats. Il relève les lacunes des professionnelles de la santé et les facteurs influençant négativement la communication. La partie discussion apporte des stratégies qui sont applicables pour une prise en soins de cette population de patient-es âgé-es en vue d'améliorer la problématique comme : être plus attentif à la vision du vieillissement, mettre en place une formation en cours d'emploi sur la communication avec les patient-es âgé-es et faire de la prévention de l'âgisme. Liens avec d'autres études : La discussion reprend des suggestions d'un autre auteur pour appuyer les résultats de la recherche. Recommandations : La discussion mentionne que quelques caractéristiques de l'étude actuelle doivent être résolues dans le cadre de recherches futures comme l'utilisation de modèles longitudinaux qui prêteront une attention particulière à la manière dont l'éducation dispensée par les hôpitaux aide ou non les patient-es à adopter des comportements recommandés. Les recherches futures doivent aussi inclure des situations éducatives plus diversifiées et cibler des analyses d'interactions entre soignant-es et patient-es (conversations et interactions réelles). Il est aussi nécessaire d'inclure les perspectives diverses pour avoir une meilleure compréhension des	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3		1	2	3
	Recommandations	1	2	3		1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3		1	2	3

				<p>contextes de communication et d'améliorer la qualité de la communication avec les patient-es.</p> <p>Limites de l'étude : Dans cette étude, toutes les participantes étaient des femmes et les perspectives des infirmiers de sexe masculin n'ont pas été prises en compte. Il est mentionné que les expériences et perceptions de la communication avec les patient-es peuvent différer selon le sexe. L'étude s'est limitée à des départements de médecine interne. Les résultats sont généralisables.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Retour sur objectifs : La recherche a répondu à l'objectif visé en mettant en lumière les aspects de la communication et de l'éducation des patient-es âgé-es que les prestataires de soins doivent améliorer en les résumant un par un.</p> <p>Principaux résultats : Les limitations fonctionnelles du vieillissement ont empêché les personnes âgées d'adopter activement les comportements sains recommandés. L'absence d'approche systémique pour mesurer et utiliser les informations, le manque de partenariat avec les personnes âgées et d'assistances spécialisées pour ces dernières et la réglementation de la prestation des soins de santé en fonction du temps. Tous ces points-là ont créé des obstacles qui entravent l'efficacité de l'éducation des patient-es et l'amélioration des connaissances en matière de santé.</p> <p>Étapes futures : Les motivations pour les autosoins et l'encouragement de l'indépendance des patient-es âgé-es sont des sujets qui méritent d'être étudiés à l'avenir.</p>	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures	1	2	3		1	2	3
	Retombées potentielles	1	2	3		1	2	3

					Retombées potentielles : L'assistance et les interventions auprès des professionnel-les de la santé empêcheront l'amplification de l'âgisme dans la pratique clinique. L'information est pertinente mais manque de précision concernant les interventions.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	Provenance : L'article comporte 31 sources répertoriées à la fin de l'article. Ce sont principalement des articles scientifiques provenant de PubMed et de revues de médecine. La majorité des documents sont accessibles sauf quelques exceptions dont le lien n'est plus accessible. Années : Les références sont datées de 2004 à 2020. Titre : Les sources reprennent les mots-clés de l'étude et ont des sujets pertinents en lien avec l'objectif de l'étude. Exhaustivité : La liste des références semble complète et fait référence au thème de l'article.	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	L'introduction n'est pas structurée explicitement, et ne permet pas de se projeter dans la suite de la lecture de l'article. De plus, l'introduction est longue et il est difficile de ressortir facilement les éléments. L'article est intéressant concernant le rôle infirmier dans la littérature et la communication avec les patient-es ce qui permet d'en tirer des informations pertinentes pour le travail de Bachelor mais il n'aborde pas le sujet de l'insuffisance cardiaque et des technologies.		

Article portant sur une étude qualitative

(recherche-action, théorie ancrée, ethnographique, phénoménologique...)

Mode PQN	Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Question de	1	2	3	Question de recherche : Il n'y a pas	1	2	3

Méthodologie	recherche				de question de recherche citée, cependant l'étude fait partie d'un projet comportant plusieurs études interdépendantes qui visent à examiner la communication clinique.			
	Sélection des participants/ objet à l'étude	1	2	3	Cette étude-ci s'est intéressée à l'éducation des personnes âgées à l'autogestion de leur santé.	1	2	3
	Procédure de collecte d'information	1	2	3		1	2	3
	Analyse des données	1	2	3		1	2	3

Devis : C'est une étude qualitative ethnographique. Le devis qualitatif est cohérent et est en lien avec l'objectif visé de cette thématique. Cette étude a été approuvée par le comité des sujets humains de l'hôpital universitaire de Dankook. Les droits de l'homme et les droits à la vie privée des participant-es ont été protégés tout au long de l'étude.

Sélection des participants : Les participantes proviennent des services de médecine interne et ont été recrutées dans un hôpital de Corée du Sud affilié à l'institution du deuxième auteur. La technique boule de neige a été utilisée pour recruter les participantes restantes. Au total, 16 infirmières diplômées ont participé. Age moyen de 38,8 ans dont : 5 infirmières praticiennes, 7 infirmières diplômées et 4 infirmières spécialisées. 8 participantes de services généraux, 3 d'hématologie - oncologie, 4 de centre cardio-neurovasculaire.

Critères d'inclusions : -
Critères d'exclusions : 5 ans d'expérience clinique ou plus, infirmières travaillant dans des services n'ayant rien à voir avec les soins infirmiers directs ou sans interactions avec des patients.

Procédure de collecte d'information :
 Les outils de collecte d'informations sont décrits de façon détaillée. La collecte s'est déroulée comme ceci : les données de l'étude ont été

				<p>collectées par le biais d'entretiens en face à face de 25 à 50 minutes et par courriers électroniques. Les participantes pouvaient choisir la méthode de communication en fonction de la distance entre leur lieu de vie et le lieu de l'étude. Les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation des participantes puis retranscrits. Au début de chaque entretien, une procédure de consentement éclairé a été appliquée. Les chercheurs et chercheuses ont expliqué aux participantes le contexte de la recherche. Ils-elles leur ont demandé si elles avaient des questions ou préoccupations concernant l'étude.</p> <p>Après l'introduction à l'étude, sept questions ont été posées soit en face à face ou par courrier électronique.</p> <p>Type de variable mesurée : variable nominale</p> <p>Méthode d'analyse des données : La description de la méthode d'analyse est claire et précise. Elle a été réalisée à l'aide d'une analyse thématique suggérée par deux autres auteurs Braun et Clark. Les données transcrites et écrites ont été lues plusieurs fois afin de les rendre plus familières. Au cours de la lecture, les idées ou pensées émergentes ont été notées. Les éléments des données jugés importants par rapport aux questions de recherches ont été codés puis regroupés en fonction de leur pertinence et enfin relues dans le but d'identifier les thèmes potentiels. Chaque thème potentiel a été réexaminé.</p> <p>Le deuxième auteur est celui qui a effectué la deuxième analyse. Le premier auteur et une infirmière chercheuse spécialisée dans la recherche en soins infirmiers</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				gérontologiques avec une expérience dans la recherche qualitative ont examinés les résultats.			
--	--	--	--	---	--	--	--

Résultats	Description des résultats	1	2	3	<p>Descriptions résultats : Les résultats sont présentés par catégories. Les différentes catégories sont développées et illustrées par les réponses des participantes recueillies dans les entretiens. Chaque catégorie a son problème expliqué et parfois des pistes d'amélioration sont proposées.</p> <p>Retombées : Pour certains problèmes rencontrés, des pistes d'amélioration sont proposées pour une pratique future.</p> <p>Tableaux : Il n'y a pas de tableaux mais des extraits des entretiens qui permettent d'illustrer les problèmes rencontrés dans la vie réelle sont écrits en dessous en italique.</p> <p>Synthèse résultats/modèle : Il y a une synthèse claire, précise et complète dans la partie discussion.</p>	1	2	3
	Retombées	1	2	3		1	2	3
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3		1	2	3
	Synthèse résultats/modèle	1	2	3		1	2	3

**Grille de cotation accompagnant le GFASA-
2013 Tétreault, Sorita, Ryan et Ledoux**

Titre : Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure

Référence de l'article : Son, Y.-J., Shim, D. K., Seo, E. K., & Seo, E. J. (2018). Health Literacy but Not Frailty Predict Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2474. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112474>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3		Titre : Le titre cible la population de l'étude, cependant il est difficile de comprendre son sens. Auteur : Tous les auteurs sont détaillés et listés au début de l'article. Leur rattachement à l'institution est cité. Mots-clés : Les mots clés sont pertinents et reprennent les thèmes principaux de l'étude. Résumé : Le résumé est complet et comporte : l'objectif, la méthodologie et les résultats. Il est en lien avec notre problématique, malgré qu'il manque l'aspect de la technologie.	1	2
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	1		2	3
	Mots-clés	1	2	3	1		2	3
	Résumé	1	2	3	1		2	3

Introduction	Pertinence	1	2	3	Pertinence : La justification de l'étude repose sur des faits et fait référence à des études antérieures sur le sujet. Originalité : Cet article est original car des études antérieures ont été faites sur plusieurs aspects du sujet mais ne traitent pas l'impact de la fragilité sur les comportements d'autosoins chez les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque. Plan : Le plan n'est pas annoncé. Objectif : L'objectif cité dans l'introduction de l'article est clair et il se réfère à des concepts précis et	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

				définis.			
				Question / Hypothèse : /			

Recension des écrits, État de l'art	Concepts théoriques/modèle	1	2	3	Concepts théoriques/modèle : Les thématiques principales sont clairement relevées et mise en avant. Les concepts les plus importants sont définis dans l'introduction. Modèle théorique : Pas de modèle théorique pour cette étude. Études, résultats récents : Les études récentes utilisées dans cet article relèvent qu'il est nécessaire de connaître le niveau de littératie en santé de chaque patient-e et qu'il est important d'adapter les autosoins à chaque patient-es. Elles relèvent également que la fragilité peut être associée négativement aux comportements d'autosoins. Cette étude cherche à déterminer si la connaissance de la santé et la fragilité sont des déterminants de comportement d'autosoins chez les patient-es souffrant d'insuffisance cardiaque après ajustement des facteurs socio-démographiques et cliniques des patient-es. Limites de écrits : Les études précédentes ont relevé que la fragilité et la littératie en santé avaient un impact sur les autosoins. Cependant, aucune étude n'a encore mis en avant comment celles-ci impactent réellement les comportements en autosoins. Liens entre les parties : Il n'y a pas de plan présent mais les différentes parties de l'article sont bien mises en évidence. Chaque partie comporte un titre et est divisée en paragraphe, dans un ordre logique.	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3		1	2	3
	Limites des écrits	1	2	3		1	2	3
	Liens entre les parties	1	2	3		1	2	3

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	Résumés des résultats : Les résultats de l'étude sont cités et	1	2	3
	Liens vers	1	2	3		1	2	3

n	d'autres études				expliqués. Cependant, ils semblent ne pas répondre à l'objectif de base, cité dans l'introduction. L'objectif semble avoir évolué au fil de l'étude car lorsqu'il est cité dans la discussion, il ne comporte pas les mêmes éléments que dans l'introduction. Liens avec d'autres études : Les résultats sont mis en lien et comparés aux études effectuées précédemment sur le sujet. Lorsque les résultats sont différents, des explications sont données sur les causes de ces différences. Recommandations : Les auteurs de cet article rappellent que la fragilité, la littératie en santé et les comportements en autosoins sont des états en constante évolution. Par conséquent, ils proposent une étude qui déterminerait les intervalles de dépistage optimaux pour ces 3 facteurs afin de prévenir les effets néfastes sur la santé. Limites de l'étude : L'étude n'a pas été conçue pour évaluer les associations longitudinales entre la littératie en santé, la fragilité et les comportements d'autosoins chez les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque. Les participant-es de l'étude étaient limité-es aux patient-es ambulatoires d'un seul centre de santé publique donc les résultats ne sont pas généralisables. Les participant-es étaient atteint-es d'une fragilité relativement normale et l'étude n'inclue pas les participant-es étant atteint-es d'une fragilité avancée.			
	Recommandations	1	2	3		1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3		1	2	3
Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	Retour sur objectifs : Il est difficile de savoir si la recherche a répondu à l'objectif visé car il est compliqué d'identifier le réel objectif de la recherche.	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures	1	2	3		1	2	3

	Retombées potentielles	1	2	3	<p>Principaux résultats : Les résultats ont mis en évidence le fait qu'un niveau élevé ou adéquat de connaissance en matière de santé peut conduire à une meilleure observance des comportements d'autosoins chez les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque. Il est donc recommandé d'évaluer les connaissances en matière de santé chez les patient-es à l'aide d'un outil de dépistage qui a pour objectif de contrôler le niveau de connaissance en matière de santé et identifier les données nécessaires à une intervention empirique et individuelle.</p> <p>Étapes futures : Il n'y a pas d'étapes futures de décrites.</p> <p>Retombées potentielles : Les auteurs indiquent que les prestataires de soins de santé devraient être conscients de l'importance d'une évaluation précoce des connaissances en matière de santé avant l'éducation du-de la patient-e. Les prestataires devraient se baser sur le niveau de connaissances en matière de santé et le niveau d'éducation lorsqu'ils accompagnent les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque dans leurs autosoins. L'offre d'une éducation sur mesure basée sur le niveau de connaissances en matière de santé et le niveau d'éducation peut aider les patient-es souffrant d'insuffisance cardiaque à améliorer leurs comportements en matière d'autosoins.</p>	1	2	3
--	------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Provenance : L'article comporte 40 sources répertoriées à la fin de l'article. Ce sont principalement des articles scientifiques provenant de PubMed et de revues de médecine. La majorité des documents sont accessibles sauf quelques exceptions dont le lien n'est plus</p>	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

				accessible.			
				Années : Les références sont datées de 2004 à 2018.			
				Titre : Les sources reprennent les mots-clés de l'étude et ont des sujets pertinents en lien avec l'objectif de l'étude.			
				Exhaustivité : La liste des références semble complète et fait référence au thème de l'article.			

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	<p>L'introduction n'est pas structurée explicitement, et ne permet pas de se projeter dans la suite de la lecture de l'article.</p> <p>Il est difficile de savoir si l'objectif de l'étude est atteint car il semble évoluer et se modifier tout au long de l'étude. Ce qui empêche de comprendre ce que l'étude cherchait à prouver. Au début de l'article, les auteurs relèvent une étude innovante, cependant à la fin elle ne semble pas apporter des informations qui ne sont pas déjà connues.</p> <p>Les résultats sont flous et semblent s'entremêler sans distinction entre les différents concepts de la recherche. Il est difficile de savoir si les résultats répondent à l'objectif parce qu'il est difficile de comprendre ce qui était attendu.</p>		

Article portant sur une étude quantitative

(expérimentale, quasi-expérimentale, corrélationnelle, prédictive...)

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Méthodologie	Question / hypothèse	1	2	3	Question / hypothèse : Il n'y a pas de question de recherche ou d'hypothèse citée.	1	2	3
	Devis méthodologique	1	2	3		1	2	3
	Sélection des participants	1	2	3	Devis méthodologique : C'est une recherche descriptive corrélationnelle. Il y a peu de détails sur le schéma de l'étude. Les règles éthiques sont respectées. Le choix d'un devis transversal implique que les résultats ne seront pas	1	2	3
	Choix des outils de mesure	1	2	3		1	2	3
	Intervention ou programme (si applicable)	1	2	3		1	2	3

	Analyse des données	1	2	<p>3 transférables en fonction de l'évolution des éléments pris en compte (fragilité, littératie en santé et comportement d'autosoins).</p> <p>Sélection des participants : Recrutement entre avril et juillet 2018 de 281 participant-es, recruté-es dans une clinique externe d'un hôpital général en Corée du Sud. Échantillonnage de commodité sur la base de la disponibilité. À l'aide de G-power version 3.1, une analyse de puissance a été réalisée de façon à déterminer la taille de l'échantillon.</p> <p><u>Critères d'inclusions :</u> Les participant-es devaient être âgé-es de 20 ans ou plus. Ils-elles devaient parler couramment la langue coréenne. Le diagnostic d'insuffisance cardiaque devait être posé par un cardiologue sur la base des antécédents cliniques, des résultats échographiques et de la présence de symptômes et de diagnostics depuis au moins un an. Les participant-es devaient avoir la volonté de participer.</p> <p><u>Critères d'exclusions :</u> Les participant-es ne devaient pas avoir un diagnostic antérieur de démence ou de troubles dépressifs majeurs. Ils-elles ne devaient pas présenter une paralysie ou une déficience physique. L'espérance de vie des participant-es ne devait pas être de moins de 6 mois, ils-elles ne devaient pas nécessiter des soins palliatifs.</p> <p>Il n'y a pas de groupe de témoin ou de groupe de contrôle.</p> <p>Choix des outils de mesure : <u>Caractéristiques sociodémographiques</u> : des questions standardisées ont permis d'obtenir les données</p>	1	2	3
--	---------------------	---	---	---	---	---	---

				<p>sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, état civile, situation professionnelle et revenu mensuel).</p> <p><u>Caractéristiques cliniques</u> : Les dossiers médicaux ont permis d'obtenir les informations cliniques (indice de masse corporelle, durée du diagnostic, classification NYHA, comorbidités, antécédents, médicaments prescrits et la fraction d'éjection).</p> <p><u>Littératie en matière de santé</u> : Les connaissances en matière de santé ont été évaluées à l'aide d'une série de trois questions brèves élaborées par Chew, Bradley et Boyko et coté à l'aide de l'échelle de Likert en cinq points (0-4).</p> <p>Fragilité : La version coréenne de l'échelle de FRAIL (K-FRAIL) a été utilisée pour côté la fragilité.</p> <p><u>Comportements d'autosoins</u> : Les comportements d'autosoins ont été évalués à l'aide de la version coréenne de l'échelle European Heart Failure Self-Care Behavior Scale 9 items (EHFScBS-9). Cette échelle comprend 9 éléments cotés à l'aide de l'échelle de Likert en cinq points (0-4).</p> <p><u>Collecte des données et considération éthiques</u> : Le protocole de cette étude a été examiné et approuvé par le comité d'examen institutionnel de l'établissement des auteurs. La recherche a été expliquée à chaque participant-e par un entretien téléphonique et un consentement éclairé écrit a été signé.</p> <p>Type de variable mesurée : Variable continue</p> <p>Intervention ou programme : Il n'y a pas d'interventions.</p> <p>Analyse des données : Les données recueillies ont été analysées à l'aide d'IBM SPSS</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>Statistic version 23. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les données et présenter les caractéristiques des participant-es. Les données continues ont été présentées sous forme de moyennes et d'écart types. Les données catégorielles ont été exprimées sous forme de nombres et de pourcentages. Le test <i>t</i> indépendant, l'analyse de variance à sens unique et le test post hoc (test de Scheffe) ont été effectués pour identifier les différences entre les variables en fonction des caractéristiques. Les corrélations entre les variables ont été analysées à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson. Une régression hiérarchique a été utilisée pour identifier l'impact de la littératie en santé et de la fragilité sur les comportements d'autosoins après ajustements des caractéristiques des patient-es.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Résultats	Description de l'échantillon	1	2	3	<p>Description de l'échantillon : 60,9% des participant-es étaient des hommes. L'âge moyen des participant-es était de 68,7 ans, avec 37,4% des participant-es âgé-es de moins de 60 ans. Sur les 281 patient-es, seul 38,1% avaient un bon niveau d'éducation (supérieur au niveau secondaire). La majorité, 67,3%, étaient au chômage et 68,75 avaient de faibles revenus mensuels. 20,3% des participant-es vivaient seul-es. En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, 60,5% des participant-es appartenaient à la classe I du NYHA et avaient eu le diagnostic d'insuffisance cardiaque peu de temps auparavant (1-2 ans), ils-elles avaient une fraction d'éjection relativement normale (= ou >50%).</p> <p>Initialement, 290 patient-es avaient été recruté-es, neufs ont été</p>	1	2	3
	Description des résultats	1	2	3		1	2	3
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3		1	2	3
	Synthèse résultats	1	2	3		1	2	3

				<p>exclu-es pour cause de questionnaires incomplets. Par conséquent, l'analyse finale des données a porté sur un total de 281 patient-es, ce qui répond aux critères d'une taille d'échantillon suffisante.</p> <p>Description des résultats : Les résultats sont présentés de façon logique et ordonnée dans les différents tableaux.</p> <p>Les résultats sont en lien avec les thèmes abordés dans l'article, en revanche il est difficile de savoir s'ils répondent à l'objectif qui n'est pas vraiment clair.</p> <p>Les descriptions des résultats faites en dessous des tableaux sont claires, le concept de la littératie en santé et de la fragilité sont bien séparés et mis en relation avec les comportements en autosoins. Dans le tableau 4, l'analyse est effectuée en deux temps. Dans un premier temps l'évaluation des comportements d'autosoins a été évaluée. Puis, dans un deuxième temps, les concepts de littératie en santé et de fragilité ont été introduits pour l'analyse.</p> <p>Tous les tests ont été effectués à un niveau de significations statiques de $p = 0.05$.</p> <p>Les résultats significatifs étaient les suivants :</p> <p>Le niveau de culture sanitaire était plus élevé ($p < 0.5$) chez les participant-es : plus jeunes ($p < 0.001$), les hommes ($p < 0.001$), niveau d'éducation plus élevé ($p < 0.001$), les participant-es avec un emploi ($p < 0.001$) et revenus mensuel plus élevés ($p < 0.001$).</p> <p>Le niveau de littératie en santé était plus élevé ($p < 0.5$) chez les patient-es atteint-es d'insuffisance</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

				<p>cardiaque de la classe NYHA I ($p < 0.001$) que ceux-celles atteints-es d'insuffisance cardiaque NYHA II ou III.</p> <p>Corrélation négative significative entre les connaissances en matière de santé et la fragilité ($p < 0.001$).</p> <p>Corrélation positive significative entre la littératie en santé et les comportements en autosoins ($p < 0.001$).</p> <p>La fragilité avait une corrélation négative significative avec les comportements en autosoins ($p < 0.001$).</p> <p>Les personnes plus jeunes ($p = 0.017$) ayant un niveau d'éducation plus élevée ($p = 0.001$) et celles appartenant à la classe NYHA inférieure ($p = 0.005$) adoptent davantage des comportements d'autosoins.</p> <p>La littératie en santé ($p = 0.029$) était un déterminant significatif des comportements d'autosoins après ajustement pour les variables sociodémographiques et cliniques, mais la fragilité ($p = 0.441$) ne l'était pas.</p> <p>Le niveau d'éducation reste significatif ($p = 0.005$) après l'ajout de la littératie en santé et de la fragilité.</p> <p>L'analyse est claire et précise, illustrée par les tableaux.</p> <p>Liens entre les résultats : Des liens sont effectués et décrits entre les différentes données récoltées. Les résultats sont présentés dans un ordre chronologique.</p> <p>Tableaux, figures, graphiques : Les tableaux sont en complément du texte et permettent d'avoir une</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>vision complète de toutes les données qui ont été mesurées par les différentes échelles citées. Les tableaux sont faciles à comprendre.</p> <p>Synthèse résultats : Une synthèse des résultats est faite à la fin de la partie résultats.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	Les résultats sont décrits de manière claire et complète. En revanche, il reste difficile de savoir s'ils répondent vraiment à l'objectif de la recherche qui ne paraît pas clairement défini.		

**Grille de cotation accompagnant le GFASA-
2013 Tétreault, Sorita, Ryan et Ledoux**

Titre : Patients' needs and perspectives for using mobile phone interventions to improve heart failure self-care: A qualitative study

Référence de l'article : Son, Y.-J., Oh, S., & Kim, E. Y. (2020). Patients' needs and perspectives for using mobile phone interventions to improve heart failure self-care : A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), 2380-2390.
<https://doi.org/10.1111/jan.14455>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3	Titre : Le titre présente des termes précis concernant le sujet, il résume le contenu de l'étude. Auteur : Les auteurs sont cités sous le titre ainsi que leur rattachement à l'institution. Mots-clés : Les mots clés sont représentatifs du texte. Résumé : Le résumé est complet et représentatif de l'article. Il est structuré et résume clairement les différentes étapes (objectif, conception, méthode, résultats et conclusion). L'article est en lien avec le thème qui nous intéresse et reprend tous les concepts centraux de notre travail.	1	2	3
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3		1	2	3
	Mots-clés	1	2	3		1	2	3
	Résumé	1	2	3		1	2	3

Introduction	Pertinence	1	2	3	Pertinence : L'étude repose sur des données chiffrées, des constats théoriques, des observations et des faits tirés d'autres études. Originalité : Cet article est original car jusqu'à présent, les études se sont concentrées sur l'efficacité des moyens technologiques sur l'autogestion de l'insuffisance cardiaque mais pas sur les besoins et perspectives des patient-es en ce qui concerne l'utilisation de la technologie. Il y a des éléments innovants dans cette recherche. Plan : Le plan n'est pas annoncé.	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

				<p>Objectif : L'objectif est clair et complet et relève des concepts précis.</p> <p>Question/hypothèse : L'hypothèse est sous-entendue dans l'introduction.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Introduction	Pertinence	1	2	3	<p>Pertinence : L'étude repose sur des données chiffrées, des constats théoriques, des observations et des faits tirés d'autres études.</p> <p>Originalité : Cet article est original car jusqu'à présent, les études se sont concentrées sur l'efficacité des moyens technologiques sur l'autogestion de l'insuffisance cardiaque mais pas sur les besoins et perspectives des patient-es en ce qui concerne l'utilisation de la technologie. Il y a des éléments innovants dans cette recherche.</p> <p>Plan : Le plan n'est pas annoncé.</p> <p>Objectif : L'objectif est clair et complet et relève des concepts précis.</p> <p>Question/hypothèse : L'hypothèse est sous-entendue dans l'introduction.</p>	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Résumés des résultats : La partie discussion présente un résumé complet des résultats. Elle relève les éléments importants à cibler amenés par la réflexion des patient-es.</p> <p>La partie discussion apporte des éléments clés quant à la mise en place adaptée des technologies selon le-la patient-e comme : la facilité d'utilisation, mise en place de « rappels » leur permettant d'avoir un poids en moins, peur du manque de sécurité, diverses attentes... La discussion et synthèse des résultats permettent de répondre concrètement à l'objectif de base et permettent d'apporter de nouvelles</p>	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3		1	2	3
	Recommandations	1	2	3		1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3		1	2	3

				<p>pistes.</p> <p>Liens avec d'autres études : L'étude est fondée sur les écrits antérieurs et cherche à aller plus loin. L'étude appuie ses résultats en faisant référence à d'autres études.</p> <p>Recommandations : La discussion relève qu'il est recommandable pour la suite de se faire un avis plus global en prenant en compte l'avis d'autres professionnel·les tel·les que les médecins, les soignant·es et des décideurs en matière de santé, de façon à concevoir un système de soutien au niveau communautaire. Ce qui fait sens dans une prise en charge pluridisciplinaire.</p> <p>Limites de l'étude : Dans cette étude, les résultats sont basés sur les points de vue des patient·es à un niveau individuel. Cela ne permet pas d'avoir un avis généralisable auprès de tous les intervenant·es dans la prise en charge globale du·de la patient·e.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Retour sur objectifs : La recherche a répondu à l'objectif visé en mettant en lumière les perspectives et besoins essentiels selon les patient·es quant à une utilisation optimale de la technologie de la santé de façon à pouvoir développer une intervention d'autogestion de l'insuffisance cardiaque sur téléphone mobile adaptée.</p> <p>Principaux résultats : Une intervention basée sur le téléphone mobile devrait prendre en compte des informations fiables et adaptées, une application mobile de valeur, la confidentialité, la facilité d'utilisation, le caractère abordable et la facilitation de la communication en face à face entre le personnel médical et les patient·es afin d'obtenir de meilleurs résultats en</p>	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures	1	2	3		1	2	3
	Retombées potentielles	1	2	3		1	2	3

				<p>matière de santé. Les professionnel·les devraient être conscients de l'importance de tenir compte des besoins et des préférences des patient·es lors de l'élaboration d'un programme de santé mobile pour les autosoins. Ces résultats sont applicables à la pratique.</p> <p>Étapes futures : Explorer les perspectives des prestataires de soins de santé et des soignant·es en tenant compte des questions liées à la communauté et au système de santé.</p> <p>Retombées potentielles : Il n'y a pas de retombées potentielles clairement citées dans cet article. Selon nos déductions basées sur la conclusion et les étapes futures, l'exploration des perspectives des prestataires de soins et de santé et des soignant·es permettraient de se faire un avis plus global et complet quant à l'accompagnement des patient·es pour leurs autosoins à l'aide d'applications mobiles.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Provenance : Cette étude comporte 40 sources répertoriées à la fin de l'article. Ce sont des articles scientifiques provenant majoritairement de revues de médecine. Les documents, via les liens mentionnés sont accessibles dans leur majorité.</p> <p>Années : La majorité des références sont datées entre 2004 et 2020. Seule une référence est antérieure, datée de 1985. Les documents les plus récents datent de 2019 et 2020.</p> <p>Titre : Les sources reprennent les mots-clés de l'étude et relèvent des sujets pertinents en lien avec l'objectif de l'étude.</p> <p>Exhaustivité : La liste des</p>	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

				références semble complète et fait référence au thème de l'article. De plus, la majorité des articles sont très récents.			
--	--	--	--	--	--	--	--

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	L'article est pertinent, l'objectif est clair et bien défini, il est facile de comprendre la direction que prend la recherche grâce à des parties bien définies et structurées. L'étude est une grande ressource pour la rédaction de notre travail de Bachelor, en effet, elle reprend tous les concepts centraux de la thématique ainsi que la direction souhaitée. L'étude apporte peu d'ouverture sur le sujet pour la suite et ne décrit pas d'interventions concrètes applicables à la pratique. Les sources sont de très bonne qualité, cependant il est difficile de s'y retrouver car ne sont pas numérotées et l'année de publication est peu identifiable.		

Article portant sur une étude qualitative

(recherche-action, théorie ancrée, ethnographique, phénoménologique...)

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Méthodologie	Question de recherche	1	2	3	Question de recherche : La question de recherche est sous-entendue à travers l'objectif de l'étude. Devis : C'est une étude qualitative phénoménologique. Le devis qualitatif est cohérent et en lien avec l'objectif visé de cette thématique. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université Chung-Ang. Tous les participant-es ont donné leur consentement éclairé par écrit. Sélection des participants : La sélection des participant-es a été réalisée par procédure d'échantillonnage raisonné. L'échantillon nécessitait d'environ 15-20 participant-es. Finalement 20 personnes ayant accepté l'objectif de la recherche et ayant été jugées capables de fournir des informations suffisantes ont participé à l'étude.	1	2	3
	Sélection des participants/objet à l'étude	1	2	3		1	2	3
	Procédure de collecte d'information	1	2	3		1	2	3
	Analyse des données	1	2	3		1	2	3

				<p>Un tableau résumant les caractéristiques des participant-es, permet de se faire une idée visuelle de celles-ci.</p> <p><u>Critères d'inclusions :</u> Âgé de plus de 18 ans / être capable de communiquer en coréen / être un-une patient-e de la classe NYHA I ou II qui a besoin d'autosoins / posséder un téléphone portable.</p> <p><u>Critères d'exclusions :</u> Patient-e de classe fonctionnelle III ou IV NYHA nécessitant des soins palliatifs ou en fin de vie</p> <p>Type de variable : nominale</p> <p>Procédure de collecte d'information : La récolte de données est expliquée de manière précise, en revanche, il y a très peu d'informations quant aux outils utilisés pour celle-ci, ce qui ne permet pas d'évaluer si ces outils sont en cohérence avec l'étude et justifiés. La collecte s'est déroulée comme ceci : Par des entretiens semi-structurés et approfondis, choisie car c'est une méthode plus cohérente lorsque plusieurs chercheurs participent. Les guides d'entretien ont été élaborés sur la base d'analyse documentaires et des intérêts des chercheurs. Les entretiens ont été menés entre novembre 2018 et mai 2019, soit au domicile du-de la patient-e soit dans une clinique ambulatoire d'un hôpital de Corée du Sud. L'heure et le lieu des entretiens, décidé par le-la patient-e. L'entretien durait en moyenne 100 minutes, des entretiens supplémentaires ont été menés lorsque cela était nécessaire. Les entretiens ont été enregistrés avec accord du-de la patient-e et retranscrits immédiatement.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>Méthode d'analyse des données : La description de la méthode d'analyse est claire et précise. Elle a été réalisée à l'aide de la méthode d'analyse de contenu conformément à Graneheim et Lundman. Les transcriptions des entretiens ont été comparées aux enregistrements originaux pour en garantir l'exactitude. Les entretiens ont été lus plusieurs fois. Les données de l'entretien ont été condensées en unité de sens, qui constituent plusieurs mots, phrases et paragraphes et les unités de sens condensées ont été résumées et étiquetées avec un code. Les codes ont été comparés sur la base des similitudes et différences et triés en 12 sous-thèmes qui constituent le manifeste par deux chercheurs. Le troisième chercheur a examiné les résultats de l'analyse. Les divergences d'opinions dues aux différences d'informations académiques et cliniques des trois chercheurs ont été discutées jusqu'à obtention d'un consensus.</p> <p>Les résultats des analyses ont été envoyés à trois participant-es pour vérifier si les résultats et les constats décrits par les chercheurs étaient cohérents avec leurs propres expériences. Puis ils ont été examinés par des chercheurs expérimentés dans la recherche qualitative et la méthode d'analyse de contenu.</p> <p>Pour garantir la validité de cette étude, la crédibilité, la transférabilité, la dépendance et la confirmabilité ont été appliquées aux critères d'évaluation conformément aux critères d'évaluation de la rigueur suggérés par Lincoln et Cuba.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Résultats	Description des résultats	1	2	3	Descriptions résultats : Les résultats sont présentés par	1	2	3
	Retombées	1	2	3	catégories. Les différentes	1	2	3
	Table aux, figures	1	2	3	catégories sont développées et illustrées par les réponses des	1	2	3

	graphiques				participant-es recueillies dans les entretiens ainsi que par un tableau faisant la synthèse des éléments retirés. Chaque élément est mis dans un contexte et expliqué par un court texte.			
	Synthèse résultats /modèle	1	2	3	<p>Les éléments principaux ressortis de ces entretiens sont :</p> <p>Le manque d'information, le manque de ressource quant à la gestion des situations d'urgences, la peur d'un manque de fiabilité des informations, le besoin d'un service personnalisé, la nécessité d'une fonction de rappel, la difficulté d'utilisation, une préférence pour la communication en face à face, les coûts, beaucoup d'attentes quant à l'utilisation.</p> <p>Aucun lien n'est fait avec d'autres études dans la présentation des résultats.</p> <p>Retombées : Il n'y a pas de retombées potentielles relevées dans cette partie de l'article et aucune implication future pour la profession n'est relevée.</p> <p>Tableaux : Des extraits des entretiens permettent d'illustrer les éléments relevés par les patient-es afin de mieux les comprendre en les mettant dans un contexte. Il y a plusieurs tableaux dans l'article qui illustrent les textes, en partie pour faire une synthèse des résultats.</p> <p>Synthèse résultats/modèle : Il y a une synthèse claire, précise et complète dans la partie discussion. En revanche, il n'y a pas de synthèse des résultats dans cette partie de l'article.</p>	1	2	3

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées

Commentaire	La partie de la méthodologie de l'article manque de précision, pas de précision quant à la méthode de sélection des participant-es, les outils utilisés pour la récolte et l'analyse de données ne sont pas cités explicitement et décrits. Concernant les résultats, chaque élément est décrit de façon précise individuellement et ils sont relevés dans un tableau résumé clair et précis. En revanche, il manque une synthèse des résultats à ce moment-là de l'article, ce qui ne permet pas d'amener des informations et pistes d'améliorations concrètes.
-------------	--

Grille de cotation accompagnant le GFASA-2013 Tétréault, Sorita, Ryan et Ledoux

Titre : Patient perspectives on the use of mobile apps to support heart failure management: A qualitative descriptive study

Référence de l'article : Sivakumar, B., Lemonde, M., Stein, M., Mak, S., Al-Hesayen, A., & Arcand, J. (2023). Patient perspectives on the use of mobile apps to support heart failure management : A qualitative descriptive study. *PLOS ONE*, 18(5), e0285659. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285659>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3	Titre : Le titre présente des termes précis concernant le sujet. Il résume le contenu de l'étude.	1	2	3
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3		1	2	3
	Mots-clés	1	2	3		1	2	3
	Résumé	1	2	3	Auteur : Tous les auteurs sont cités sous le titre ainsi que leur rattachement à l'institution. Il y a également une adresse mail de contact pour une auteure. Mots-clés : Il n'y a pas de mots-clés cités. Résumé : Le résumé est complet et représentatif de l'article. Il est structuré et résume clairement les différentes étapes (objectif, méthode, résultats, conclusion). L'article est en lien avec le thème qui nous intéresse et reprend tous les concepts centraux de notre travail.	1	2	3

Introduction	Pertinence	1	2	3	Pertinence : L'introduction repose sur des éléments théoriques, des observations et des faits tirés d'autres études.	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3	Originalité : Cet article est original car jusqu'à présent, les études se sont concentrées sur les diverses fonctionnalités des applications mobiles existantes pouvant aider à l'autogestion de l'insuffisance cardiaque. Il vise à déterminer les besoins, motivations et défis des patient-es concernant l'utilisation des applications mobiles dans leurs	1	2	3

				<p>autosoins.</p> <p>Plan : Le plan n'est pas annoncé.</p> <p>Objectif : L'objectif est clair et complet et relève des concepts précis.</p> <p>Question / Hypothèse : /</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Recension des écrits, État de l'art	Concepts théoriques/modèle	1	2	3	<p>Concepts théoriques/modèle : La thématique principale est l'autogestion de l'insuffisance cardiaque. Les concepts centraux de l'étude sont : l'autogestion, l'insuffisance cardiaque et les applications mobiles. Ces concepts sont expliqués et mis en lien avec l'objectif de l'étude.</p> <p>Modèle théorique : Il n'y a pas de modèle théorique pour cette étude.</p> <p>Études, résultats récents : Les constats des études récentes relèvent que l'insuffisance cardiaque est un problème de santé publique. Il a été relevé que l'adhésion aux autosoins est essentielle pour éviter des décompensations, cependant de nombreux facteurs rendent difficile l'adhésion aux autosoins. Le manque de temps et de connaissances en la matière de la part des professionnel·les de la santé est relevé par différentes études. Il a été relevé que les applications mobiles améliorent l'autogestion. Les autres études relèvent que les applications mobiles ne sont pas adaptées aux patient·es atteint·es d'insuffisance cardiaque et qu'il est nécessaire de connaître leurs besoins et motivations concernant l'utilisation des applications mobiles pour leur autogestion.</p> <p>Limites de écrits : Il a été démontré que les technologies ont un effet bénéfique sur l'autogestion mais peu</p>	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3		1	2	3
	Limites des écrits	1	2	3		1	2	3
	Liens entre les parties	1	2	3		1	2	3

				<p>de données relèvent les besoins, motivations et défis en ce qui concerne l'utilisation des applications mobiles pour l'autogestion de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Liens entre les parties : Il n'y a pas de plan présent, mais il y a un fil conducteur clair qui permet de comprendre l'objectif et l'intérêt de l'étude. Chaque partie comporte un titre et est divisée en paragraphes, dans un ordre logique.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Résumés des résultats : La partie discussion présente un résumé complet des résultats. La recherche répond à l'objectif visé en relevant plusieurs possibilités qui visent à déterminer les besoins, motivations et défis des patient-es concernant l'utilisation des applications mobiles dans leurs autosoins. Elle explique l'importance d'impliquer les patient-es et les professionnel-les de la santé dans la conception et le développement des applications mobiles. Le résumé des résultats relève des possibilités permettant le soutien à l'autogestion ainsi que de la nécessité d'avoir des connaissances et des compétences dans la gestion de l'insuffisance cardiaque. La discussion identifie les différentes fonctionnalités dont les patient-es ont besoin dans les applications mobiles.</p> <p>Liens avec d'autres études : Cette étude met en lien et explique la plupart de ses résultats avec ceux des autres études. L'étude fait la différence entre ce qui vient de sa recherche et des autres études en citant les références.</p> <p>Recommandations : Il est recommandé d'intégrer des éléments éducatifs attrayants dans les applications pour améliorer</p>	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3		1	2	3
	Recommandations	1	2	3		1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3		1	2	3

				<p>l'autogestion de la maladie. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer le développement, la mise en œuvre et l'efficacité des applications mobiles de santé pour le soutien aux soins. Ces recommandations sont cohérentes avec les résultats de cette étude et peuvent s'appliquer à la pratique clinique.</p> <p>Limites de l'étude : Une partie de la collecte de données a eu lieu pendant la pandémie COVID-19 où des entretiens individuels en personne et en ligne ont été menés. Dans les entretiens en ligne, il y avait une limite dans le contact et l'interaction interpersonnelle. Le fait que les entretiens étaient individuels a pu entraîner des différences de méthodes par rapport aux groupes de discussions. Il y avait plus d'hommes que de femmes. Les résultats de l'étude ont pu être influencés par les croyances et hypothèses des membres de l'équipe de recherche, c'est pourquoi, une stratégie de recherche réflexive a été utilisée. Ces limites affectent peu les résultats car l'approche analytique est restée cohérente, les résultats sont généralisables.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Retour sur objectifs : Pour répondre à l'objectif visé, la recherche a relevé plusieurs avantages et défis ainsi que des possibilités d'utilisation d'applications mobiles pour l'autogestion de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Principaux résultats : Les principaux résultats significatifs de la démarche ne sont pas décrits dans la conclusion mais sont décrits dans la partie discussion.</p> <p>Étapes futures : La recherche</p>	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures	1	2	3		1	2	3
	Retombées potentielles	1	2	3		1	2	3

				recommande d'impliquer activement les patient-es avec une approche participative dans la conceptualisation, la conception, le développement, les tests itératifs et l'évaluation des applications.			
				Retombées potentielles : Il n'y a pas de retombées potentielles.			

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Provenance : L'article comporte 66 sources répertoriées à la fin de l'article. Ce sont des articles scientifiques provenant majoritairement de bases de données scientifiques et de revues scientifiques. La majorité des documents sont accessibles via les liens mentionnés. Cependant, certains n'ont pas de liens électroniques.</p> <p>Années : Les articles sont datés de 2003 à 2023. La majorité des références sont datées entre 2019 et 2023.</p> <p>Titre : Les sources reprennent les concepts principaux de l'étude et relèvent des sujets pertinents en lien avec l'objectif de l'étude.</p> <p>Exhaustivité : La liste des références semble complète et fait référence au thème de l'article. De plus, la majorité des articles sont très récents.</p>	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	<p>L'objectif de l'article est clair et bien défini. L'étude fait de nombreux liens avec les études précédentes en apportant de nouveaux éléments. L'étude est une grande ressource pour la rédaction de notre travail de Bachelor. En effet, elle reprend tous les concepts centraux de la thématique ainsi que la direction souhaitée.</p> <p>Cependant, la partie discussion comporte beaucoup de liens avec les études précédentes ce qui la rend difficile à comprendre à la première lecture et nécessite donc d'être lue plusieurs fois. Les principaux</p>		

résultats relevés dans cette étude sont peu mis en avant car ils se fondent dans les résultats des autres études.

Article portant sur une étude qualitative

(recherche-action, théorie ancrée, ethnographique, phénoménologique...)

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Méthodologie	Question de recherche	1	2	3	Question de recherche : Il n'y a pas de question de recherche. Il y a un objectif clair dans la partie introduction.	1	2	3
	Sélection des participants/ objet à l'étude	1	2	3		1	2	3
	Procédure de collecte d'information	1	2	3	Devis : Le devis est bien détaillé. Il s'agit d'une étude descriptive qualitative qui est en lien avec l'objectif visé de la thématique. Les règles éthiques sont respectées : l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de : l'université technique de l'Ontario, l'Unity Health Toronto et l'hôpital Mount Sinai. Tous les participant-es ont donné leur consentement éclairé par écrit. Sélection des participant-es : La sélection des participant-es a été réalisée par procédure d'échantillonnage raisonné dans deux cliniques ambulatoires à Toronto. Les patient-es ont été invités par leur médecin traitant à participer à l'étude. <u>Critères d'inclusions</u> : Âgé-e de plus de 18 ans, utilisateurs et utilisatrices de smartphones-tablettes / diagnostiqué-es avec insuffisance cardiaque, fraction d'éjection préservée à plus de 50% ou fraction légèrement réduite (40-50% ou de moins de 40%) avec présence de symptômes d'insuffisance cardiaque. Suivi-es d'un traitement médical stable / pas d'hospitalisation depuis plus de 6 mois. <u>Critères d'exclusions</u> :	1	2	3
	Analyse des données	1	2	3		1	2	3

				<p>Non-indépendant-es dans : le choix de l'alimentation et l'administration des médicaments / difficulté à communiquer en anglais</p> <p>Variables de résultats : variable de type nominale</p> <p>Procédure de collecte d'information : La procédure de collecte d'informations est décrite de façon précise. Elle se déroule comme ceci : participations des patient-es à des entretiens semi-structurés avec des groupes de discussion dirigés par une étudiante en doctorat avec un assistant de recherche enregistrant les observations sur les indices non-verbaux. Des entretiens individuels supplémentaires ont été menés avec certain-es patient-es. Les entretiens ont été menés entre juin 2019 et mars 2021, sur place à la clinique ou en ligne via la plateforme Zoom (COVID-19). Les entretiens étaient enregistrés et duraient de 45 à 60 minutes. Des notes de réflexions ont permis de modifier l'ordre des questions du guide de l'entretien. L'équipe de recherche a mis fin à la collecte de données quand le nombre prévu de groupe de discussions a été atteint.</p> <p>Méthode d'analyse des données : La description de la méthode d'analyse est claire et précise. Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot. Un assistant de recherche a vérifié l'exactitude de ces transcriptions. Le logiciel NVivo a été utilisé pour le codage des transcriptions de l'analyse du contenu. Ensuite, une comparaison entre les transcriptions codées du logiciel et celles des deux chercheurs a été réalisée. Les thèmes ont été finalisés par l'équipe de recherche. Les participant-es n'ont pas été impliqués dans</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				l'analyse et l'interprétation des résultats.			
--	--	--	--	--	--	--	--

Résultats	Description des résultats	1	2	3	<p>Descriptions résultats : Il ressort de l'analyse des résultats, que les participant-es utilisent les technologies pour les activités quotidiennes et le suivi de leur santé. Les facteurs influençant l'utilisation de la technologie sont décrits. Les résultats sont présentés par paragraphes et expliqués de façon claire et détaillée. Pour chaque concept, le problème est décrit ainsi que son explication, des transcriptions des participant-es sont là pour illustrer les propos. Aucun lien n'est fait avec d'autres études pour la présentation des résultats.</p> <p>Retombées : Il n'y a pas de retombées potentielles ni d'implications futures pour la pratique relevées dans cette partie de l'article.</p> <p>Tableaux : Il y a un tableau représentatif des caractéristiques des participant-es qui est détaillé. Des transcriptions illustrent les avis des participant-es sur les thèmes abordés et enrichissent les résultats.</p> <p>Synthèse résultats/modèle : Il y a une synthèse claire, précise et complète dans la partie discussion. En revanche, il n'y a pas de synthèse des résultats dans cette partie de l'article.</p>	1	2	3
	Retombées	1	2	3		1	2	3
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3		1	2	3
	Synthèse résultats/modèle	1	2	3		1	2	3

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées

Commentaire	La partie méthodologique de l'article est précise et complète. Concernant les résultats, chaque thème est décrit de façon précise, les besoins des patient-es sont détaillés et les transcriptions enrichissent le texte. Cette étude est pertinente pour notre travail de Bachelor car les besoins des patient-es sont décrits et des interventions concrètes peuvent en être tirées.
-------------	--

**Grille de cotation accompagnant le GFASA-
2013 Tétreault, Sorita, Ryan et Ledoux**

Titre : A study of the digital readiness of patients with chronic heart failure

Référence de l'article : Isaeva, A. V., Krasnova, K. S., Tagoev, Yu. Sh., Shirokova, E. I., Demkina, A. E., Korobeynikova, A. N., Vladzimirskiy, A. V., & Smolenskaya, O. G. (2023). A study of the digital readiness of patients with chronic heart failure. *Profilakticheskaya Meditsina*, 26(3), 101.

<https://doi.org/10.17116/profmed202326031101>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Identificat ion de l'article et résumé	Titre	1	2	3		Titre : Le titre présente des termes précis concernant le sujet et résume le contenu de l'étude. Auteur : Tous les auteurs sont listés au début de l'article. Les informations sur les auteurs sont données via des liens électroniques fonctionnels Mots-clés : Les mots-clés sont pertinents et sont représentatifs du texte. Résumé : Le résumé est complet, il comporte l'objectif, la méthodologie et les résultats. Il est en lien avec notre problématique, malgré qu'il manque l'aspect du rôle infirmier dans l'autogestion.	1	2
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	1		2	3
	Mots-clés	1	2	3	1		2	3
	Résumé	1	2	3	1		2	3

Introducti on	Pertinence	1	2	3	Pertinence : La justification de l'étude est synthétique et repose sur des faits. Des études antérieures sur le sujet sont citées. Originalité : Cette étude est originale car des études antérieures ont été réalisées sur l'utilisation du numérique auprès des patient-es. Cependant, aucune de ces études n'a inclus le niveau de préparation nécessaire à l'utilisation du numérique dans le cadre de la télémédecine. Plan : Le plan n'est pas annoncé.	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

				<p>Objectif : L'objectif cité dans l'introduction est clair et il se réfère à des concepts précis et définis.</p> <p>Question / Hypothèse : /</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Recension des écrits, État de l'art	Concepts théoriques/modèle	1	2	3	<p>Concepts théoriques/modèle : Les thématiques principales ; l'insuffisance cardiaque, les autosoins et la préparation numérique sont relevées. Ces concepts ne sont pas définis dans l'introduction.</p> <p>Modèle théorique : Il n'y a pas de modèle théorique pour cette étude.</p> <p>Études, résultats récents : Il y a trois constats d'études récentes relevés. Ces constats démontrent que l'utilisation des applications mobiles suscitent un intérêt croissant et que l'efficacité des suivis par télémédecine a été prouvée. Cette étude cherche à déterminer le niveau de préparation des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque à utiliser la technologie pour leurs autosoins et à relever les facteurs qui influencent l'utilisation de ces technologies.</p> <p>Limites de écrits : Il n'y a pas de synthèse des différents écrits sur le sujet. Uniquement des constatations d'études antérieures sont relevées.</p> <p>Liens entre les parties : Il n'y a pas de plan présent mais il y a un fil conducteur clair. Chaque partie comporte un titre et est divisé en paragraphe, dans un ordre logique.</p>	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3		1	2	3
	Limites des écrits	1	2	3		1	2	3
	Liens entre les parties	1	2	3		1	2	3

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Résumés des résultats : Il est difficile de relever les résultats de cette étude. De nombreux résultats et constatations d'études antérieures sont décrits dans cette partie. Les sources sont citées, cependant il reste difficile à déterminer quels</p>	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3		1	2	3
	Recommandations	1	2	3		1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3		1	2	3

				<p>résultats proviennent de cette étude. L'objectif visé est principalement répondu par des informations relevées dans d'autres études.</p> <p>Cette étude a démontré qu'une confiance numérique élevée améliore les résultats de soins des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque ainsi qu'une diminution des hospitalisations liées aux décompensations. Elle a également relevé que les patient-es ayant un déficit cognitif modéré et un faible niveau de connaissance numérique et en santé, auront une confiance numérique plus élevée.</p> <p>Liens avec d'autres études : De nombreux résultats d'études antérieures sont relevés et mis en avant dans la discussion. En revanche, peu de liens clairs sont effectués avec les résultats de cette étude.</p> <p>Recommandations : Des recherches supplémentaires sur un échantillon plus large de patient-es sont nécessaire dans ce domaine. De plus, le questionnaire utilisé pourrait être élargi pour inclure des questions sur la confiance numérique étant donné que des niveaux élevés de confiance numérique peuvent être associés à une très faible sensibilisation aux risques liés à l'utilisation des technologies numériques.</p> <p>Limites de l'étude : Il n'y a pas de limites citées dans cette étude.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Conclusion	Retour sur Objectif	1	2	3	<p>Retour sur objectifs : La recherche n'a pas répondu à l'objectif visé, cependant, l'étude a donné des pistes pour améliorer les compétences numériques des patient-es.</p> <p>Principaux résultats : Le résultat principal est de mettre en place un</p>	1	2	3
	Question	1	2	3		1	2	3
	Hypothèse	1	2	3		1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures							
	Retombées potentielles							

				<p>programme spécifique pour améliorer les compétences numériques des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque et leurs proches. Le résultat est applicable à la pratique cependant le contenu du programme nécessaire n'est pas expliqué.</p> <p>Étapes futures : Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour obtenir une image complète de l'état de préparation numérique des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Retombées potentielles : /</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Provenance : Cette étude comporte 22 sources répertoriées à la fin de l'article. Ce sont principalement des articles scientifiques russes et des revues de médecine qui se trouvent sur des bases de données scientifiques. Chaque source est accessible par le lien électronique mentionné.</p> <p>Années : La majorité des références sont datées entre 2003 et 2022. Seule une référence est antérieure, datée de 1999. Plus de la moitié sont de 2020 ou plus.</p> <p>Titre : Les sources reprennent les mots-clés de l'étude.</p> <p>Exhaustivité : La liste des références semble complète et fait référence au thème de l'article.</p>	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées

Commentaire	<p>L'objectif de l'article est intéressant et complet.</p> <p>Cependant, la recension des écrits apporte peu d'informations quant aux thématiques principales de l'article. De plus, aucune synthèse sur les limites des écrits actuels n'est faite. Le résumé des résultats de cette étude est difficilement relevable car la discussion relève majoritairement les résultats des études antérieures à celle-ci. Elle n'apporte que peu d'éléments nouveaux contrairement à ce qui était promis dans l'introduction. Les résultats n'apparaissent pas clairement dans le texte.</p> <p>Pour conclure, à cette étape de l'analyse de l'article, peu d'éléments semblent utilisables pour notre travail de Bachelor.</p>
-------------	---

Article portant sur une étude quantitative

(expérimentale, quasi-expérimentale, corrélacionnelle, prédictive...)

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Méthodologie	Question / hypothèse	1	2	3	Question / hypothèse : Il n'y a pas de question de recherche ou d'hypothèse citée.	1	2	3
	Devis méthodologique	1	2	3		1	2	3
	Sélection des participants	1	2	3	Devis méthodologique : C'est un devis quantitatif descriptif. Au vu de l'objectif, le devis est cohérent et pertinent.	1	2	3
	Choix des outils de mesure	1	2	3		1	2	3
	Intervention ou programme (si applicable)	1	2	3	Les règles éthiques ne sont pas citées.	1	2	3
	Analyse des données	1	2	3	<p>Sélection des participant-es : La sélection des participant-es n'est pas détaillée et la taille de l'échantillon n'est pas justifiée. Les critères d'inclusions et d'exclusions ne sont pas cités. Les participant-es ont été recruté-es dans le centre de l'hôpital d'Ekaterinbourg.</p> <p>Choix des outils de mesure : Les instruments de mesure sont cités, et sont les suivants : Évaluation des capacités cognitives des patient-es à l'aide du questionnaire Mini-Cog. Évaluation des capacités d'auto-assistance à l'aide de l'échelle EHFSBS-9. De plus, les chercheurs de cette étude ont utilisé un questionnaire de préparation à l'utilisation de l'informatique qu'ils-elles ont spécialement mis au point. Le</p>	1	2	3

				<p>questionnaire sur la préparation au numérique, est composé de 21 questions.</p> <p>L'enquête a été menée dans un format combiné, en ligne, dans les cliniques ambulatoires et hospitalières, ainsi qu'en face à face dans une autre clinique hospitalière.</p> <p>Type de variable de résultats : continue</p> <p>Intervention ou programme : Il n'y a pas d'interventions.</p> <p>Analyse des données : L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel MS Excel 2021 et jamovi. Les caractéristiques quantitatives ont été décrites par l'estimation de la moyenne et de l'intervalle interquartile. Les indicateurs qualitatifs ont été présentés en nombres absolus et en pourcentage du nombre total. La normalité de la distribution a été déterminée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. La comparaison de 2 groupes indépendants en fonction des caractéristiques qualitatives a été effectuée en testant l'hypothèse statistique de l'égalité à l'aide du Test de Pearson, comparaison quantitative dans 2 groupes indépendants à l'aide de la méthode Mann-Whitney. L'ajustement de Bonferroni a été utilisé pour la comparaison par paire. Le coefficient de corrélation de Spearman a été utilisé pour étudier la relation de corrélation et la force de l'interaction entre les caractéristiques.</p> <p>Pour la vérification de l'hypothèse nulle, les différences ont été considérées comme statistiquement significatives à $p < 0.05$.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Résultats	Description de l'échantillon	1	2	3	Description de l'échantillon : 54 personnes ayant reçu un diagnostic antérieur ou récent d'insuffisance	1	2	3
	Description	1	2	3		1	2	3

des résultats				cardiaque, de la classe II et III du NYHA, ont été incluses.			
Tableaux, figures, graphiques	1	2	3	Il n'y a pas de détails concernant les critères d'inclusions et d'exclusion, ni si des participant-es ont abandonné l'étude.	1	2	3
Synthèse résultats	1	2	3	<p>Description des résultats : Les résultats sont présentés de façon logique et ordonnée. Pour la partie quantitative, les résultats répondent à l'objectif visé par les tableaux. Concernant la partie qualitative, certains liens sont effectués, cependant elle manque de précision.</p> <p>Les résultats sont considérés comme statistiquement significatifs à $p < 0,05$.</p> <p>Les résultats significatifs étaient les suivants :</p> <p>L'analyse des relations a relevé que le niveau de compétence numérique dépendait de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'âge ($r = -0,575$; $p < 0,001$) - L'accès à internet ($r = 0,504$; $p < 0,001$) - De ceux-celles qui travaillent ($r = 0,499$, $p < 0,001$) - Le fait d'avoir ou non un smartphone ($r = 0,504$; $p < 0,001$) <p>Dans une analyse des relations, le niveau de confiance numérique semble dépendre de l'âge ($r = -0,570$; $p < 0,001$)</p> <p>Tableaux, figures, graphiques : Les tableaux sont en lien avec le questionnaire auquel les participant-es ont répondu.</p> <p>Synthèse résultats : Une synthèse des résultats est faite après chaque tableau. Il n'y a pas de synthèse globale des résultats.</p>	1	2	3

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	Il n'y a pas de détails concernant les critères d'inclusions et d'exclusions des participant-es. Les tableaux sont cohérents avec le questionnaire, cependant ils n'apportent pas de plus-value à l'objectif de l'étude.		

**Grille de cotation accompagnant le GFASA-
2013 Tétréault, Sorita, Ryan et Ledoux**

Titre : Tools to Support Self-Care Monitoring at Home: Perspectives of Patients with Heart Failure

Référence de l'article : Aamodt, I. T., Strömberg, A., Hellesø, R., Jaarsma, T., & Lie, I. (2020). Tools to Support Self-Care Monitoring at Home : Perspectives of Patients with Heart Failure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), Article 23. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238916>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3		<p>Titre : Le titre contient tous les termes précis concernant le sujet et il résume le contenu de l'étude.</p> <p>Auteur : Tous les auteurs sont listés sous le titre ainsi que leur rattachement à leur institution.</p> <p>Mots-clés : Ils sont présents et représentatifs du texte.</p> <p>Résumé : Le résumé est représentatif de l'article, cependant les résultats ne sont pas cités. L'article est en lien avec le thème qui nous intéresse, par contre dans le cadre de notre travail de Bachelor, il manque l'aspect du rôle infirmier.</p>	1	2
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	1		2	3
	Mots-clés	1	2	3	1		2	3
	Résumé	1	2	3	1		2	3
Introduction	Pertinence	1	2	3	<p>Pertinence : L'introduction repose sur des constats théoriques, des observations et des faits tirés d'autres études.</p> <p>Originalité : Cet article est original car jusqu'à présent les études se sont concentrées sur l'efficacité des technologies de l'information et de la communication pour la prise en charge des autosoins. En revanche, cette étude est innovante car elle vise à décrire le point de vue des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque sur les outils d'autosurveillances destinés à soutenir leurs autosoins et à déterminer l'importance que les</p>	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

				<p>patient-es accordent à ces outils technologiques.</p> <p>Plan : Le plan n'est pas annoncé dans l'introduction mais est cité dans le résumé de l'article.</p> <p>Objectif : L'objectif est clair, complet et relève des concepts précis. Il est cité à deux reprises dans l'introduction.</p> <p>Question / Hypothèse : /</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Recension des écrits, État de l'art	Concepts théoriques/modèle	1	2	3	<p>Concepts théoriques/modèle : Les concepts centraux de l'étude : l'insuffisance cardiaque, les soins et les technologies de l'information et de la communication sont mis en évidence. Chaque concept est développé et des liens logiques sont faits entre eux et vont dans le sens de l'étude.</p> <p>Modèle théorique : Il n'y a pas de modèle théorique dans cette étude.</p> <p>Études, résultats récents : Les études récentes utilisées dans cet article démontrent que les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque doivent effectuer de nombreux soins à domicile. Cependant, les patient-es ont souvent des difficultés à distinguer les symptômes et à trier les informations quant aux interventions qu'ils-elles doivent mettre en place. Le suivi traditionnel devient de plus en plus difficile dû à la pénurie de personnel soignant et au vieillissement de la population. C'est pourquoi, les technologies de l'information et de la communication se développent de plus en plus. Il a été prouvé que ces technologies sont efficaces, en revanche, on ne connaît pas l'avis des patients quant à leur utilisation, c'est donc l'objectif de cette étude.</p> <p>Limites de écrits : Les études</p>	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3		1	2	3
	Limites des écrits	1	2	3		1	2	3
	Liens entre les parties	1	2	3		1	2	3

				<p>précédentes ont relevé que les technologies de l'information et de la communication ont un effet bénéfique sur l'autogestion et sont de plus en plus présentes dans la prise en charge des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque. Par contre, aucune étude ne décrit le point de vue des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque sur les outils d'autosurveillances destinés à soutenir leurs autosoins et à déterminer l'importance qu'ils-elles accordent à ces outils technologiques.</p> <p>Liens entre les parties : Il n'y a pas de plan présent mais il y a un fil conducteur clair qui nous permet de comprendre l'objectif et l'intérêt de l'étude. En revanche, la fin de l'introduction mélange l'objectif de l'étude, les résultats des précédentes études et ce que devront déterminer les études futures, manque de structure.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Résumés des résultats : La partie de la discussion ne fait pas un résumé des résultats de cette étude. La discussion ne répond pas explicitement à l'objectif visé de cette étude mais donne des indications sur l'évolution future que vont avoir les technologies de l'information et de la communication.</p> <p>Liens avec d'autres études : De nombreux liens sont faits avec les constats des différentes études précédentes. La forme du texte permet de définir clairement les éléments qui ont été observés durant cette étude et ceux observés lors de précédentes études.</p> <p>Recommandations : Il n'y a pas de recommandations citées pour de futures études.</p> <p>Limites de l'étude : Les limites de</p>	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3		1	2	3
	Recommandations	1	2	3		1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3		1	2	3

				l'étude sont bien définies. Les participant-es connaissaient les infirmières spécialisées dans l'insuffisance cardiaque qui étaient impliquées dans l'étude, ce qui a pu avoir un impact quant à leur implication dans l'étude. L'étude a interrogé uniquement des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque dans une clinique ambulatoire et n'a pas pris en compte des patient-es vivant à domicile, les résultats ne sont, par conséquent, pas généralisables.			
--	--	--	--	--	--	--	--

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Retour sur objectifs : Il n'y a pas de retour sur l'objectif de l'étude. Seul des liens avec le fait que les technologies de l'information et de la communication sont nécessaires et pertinentes dans le soutien aux autosoins sont faits. Il relève également que le soutien de la part des infirmiers et des infirmières est essentiel.</p> <p>Principaux résultats : Dans cette étude, l'importance du rôle infirmier dans le soutien à l'utilisation des outils technologiques de l'information et de la communication est relevée. En revanche, il n'y a pas de reformulation claire ni d'informations concrètes quant au type de besoin et de soutien qu'ils-elles attendent de la part du personnel soignant. L'utilisation des résultats est possible dans la pratique mais aucune interventions concrètes ne sont proposées.</p> <p>Étapes futures : Il n'y a pas d'étapes futures.</p> <p>Retombées potentielles : Des recherches plus approfondies, basées sur les résultats obtenus dans cette étude, pourraient être utiles. Ceci dans le but d'orienter le développement d'outils à distance destinés à soutenir le suivi des</p>	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures	1	2	3		1	2	3
	Retombées potentielles	1	2	3		1	2	3

				autosoins pour tous patient-es atteint-es de maladies chroniques en Europe et dans d'autres pays où la consultation en personne devient de plus en plus difficile à gérer.			
--	--	--	--	--	--	--	--

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Provenance : L'article comporte 54 sources répertoriées à la fin de l'article. Ce sont principalement des articles scientifiques provenant de PubMed et autres revues de médecine. La majorité des liens mentionnés sont accessibles, sauf quelques exceptions dont les liens des sites internet ne sont plus actuels.</p> <p>Années : La majorité des références sont datées entre 2014 et 2020. Seuls trois références sont antérieures, datées de 2002, 2005 et 2008. Les documents les plus récents datent de 2020.</p> <p>Titre : Les sources reprennent les mots-clés de l'étude et ont des sujets pertinents en lien avec l'objectif de l'étude.</p> <p>Exhaustivité : La liste des références semble complète et fait référence aux thèmes de l'article.</p>	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	<p>Dans l'ensemble, le contenu de cette étude est intéressant. En revanche, peu de nouvelles connaissances sont apportées et les résultats ne répondent que partiellement à l'objectif de l'étude.</p> <p>L'article fait beaucoup de liens avec les études précédentes, il relève les problèmes actuels et les problèmes futurs liés à l'évolution du système de santé qui impose aux patient-es de devenir de plus en plus autonomes dans leurs autosoins.</p>		

Article portant sur une étude qualitative

(recherche-action, théorie ancrée, ethnographique, phénoménologique...)

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Méthodologie	Question de recherche	1	2	3		<p>Question de recherche : Il n'y a pas de question de recherche citée, cependant il y a un objectif clair et défini dans la catégorie conception.</p> <p>Devis : C'est une étude qualitative descriptive. Le devis qualitatif est cohérent avec l'objectif visé de cette étude. L'étude a été menée dans le respect des principes de la Déclaration d'Helsinki et a reçu l'approbation éthique du Comité régional pour la recherche médicale et sanitaire en Norvège. Les participant-es ont signé un formulaire de consentement éclairé écrit avant la collecte des données.</p> <p>Sélection des participant-es : Recrutement des participant-es dans une clinique ambulatoire spécialisée dans l'insuffisance cardiaque, externe d'un hôpital universitaire norvégien. 22 candidat-es ont été approché-es et 19 ont accepté de participer.</p> <p><u>Procédure pour le choix des participant-es</u> : Les infirmières d'une clinique de suivi ambulatoire spécialisée pour les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque, ont invité leurs patient-es de référence à participer à cette étude, en contactant un chercheur. Une stratégie d'échantillonnage raisonné a été utilisée pour recruter les participant-es.</p> <p><u>Critères d'inclusions</u> : Les participant-es devaient être âgé-es de 18 ans ou plus. Ils-elles devaient avoir un diagnostic primaire d'insuffisance cardiaque. Les participant-es devaient vivre à domicile et devaient être capable de</p>	1	2
	Sélection des participants/ objet à l'étude	1	2	3	1		2	3
	Procédure de collecte d'information	1	2	3	1		2	3
	Analyse des données	1	2	3	1		2	3

				<p>lire et de parler le norvégien.</p> <p>Critères d'exclusions : Il n'est pas précisé si des critères d'exclusions ont été appliqués lors de la sélection des participants-es.</p> <p>Types de variables : Les variables sont de type ordinales</p> <p>Procédure de collecte d'information : La procédure de collecte d'informations est décrite de façon précise. La récolte de données se déroule comme ceci : Des entretiens semi-structurés en face à face ont été organisés avec les participant-es. Ils se sont déroulés à la clinique ou au domicile du-de la participant-e de mai 2017 à janvier 2018. Les entretiens ont duré de 31 à 61 minutes et ont été menés par le premier auteur. Les entretiens ont été enregistrés sur support audio.</p> <p>Avant l'entretien, le chercheur a recueilli des informations démographiques de base, puis a interrogé les participant-es sur leur diagnostic d'insuffisance cardiaque, leur traitement, leur hospitalisation antérieure liée à l'insuffisance cardiaque et leur expérience avec les outils technologiques de l'information et de la communication. Puis, pour commencer, le chercheur a utilisé une approche participative en présentant des photographies de différents outils d'aide à l'autosurveillance des soins à domicile afin que les participant-es puissent exprimer ce qu'ils-elles pensent de l'utilisation de ces outils spécifiques à domicile. Puis, des questions d'approfondissement prédéterminées ont été posées afin de mieux comprendre la manière dont les participant-es percevaient</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				<p>chaque outil et l'expérience qu'ils-elles pouvaient en avoir. Ensuite, les participant-es ont été invités à suggérer d'autres outils susceptibles de les aider à surveiller leurs symptômes à domicile. Pour terminer, les participant-es ont été invité-es à évaluer les huit outils sur une échelle de 1 à 8, où 1 correspondait à « très intéressant pour moi » et 8 à « par intéressant pour moi ».</p> <p>Les huit outils sélectionnés pour cette étude étaient basés sur les recommandations des lignes directrices sur l'insuffisance cardiaque des décideurs politiques en Norvège et sur les rapports de l'Organisation mondiale de la santé.</p> <p>La collecte de données est cohérente et justifiée avec l'objectif de l'étude. Cependant, les variables ne sont pas décrites.</p> <p>Les outils de collecte d'information utilisés sont décrits de façon précise et ont été créés par les chercheurs pour les besoins de l'étude.</p> <p>Méthode d'analyse des données : La description de la méthode d'analyse est claire et précise. Les entretiens ont été transcrits mot à mot et les transcriptions ont été comparées aux enregistrements audios par deux auteurs. Une analyse déductive du contenu inspirée par Elo et Kyngäs a été réalisée. Afin de respecter une rigueur, le même chercheur a mené tous les entretiens dans le cadre de la collecte des données et n'a pas été impliqué dans les soins prodigués aux participant-es. Trois auteurs ont participé à la décision de codage, d'analyse et d'interprétation. Pour garantir la crédibilité de l'étude, le contexte et la sélection des</p>		
--	--	--	--	---	--	--

				<p>participant-es sont présentés avec leurs caractéristiques et leurs citations. De plus, les auteurs sont des infirmières expérimentées, spécialisées en cardiologie, en médecine générale et dans les services de santé, et sont des chercheuses qualitatives confirmées impliquées dans la recherche sur les autosoins et le télésuivi.</p> <p>Les participant-es ne sont pas impliqués dans l'analyse et l'interprétation des données.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Résultats	Description des résultats	1	2	3	<p>Descriptions résultats : Les résultats sont présentés par catégories. Les différentes catégories sont développées et illustrées par les réponses des participant-es recueillies dans les entretiens.</p> <p>Les éléments principaux ressortis de ces entretiens sont que les technologies de l'information et de la communication permettent aux patients de se sentir rassurés, en revanche pour certains, elles sont à l'inverse une source de stress. Les avis et expériences de chaque participant-es sont très différents pour chaque outil, cependant un point essentiel qui revient souvent, est la nécessité pour les participant-es de bénéficier d'un soutien infirmier.</p> <p>À la fin de la partie « résultats » de l'étude, les auteurs interprètent les résultats uniquement en relevant les outils les plus utiles, selon les participant-es.</p> <p>Il n'y a pas de liens faits avec d'autres études.</p> <p>Retombées : Les retombées pour la pratique ne sont pas décrites car il n'y a pas de suggestions ni de recommandations par apport à la pratique infirmière directe.</p> <p>En revanche, il peut être déduit que certains outils de technologies de l'information et de la communication</p>	1	2	3
	Retombées	1	2	3		1	2	3
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3		1	2	3
	Synthèse résultats /modèle	1	2	3		1	2	3

			<p>sont à privilégier lors de l'accompagnement des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Tableaux : Il n'y a pas de tableau ou d'illustration des résultats.</p> <p>Synthèse résultats/modèle : Il n'y a pas de synthèse des résultats obtenue grâce à cette étude.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	<p>La structure globale de la méthodologie est synthétique et précise. En revanche, après lecture de cette étude, elle ne parait pas innovante étant donné qu'elle rapporte passablement d'informations déjà connues.</p> <p>Cette étude nous apporte peu d'informations et d'interventions concrètes pour notre travail de Bachelor.</p>		

**Grille de cotation accompagnant le GFASA-
2013 Tétreault, Sorita, Ryan et Ledoux**

Titre : Intervention Mapping Approach in the Design of an Interactive Mobile Health Application to Improve Self-care in Heart Failure

Référence de l'article : Athilingam, P., Clochesy, J. M., & Labrador, M. A. (2018). Intervention Mapping Approach in the Design of an Interactive Mobile Health Application to Improve Self-care in Heart Failure. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(2), 90. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000383>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Identifica tion de l'article et résumé	Titre	1	2	3	Titre : Le titre cible la population et présente des termes précis concernant le sujet et résume le contenu de l'étude. Auteur : Tous les auteurs sont détaillés et listés au début de l'article. Leurs rattachements à l'institution sont mentionnés. Mots-clés : Les mots-clés sont pertinents et représentatifs du texte. Résumé : Le résumé comporte l'objectif mais manque de précision quant au contenu de l'étude (méthodologie et résultats). Il est en lien avec notre problématique mais n'est centré que sur une intervention de santé mobile et ne mentionne pas le rôle infirmier.	1	2	3
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3		1	2	3
	Mots-clés	1	2	3		1	2	3
	Résumé	1	2	3		1	2	3
Introducti on	Pertinence	1	2	3	Pertinence : La justification de l'étude repose sur des faits et des données chiffrées. Des études antérieures sur le sujet sont citées. Originalité : Cet article est original car des études ont été réalisées sur plusieurs aspects du sujet. En revanche, cette étude cherche à obtenir un contenu d'application centré sur les patient-es et à adapter à leurs besoins. Plan : Le plan n'est pas annoncé.	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

				<p>Objectif : L'objectif est cité à la fin de l'introduction mais il est difficile de comprendre si l'application examinée est en cours de développement ou si elle est déjà programmée.</p> <p>Question / Hypothèse : /</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Recension des écrits, État de l'art	Concepts théoriques/modèle	1	2	3	<p>Concepts théoriques/modèle : Les thématiques principales ; la santé mobile, les autosoins et l'insuffisance cardiaque, sont relevés. Les concepts principaux sont contextualisés mais ne sont pas définis.</p> <p>Modèle théorique : L'étude a développé un cadre conceptuel basé sur l'approche de cartographie d'interventions en 6 étapes.</p> <p>Études, résultats récents : Les études des résultats récents relèvent que les interventions d'éducation et de conseils basés sur la technologie sont limités, elles ne relèvent pas des avantages durables en matière d'amélioration des autosoins et/ou des réductions d'hospitalisations. Les études antérieures ne sont pas patient-centré-e.</p> <p>Limites de écrits : Les études précédentes n'étaient pas patient-centré-e. Cette étude cherche à cibler les besoins des patient-es âgé-es atteint-es d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Liens entre les parties : Il n'y a pas de plan présent ni de partie « résultats » mais les autres parties de l'article sont bien mises en évidence.</p>	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3		1	2	3
	Limites des écrits	1	2	3		1	2	3
	Liens entre les parties	1	2	3		1	2	3

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Résumés des résultats : La partie discussion présente un résumé des résultats d'études antérieures. La recherche ne répond pas</p>	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3		1	2	3

	Recommandations	1	2	3	précisément à l'objectif visé.	1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3	<p>Liens avec d'autres études : Plusieurs résultats d'études antérieures sont mentionnés pour affirmer des faits. Ces résultats ont aidé les chercheurs à orienter leur étude.</p> <p>Recommandations : Il n'y a pas de recommandations pour cette étude.</p> <p>Limites de l'étude : Il n'y a pas de résultats dans la discussion, ce qui ne permet pas de savoir s'ils sont applicables et généralisables.</p>	1	2	3

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Retour sur objectifs : La recherche répond partiellement à l'objectif visé. L'application n'est pas encore terminée alors l'étude ne peut affirmer son efficacité pour l'amélioration des autosoins.</p> <p>Principaux résultats : L'application peut contribuer à l'amélioration des résultats au long terme et à diminuer les réadmissions.</p> <p>Étapes futures : Un essai contrôlé randomisé sera réalisé une fois que l'application de santé mobile aura été améliorée.</p> <p>Retombées potentielles : /</p>	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures	1	2	3		1	2	3
	Retombées potentielles	1	2	3		1	2	3

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Provenance : L'article comporte 53 sources répertoriées à la fin de l'article. Il n'y a pas de liens électroniques pour y avoir accès. Cependant, les sources sont accessibles. Ce sont principalement des articles scientifiques et des revues de médecine.</p> <p>Années : Les références sont datées de 1992 à 2017. La majorité sont datées de 2010 à 2016.</p> <p>Titre : Les sources reprennent les</p>	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

				<p>mots-clés de l'étude et ont des sujets pertinents en lien avec l'objectif de l'étude.</p> <p>Exhaustivité : La liste des références semble complète et fait référence au thème de l'article.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	<p>Le thème est intéressant, l'objectif visé se veut être patient-e centré-e et par conséquent peut amener des informations concrètes concernant les besoins et attentes des patient-es vis-à-vis d'une application mobile. Cependant, l'article n'apporte pas de réponses ou d'interventions concrètes utiles pour notre travail.</p> <p>Le contenu de l'article reste flou et difficilement compréhensible. Les références sont relativement datées.</p>		

Article portant sur une étude qualitative

(recherche-action, théorie ancrée, ethnographique, phénoménologique...)

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Méthodologie	Question de recherche				<p>Question de recherche : /</p> <p>Devis : Le devis n'est pas mentionné, mais c'est une étude de devis qualitatif descriptif. Ce devis qualitatif est adapté à l'étude qui vise à évaluer les besoins des patient-es. Les règles éthiques ne sont pas mentionnées.</p> <p>Sélection des participants : La sélection des participant-es à cette étude n'est pas explicitement décrite. Dans le début de la méthodologie, il est mentionné que 10 participant-es atteint-es d'hypertension artérielle ont participé à l'évaluation des besoins dans la première phase en vue du développement de l'application. Cependant, il est difficile de comprendre si ce sont ces mêmes participant-es qui sont concerné-es pour le reste de l'étude.</p>			
	Sélection des participants/ objet à l'étude	1	2	3		1	2	3
	Procédure de collecte d'information	1	2	3		1	2	3
	Analyse des données	1	2	3		1	2	3

				<p>Type de variable : Les variables sont de type continue.</p> <p>Procédure de collecte d'information : L'outil de mesure du protocole de cartographie utilisé pour concevoir l'intervention mHelath HeartMapp est expliqué en détail et correspond au besoin de l'étude. Des entretiens avec les patients ont été réalisés avec des questionnaires en 10 points.</p> <p>Méthode d'analyse des données : La méthode utilise l'approche cartographique qui est cohérente avec l'objectif visé de l'étude. Cependant, il n'est pas précisé la façon dont les 6 étapes sont vérifiées et validées ni par qui.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Résultats	Description des résultats	1	2	3	<p>Descriptions résultats : Les résultats sont difficilement identifiables dans le texte lié au fait qu'il n'y a pas de partie « résultats » clairement définie. Il semble que les résultats soient écrits en italique et concernent les fonctionnalités de l'application de santé HeartMapp. Les résultats semblent être présentés dans un ordre logique qui part de l'évaluation des symptômes aux fonctionnalités de l'application comprenant de la formation et des données statistiques sur l'état de santé du patient. Il est difficile de relever les résultats de l'étude actuelle puisque, ce sont principalement des résultats d'études antérieures qui ressortent.</p> <p>Les résultats des études antérieures sont en lien avec les thèmes principaux abordés dans l'article, cependant il est difficile de savoir s'ils répondent à l'objectif visé étant donné que ce ne sont pas les résultats de l'étude actuelle.</p> <p>Retombées : Les retombées potentielles pour la pratique ne sont</p>	1	2	3
	Retombées	1	2	3		1	2	3
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3		1	2	3
	Synthèse résultats /modèle	1	2	3		1	2	3

				<p>pas mentionnées.</p> <p>Tableaux : Les tableaux et figures complémentaires au texte ne permettent pas de faire ressortir les données les plus probantes. La figure 1 est informative pour obtenir un aperçu de l'application HeartMapp. Le schéma de la figure 2 et 3 ainsi que le tableau 1 sont également à titre informatif. Les schémas avec des flèches ainsi que les images de l'application sont faciles à comprendre. Cependant, le tableau 1 qui représente la matrice du programme demande une attention particulière pour le comprendre.</p> <p>Synthèse résultats/modèle : Il n'y a pas de synthèse de résultats dans cette partie.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	La partie méthodologie et résultat de l'article se basent beaucoup sur les résultats d'autres études et n'apportent que très peu d'informations concrètes. Il n'y a pas de partie « résultats », il est donc difficile d'identifier si des résultats sont démontrés par cette étude.		

**Grille de cotation accompagnant le GFASA-
2013 Tétreault, Sorita, Ryan et Ledoux**

Titre : The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines

Référence de l'article : Jiang, Y., Shorey, S., Nguyen, H. D., Wu, V. X., Lee, C. Y., Yang, L. F., Koh, K. W. L., & Wang, W. (2020). The development and pilot study of a nurse-led HOME-based HEart failure self-Management Programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure, following Medical Research Council guidelines. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(3), 212-222.

<https://doi.org/10.1177/1474515119872853>

Parties Communes à tous les articles

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Identificat ion de l'article et résumé	Titre	1	2	3	Titre : Le titre cible la population de l'étude et décrit le contenu de l'article. Auteur : Tous les auteurs sont détaillés et listés au début de l'article. Leur rattachement à l'institution est cité. Mots-clés : Les mots clés sont pertinents et reprennent les thèmes principaux de l'étude. Résumé : Le résumé est complet et représentatif de l'article. Il est structuré et résume clairement les différentes étapes (objectif, conception, méthode, résultats et conclusion). Le résumé est en lien avec le thème qui nous intéresse.	1	2	3
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3		1	2	3
	Mots-clés	1	2	3		1	2	3
	Résumé	1	2	3		1	2	3

Introducti on	Pertinence	1	2	3	Pertinence : L'étude repose sur des données chiffrées, des constats théoriques, des observations et des faits tirés d'autres études. Originalité : Cet article est original car jusqu'à présent les études ne se sont pas concentrées sur une intervention précise et concrète dans l'amélioration des comportements d'autosoins et ne prenaient pas en compte les aspects multifactoriels.	1	2	3
	Originalité	1	2	3		1	2	3
	Plan de l'article	1	2	3		1	2	3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3		1	2	3

				<p>Plan : Le plan n'est pas annoncé.</p> <p>Objectif : L'objectif est complet et relève des concepts précis. Il reste cependant difficile à comprendre.</p> <p>Question - Hypothèse : /</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Recension des écrits, État de l'art	Concepts théoriques/modèle	1	2	3	<p>Concepts théoriques/modèle : La thématique principale est le rôle infirmier dans l'amélioration des autosoins des patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Modèle théorique : L'étude est basée sur la théorie spécifique à la situation de l'autosoins dans l'insuffisance cardiaque qu'on retrouve dans la partie « résultats ».</p> <p>Études, résultats récents : L'article relève par le biais d'études antérieures l'existence de lacunes importantes dans les connaissances et les compétences en matière d'autosoins. Les patient-es se sentent souvent mal préparé-es et il donc est nécessaire de mettre en place des interventions. Cet article vise à développer une intervention infirmière pour évaluer l'efficacité de l'amélioration des comportements d'autosoins chez les patient-es atteint-es d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Limites de écrits : Les études antérieures soulignent l'importance de l'éducation au-à la patient-e pour promouvoir une adhésion au plan de traitement. Cependant, les études antérieures ne traitent pas de l'influence des comportements d'autosoins ni aux obstacles qui empêche ces changements. Il est nécessaire que l'intervention soit multifactorielle.</p> <p>Liens entre les parties : Il n'y a pas de plan présent ni de partie « conclusion » mais les autres parties de l'article sont bien mises en</p>	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3		1	2	3
	Limites des écrits	1	2	3		1	2	3
	Liens entre les parties	1	2	3		1	2	3

				évidence.			
--	--	--	--	-----------	--	--	--

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Résumés des résultats : La partie discussion présente un résumé des résultats obtenus dans cette étude. Les résultats de l'essai contrôlé randomisé ne sont pas présents vu que l'étude n'est pas encore terminée. La recherche répond partiellement à l'objectif visé. L'étude pilote montre que HOM-HEMP est réalisable et potentiellement efficace pour améliorer la gestion de l'autonomie des patient-es, les résultats psychologiques et la qualité de vie.</p> <p>Liens avec d'autres études : Il est mentionné que seules quelques études ont adopté une intervention d'éducation psychosociale d'autogestion à domicile avec l'intégration de mHealth pour les patient-es.</p> <p>Recommandations : /</p> <p>Limites de l'étude : Les résultats peuvent être influencés par le biais test-retest et l'amélioration naturelle de l'état du de la patient-e après sa sortie d'hôpital. Cette étude est la première de ce type. Tous ces éléments font que la généralisation des résultats n'est pas fiable. Les résultats officiels de l'essai contrôlé randomisé à grande échelle ne sont pas encore présentés.</p>	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3		1	2	3
	Recommandations	1	2	3		1	2	3
	Limites de l'étude	1	2	3		1	2	3

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Retour sur objectifs : /</p> <p>Principaux résultats : /</p> <p>Étapes futures : /</p> <p>Retombées potentielles : /</p>	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3		1	2	3
	Étapes futures	1	2	3		1	2	3
	Retombées potentielles	1	2	3		1	2	3

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Provenance : L'article comporte 38 sources répertoriées à la fin de l'article. Il n'y a pas de liens électroniques pour y avoir accès. Cependant, les sources sont accessibles. Ce sont principalement des articles scientifiques et des revues de médecine.</p>	1	2	3
	Années	1	2	3		1	2	3
	Titre	1	2	3		1	2	3
	Exhaustivité	1	2	3		1	2	3

				<p>Années : Les références sont datées de 1991 à 2019. La majorité sont datées de 2010 à 2019.</p> <p>Titre : Les sources reprennent les mots-clés de l'étude et ont des sujets pertinents en lien avec l'objectif de l'étude. Certains titres ont un lien avec l'aspect psychologique du patient.</p> <p>Exhaustivité : La liste des références semble complète et fait référence au thème de l'article.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	L'étude n'est pas encore finalisée, par conséquent la partie « résultats » ne comporte que peu d'éléments utiles et pertinents pour notre travail. Il n'y a pas de conclusion. L'article explique clairement que des éléments doivent être pris en compte pour interpréter les résultats : le processus n'est pas linéaire ni concluant, il y a eu des difficultés logistiques et des contraintes pratiques et il faut faire preuve de prudence pour la généralisation des résultats.		

Article portant sur une étude quantitative

(expérimentale, quasi-expérimentale, corrélationnelle, prédictive...)

Mode PQN		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Méthodologie	Question / hypothèse	1	2	3	Question / hypothèse : /	1	2	3
	Devis méthodologique	1	2	3	Devis méthodologique : C'est une étude pilote quantitative quasi-expérimental Le devis de l'étude est bien détaillé et en cohérence avec l'objectif de la présente étude. Les règles éthiques sont respectées.	1	2	3
	Sélection des participants	1	2	3		1	2	3
	Choix des outils de mesure	1	2	3	1	2	3	
	Intervention ou programme (si applicable)	1	2	3	Sélection des participant-es : Test pilote : 10 participant-es recruté-es par échantillonnage consécutif dans les services de cardiologie d'un hôpital public de Singapour.	1	2	3
	Analyse des données	1	2	3		1	2	3

				<p>Critères d'inclusion : avoir au moins 21 ans, avoir reçu un diagnostic clinique d'insuffisance cardiaque, être capable de lire et comprendre l'anglais ou le chinois, possédant et utilisant des smartphones dans leur vie quotidienne, être capable d'être suivi-es à la maison après la sortie d'hôpital.</p> <p>Critères d'exclusion : souffrant-e d'une maladie autre que l'insuffisance cardiaque chronique affectant leur capacité à s'autogérer, affection psychiatrique ou altération des fonctions cognitives.</p> <p>Type de variable : Continue</p> <p>Choix des outils de mesure : Les outils de mesures de résultats comprenaient le « Self-Care Heart Failure Index », le « Cardiac Self-Efficacy Scale », le « Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire », la « Hospital Anxiety and Depression Scale » et le « Short Form of the Social Support Questionnaire ». Tous ces outils de mesures sont décrits de façon précise. Ces outils de mesure sont connus et utilisés pour les besoins de l'étude. Les chercheurs justifient ce choix par le fait que chaque échelle évalue une particularité précise.</p> <p>La récolte de données est réalisée comme ceci : les participant-es à l'étude pilote ont reçu l'ensemble de l'intervention avec l'application mobile en plus. Les données ont été recueillies au départ immédiatement après l'intervention de l'étude. Les participant-es devaient remplir eux-mêmes les questionnaires d'auto-évaluation, ils-elles recevaient de l'argent après avoir complété la collecte de données.</p> <p>Intervention ou programme : L'intervention est partiellement expliquée car il manque des</p>		
--	--	--	--	--	--	--

				informations sur les multiples échelles utilisées, leur ordre d'application n'est pas connu.			
				Analyse des données : La méthode d'analyse des données n'est pas décrite.			

Résultats	Description de l'échantillon	1	2	3	<p>Description de l'échantillon : Les participant-es sont tous atteint-es d'insuffisance cardiaque, les informations détaillées qui les concernent sont expliquées dans la méthodologie. Il y a 9 sur 10 participant-es qui ont été jusqu'au bout de l'étude.</p> <p>Description des résultats : Les résultats sont présentés de façon logique et ordonnée. Ils commencent par expliquer le développement de l'intervention de l'étude puis à la conceptualisation de l'intervention avec une description de celle-ci. Ils expliquent ensuite les séances d'éducation en face à face et des visites à domicile, explique l'application smartphone dont le nom n'est pas connu puis termine par les résultats de l'essai pilote. La partie « résultats » est en lien avec l'objectif visé. Il manque cependant des résultats concrets étant donné que l'étude n'est pas finie.</p> <p>Tableaux, figures, graphiques : Les tableaux sont représentatifs du texte et des images permettent d'illustrer ce qui est décrit.</p> <p>Synthèse résultats : Les chercheurs ont décrit leurs résultats concernant : le développement de l'intervention de l'étude, la considération théorique, la conceptualisation et les composantes de l'intervention, la séance d'éducation en face à face et visite à domicile, l'application smartphone complémentaire ainsi que les résultats de l'essai pilote.</p>	1	2	3
	Description des résultats	1	2	3		1	2	3
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3		1	2	3
	Synthèse résultats	1	2	3		1	2	3

Cotation	1	2	3
	Non documenté Non argumenté Faible qualité des informations Articulation des idées peu claire ou explicite	Documentation partielle Argumentation existante mais sommaire Qualité modérée des informations Articulation incomplète des idées	Bien documenté Bien argumenté Bonne qualité des informations Articulation explicite des idées
Commentaire	La partie des résultats est difficile à comprendre, il n'est pas évident de différencier ce qui a été concrètement réalisé et ce qu'il reste à faire. Le fait que ce soit une étude pilote ne nous permet pas d'en tirer des résultats concrets.		

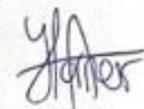
Appendice F : Tableau synoptique

Thèmes du cadre de référence			(Ivynian et al., 2020)	(Kim & Oh, 2020)	(Son et al., 2018)	(Son et al., 2020)	(Sivakumar et al., 2023)	(Isaeva et al., 2023)	(Aamodt et al., 2020)	(Athilingam et al., 2018)	(Jiang et al., 2020)
Dimension	Concepts majeurs	Attributs									
Empowerment	Informations	Besoins d'informations	X			X			X		
		Informations personnalisées				X			X	X	
	Moyens de transmission des informations	Moyens didactiques	X	X					X		
		Sources d'informations	X			X					
	Communication	Difficultés de compréhension	X	X	X						
		Communication entre patient·es et prestataires	X	X		X			X		
Soins centrés sur la personne	Enseignement	Stratégies d'enseignement	X	X							
	Environnement	Proches aidants		X							
		Caractéristiques socio-démographiques		X	X						
Promotion de la santé	Utilisation des technologies	Fonctionnalités des applications mobiles				X	X		X	X	
	Adhérence aux technologies	Adhérence aux technologies				X	X	X			
		Obstacles aux technologies				X	X				

Appendice G : Déclaration d'authenticité**Déclaration d'authenticité**

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lieu, date et signature : Fribourg, le 12 juillet 2023 A. Grenard

Lieu, date et signature : le 12 juillet 2023, Fribourg 

Lieu, date et signature : Fribourg, le 12 juillet 2023 