

Travail de Bachelor

Sous la direction de Madame Myriam Graber

Module RECHERCHE

Anaëlle Egli, Pauline Jobin et Charline Mathys

L'éducation thérapeutique chez les personnes
atteintes d'insuffisance cardiaque à domicile

Le 7 juillet 2017

Hes·SO

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Problématique.....	3
	Motivations et question de départ.....	4
	Pertinence de la question pour les soins infirmiers.....	5
	2.2.1 Personne	5
	2.2.2 Santé	6
	2.2.3 Environnement.....	6
	2.2.4 Soins infirmiers	7
	Les savoirs infirmiers	8
	2.3.1 Savoir personnel	8
	2.3.2 Savoir esthétique	8
	2.3.3 Savoir éthique.....	10
	2.3.4 Savoir empirique	10
	Revue exploratoire de la littérature.....	11
	2.4.1 Education thérapeutique.....	12
	2.4.2 Maladie chronique : insuffisance cardiaque	14
	2.4.3 Qualité de vie.....	17
	2.4.4 Contexte des soins à domicile	18

Perspectives pour la pratique	19
3 Concepts et champs disciplinaires infirmiers.....	21
Définition des concepts.....	22
3.1.1 Education thérapeutique - empowerment	22
3.1.2 Insuffisance cardiaque.....	29
Modèle de promotion de la santé – Nola Pender.....	34
3.2.1 Les caractéristiques individuelles	35
3.2.2 Comportements antérieurs (<i>Prior related behavior</i>)	35
3.2.3 Facteurs personnels (<i>Personal factors</i>)	36
3.2.4 Affects et cognitions liés aux comportements	36
3.2.5 Bénéfices perçus de l'action (<i>Perceived benefits of action</i>)	36
3.2.6 Obstacles perçus à l'action (<i>Perceived barriers to action</i>)	37
3.2.7 Affects liés à l'activité (<i>Activity-related affect</i>)	38
3.2.8 Sentiment d'efficacité personnelle (<i>Perceived self-efficacy</i>)	38
3.2.9 Influences interpersonnelles (<i>Interpersonal influences</i>).....	39
3.2.10 Influences situationnelles (<i>Situational influences</i>)	40
3.2.11 Comportements promoteurs de santé	40
4 Méthode	41
Méthode PICOT	42

4.1.1 Mots-clés et descripteurs	44
Critères de sélection des articles.....	45
5 Synthèse des résultats/ discussion.....	50
Développement des résultats en lien avec la question PICOT	58
Perspectives/propositions pour la pratique	61
6 Conclusion	65
Apports du Travail	66
Limites.....	67
Perspectives pour la recherche	68
7 Références.....	70
8 Appendices	75
Appendice A : Schéma de la théorie de Nola Pender	75
Appendice B : Grilles de Fortin	76

Liste des tableaux

Tableau 1: incidence et létalité en Suisse (2004).....	29
Tableau 2: incidence et létalité en Suisse (2014).....	29
Tableau 3: mots-clés et descripteurs	44
Tableau 4: critères de sélection des articles.....	45

Résumé du travail de Bachelor

Problématique

Le chapitre problématique aborde nos motivations personnelles et professionnelles à la réalisation du travail de *Bachelor*. Les modes de savoirs infirmiers selon Carper (1978) ainsi les concepts infirmiers selon Fawcett (2005) sont également décrits. La revue exploratoire permet de mettre en avant quatre concepts : l'éducation thérapeutique – Empowerment, l'insuffisance cardiaque, la qualité de vie et le contexte de soins à domicile.

Concepts abordés

Dans ce chapitre, deux concepts essentiels ont été retenus et développés : l'éducation thérapeutique – Empowerment et l'insuffisance cardiaque.

La présentation du modèle de Nola Pender permet d'effectuer un lien ainsi que donner des pistes à propos de l'éducation thérapeutique au patient (Pender, Murdaugh & Parsons, 2010).

Méthode

La méthode PICOT a permis de développer la question de recherche ainsi que faire ressortir des articles scientifiques pertinents depuis les bases de données. La grille de Fortin (2010) a été utilisée pour l'analyse de ceux-ci.

Résultats

Dans cette partie, les résultats sont présentés sous forme narrative avec une synthèse et une énonciation des perspectives pour la pratique.

Conclusion

La conclusion comporte les points facilitants et contraignants ainsi que les limites du travail de *Bachelor*. Pour terminer, nous abordons des perspectives pour la recherche.

Mots-clés: éducation thérapeutique, insuffisance cardiaque, soins à domicile

Keywords: therapeutic education, heart failure, home care

Nous tenons à informer les lecteurs/trices que tout ce qui est écrit au masculin vaut également au féminin et inversement.

Remerciements

Pour la réalisation de notre Travail de *Bachelor*, nous avons eu l'aide, le soutien et les conseils de nombreuses personnes.

Nous souhaitons, tout d'abord, remercier sincèrement Madame Myriam Graber, notre directrice de Travail de *Bachelor*, qui nous a accompagnées tout au long de ce parcours. Elle a été présente lors de nos interrogations afin de nous aider à continuer notre travail sur le bon chemin. De plus, ses nombreuses relectures nous ont permis de corriger et d'adapter nos écrits afin que ceux-ci correspondent aux normes demandées.

Nous désirons également remercier les trois enseignants de la HE-ARC nous dispensant les cours de recherche en soins infirmiers, Madame Françoise Schwander-Maire, Monsieur Olivier Schirlin ainsi que Monsieur Pascal Comte qui nous ont appris les bases de la recherche et les éléments indispensables à la construction de ce travail.

Nous tenons à remercier aussi l'infirmière des soins à domicile qui nous a accordé de son temps pour l'entretien. De plus, un grand merci à Madame Régine Vallotton pour la relecture ainsi qu'à Monsieur Arnaud Gay des Combes pour l'aide informatique.

Une pensée, aussi, à nos proches qui nous ont apporté du réconfort dans les moments de doutes et ont su nous rassurer quant à notre capacité d'y arriver.

Nous nous excusons d'avance, si par mégarde, nous aurions oublié de remercier quelqu'un. Nous souhaitons que ces quelques mots soient pris comme tels.

1 Introduction

Dans le cadre de notre dernière année de formation en soins infirmiers, il est indispensable d'effectuer un Travail de *Bachelor*. Celui-ci nous permet de développer nos compétences professionnelles et réaliser des recherches probantes afin de les mobiliser par la suite dans la pratique pour améliorer les prises en charge des patients. De plus, cela nous apporte une autre vision personnelle et professionnelle et contribue également à une portée scientifique qui peut intéresser d'autres professionnels de la santé. Les articles et autres documents pertinents nous permettent d'apporter un regard critique sur le sujet et de comparer les données.

Ce travail s'intègre dans le projet de recherche de Madame Haberey-Knuessi, Madame Graber ainsi que Monsieur Walger en collaboration avec un service de soins à domicile. Nous allons tout d'abord réaliser une problématique en lien avec l'éducation thérapeutique grâce à l'aide de recherches d'articles scientifiques situés dans les bases de données ainsi que des ouvrages littéraires.

Ensuite, les champs infirmiers et les concepts liés à notre question de départ sont développés afin de nous permettre de mobiliser et d'approfondir les connaissances pour appuyer notre recherche. La méthode utilisée pour la réalisation de ce travail ainsi que la synthèse des résultats et la conclusion marquent l'aboutissement de ce travail.

2 Problématique

Motivations et question de départ

Lors de la distribution des thèmes de Travail de *Bachelor* (TB), la proposition d'intégrer un projet de recherche concernant l'éducation thérapeutique débutant à la même période que le Travail *Bachelor*, a suscité l'attention du groupe. Après une prise d'informations auprès d'une co-requérante de ce projet, l'envie de développer le sujet pour apporter une plus-value dans le domaine des soins infirmiers nous a poussées à nous lancer dans cette démarche. Pour nous, l'éducation thérapeutique est primordiale afin de mettre en avant les ressources et les compétences du patient dans le but d'aider ce dernier à être auteur de sa santé. De plus, intégrer le bénéficiaire de soins dans sa prise en soins l'encourage à prendre position, à donner son avis et ainsi améliorer son estime de soi.

Les motivations mises en avant dans notre trio sont d'une part, l'importance de développer une vision et une approche holistique des soins. D'autre part, l'importance que le patient se situe au centre de sa prise en charge afin de participer activement à ses soins et qu'il prenne une certaine responsabilité. Le choix de la thématique s'est porté principalement sur ce projet de recherche car pour notre trio, il est indispensable que le patient soit mis au cœur de sa prise en charge et que le professionnel de santé soit un tremplin pour la construction de son autonomie. De plus, l'éducation thérapeutique se développe particulièrement dans la discipline infirmière et

nous apporte un bagage enrichissant dans l'exercice de notre pratique peu importe le contexte choisi.

Suite à la thématique du projet de recherche, nous avons proposé la question de départ suivante : Quelle importance à l'implication du patient souffrant d'insuffisance cardiaque ainsi que sa famille lors de la prise en charge à domicile ? Nous avons fait le choix de cette question de départ car notre but est de développer nos connaissances autour de l'éducation thérapeutique centrée sur le patient atteint d'insuffisance cardiaque ainsi que l'impact de son entourage sur sa prise en charge. Ce qui nous permet de mieux comprendre et d'affiner nos interventions infirmières pour ce type de pathologie.

Pertinence de la question pour les soins infirmiers

Le métaparadigme infirmier comporte 4 concepts permettant de montrer les liens de notre question de départ avec la discipline infirmière.

2.2.1 Personne

Le concept de la personne se réfère aux individus reconnus dans une culture, des familles, des communautés et autres groupes (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

La personne est au centre de notre profession et de nos préoccupations car les soins effectués amènent à l'amélioration, au maintien ou à la guérison d'une pathologie. L'éducation thérapeutique est de plus en plus mise en avant

dans les recherches car elle permet au patient d'être intégré dans sa prise en soins. Ce qui signifie être auteur de sa santé.

2.2.2 Santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

Le concept de santé se réfère aux processus humains de vie et de mort (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

La santé est un élément fondamental au bien-être de l'être humain car elle permet à la personne d'être indépendante dans ses activités de la vie quotidienne et de mener une vie agréable. L'implication du patient dans ses soins lors d'un apport en éducation thérapeutique apporte des bénéfices intéressants dans l'amélioration de l'état de santé. En effet, sans la motivation du patient, une guérison ou une amélioration de l'état de santé devient plus délicate à mettre en place. La santé et l'implication du patient sont deux aspects avec lesquels il faut travailler en synergie, ceci afin d'augmenter les éléments positifs dans la relation soignant-soigné.

2.2.3 Environnement

Le concept de l'environnement se réfère à ce qui entoure la personne, tant d'un point de vue relationnel que matériel. Il inclut aussi à ce qui l'entoure au niveau local, national, culturel, social, politique et économique (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

L'environnement du patient est un élément primordial dans l'analyse d'une situation afin d'entrer et de maintenir une approche holistique.

Pour le soignant, il est important de se renseigner sur les éléments constituant l'environnement du patient (entourage, activités et besoins) afin d'adapter l'éducation thérapeutique et la manière de prodiguer des soins. De plus, pour le patient, le milieu familial favorise une harmonie lui permettant de s'intégrer plus facilement dans son processus de santé.

2.2.4 Soins infirmiers

Le concept de soins infirmiers se réfère à la définition des soins infirmiers, aux mesures prises par les infirmières pour le compte ou en relation avec les êtres humains et aux objectifs et résultats des actions infirmières. Les actions en soins infirmiers sont considérées comme un processus mutuel entre les participants aux soins infirmiers et aux infirmières (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

Les soins infirmiers doivent être individualisés à chaque personne afin d'apporter une éducation thérapeutique appropriée. En effet, il est essentiel d'adapter les soins afin que le patient participe de lui-même à sa prise en charge, réponde à ses besoins et développe des connaissances sur sa pathologie. L'éducation thérapeutique permet au patient d'acquérir des connaissances sur sa pathologie. De ce fait, il a une meilleure compréhension et visualisation des soins nécessaires afin d'être autonome et auteur de sa santé.

Les concepts des soins infirmiers visités, il s'agit à présent de cerner les savoirs infirmiers.

Les savoirs infirmiers

2.3.1 Savoir personnel

Le savoir personnel s'appuie sur l'expérience personnelle de l'infirmière, du devenir un être unitaire, conscient et authentique. Selon Carper (1978), sans ce mode de développement de la connaissance ; l'utilisation thérapeutique de soi serait impossible. Chinn et Kramer (2008) suggèrent à l'infirmière de se demander : « est-ce que je sais ce que je fais ? » et « est-ce que je fais ce que je sais ? » (Pépin & al., 2010).

Ces deux questions explicitent davantage ce savoir.

Plus le savoir personnel de l'infirmière est grand, plus elle aura de ressources pour entrer dans une relation avec le patient, ce qui permet d'avoir une approche plus chaleureuse, ouverte et compréhensive. Les compétences personnelles acquises (l'écoute active, les connaissances de soi, l'empathie, ses propres limites, etc.) lors d'expériences vécues dans sa propre vie aident l'infirmière à se positionner lors de la prise en charge du patient et de sa famille tout en restant authentique et en lui laissant sa place dans le soin.

2.3.2 Savoir esthétique

Le savoir esthétique, ou l'art des soins infirmiers, fait référence à l'appréciation de la signification d'une situation et nécessite de nombreuses

ressources afin d'avoir la capacité de rejoindre autrui et ainsi permettre une expérience ou la transformer. Ce savoir est lié aux expressions artistiques qui proviennent des expériences vécues au quotidien par l'infirmière : un geste réalisé, l'intensité d'une relation et l'adresse exprimée au moment de la coordination des soins qui font une différence pour l'autre personne.

Chinn et Kramer (2008) suggèrent à l'infirmière de se demander : « qu'est-ce que cela signifie ? » et « comment est-ce significatif ? » (Pépin & al., 2010, p.19). « Le savoir esthétique est une voie prometteuse pour améliorer la qualité des soins (Wainwright, 2000 ; dans Pepin & al., 2010) ainsi qu'une façon de retravailler la manière dont on conçoit certains éléments de la pratique et de faire avancer la théorie (Benner, 2000 ; Blondeau, 2002 ; Schön, 1987 ; Thomas et Pollop, 2002 ; dans Pepin & al., 2010).»

Ce savoir démontre la capacité de l'infirmière à mettre en place des interventions qui soient à la fois adaptées au patient mais aussi originales et créatives correspondant aux buts de l'éducation thérapeutique qui est singulière à chaque bénéficiaire de soins. L'intervention doit être planifiée en synergie avec le patient et son entourage afin que ceux-ci trouvent un but concret à cette activité et que celle-ci soit adaptée et individualisée. La qualité de la prise en charge est ainsi mise en avant grâce à la participation active du patient et de ses proches.

2.3.3 Savoir éthique

Le savoir éthique prend en compte les valeurs et clarifie les situations de soins au niveau moral. Il s'appuie sur des principes et des codes qui permettent de considérer quelles contraintes peuvent être éliminées, améliorées ou acceptées (Pepin & al., 2010). Le dialogue, les échanges interprofessionnels et la mise en commun des avis permettent de cibler une prise en charge adéquate. La justification de cette décision se calque sur les principes éthiques ainsi que sur une réflexion concernant les normes et les valeurs de chacun.

Pour que la relation soignant-soigné-entourage dans l'éducation thérapeutique soit optimale, il est important de tenir compte de l'Être dans son ensemble, ce qui signifie questionner les normes, les valeurs et les croyances de chacun lors de difficultés diverses. L'importance principale de ce savoir consiste à identifier les aspects essentiels de chaque personne présente, y compris la soignante, afin que les soins respectent les choix de chacun.

2.3.4 Savoir empirique

Le savoir empirique correspond à toutes les connaissances et recherches scientifiques. En soins infirmiers, les savoirs deviennent exponentiels. Il y a de plus en plus de connaissances spécifiques à la branche.

Les recherches sont présentes afin d'améliorer les interventions, que ce soit par les théories de soins ou par des questionnements. Tout ceci permet d'avoir un impact positif sur la santé des personnes en utilisant les savoirs dans la pratique infirmière et un développement de la discipline.

De plus, les connaissances scientifiques permettent aux professionnels de tisser des liens et d'améliorer la pratique grâce à la théorie acquise lors de différentes formations, à l'expérience et aux recherches scientifiques en continuelle progression.

Ce savoir est souvent exposé dans la discipline infirmière en raison des recherches réalisées régulièrement et de l'avancée de la profession.

Lors d'une éducation thérapeutique auprès d'un patient et de ses proches, il est essentiel que l'infirmière ait suffisamment de connaissances sur la problématique du patient ainsi que sur le concept d'éducation thérapeutique afin de répondre au maximum aux besoins de celui-ci et de son entourage. Il est également important de reconnaître l'expérience de la maladie vécue du bénéficiaire de soins comme savoir expérientiel.

Avec l'appui des savoirs infirmiers, une revue exploratoire de littérature est effectuée dans le chapitre suivant.

Revue exploratoire de la littérature

Pour la réalisation de la revue exploratoire, nous avons consulté de nombreux ouvrages ainsi quelques sites internet pertinents afin d'avoir de plus amples connaissances sur notre thématique. De plus, nous avons complété nos recherches avec un entretien auprès d'une infirmière des soins à domicile.

2.4.1 Education thérapeutique

Nous avons réalisé de nombreuses recherches sur l'éducation thérapeutique. En tout premier, nous avons cherché une définition afin de mieux comprendre ce que le terme « éducation thérapeutique » englobe. Selon L'OMS (1996), « L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie ». Une information et/ou un conseil en lien avec la prévention et la promotion de la santé peuvent être donnés par un professionnel de la santé lors de divers évènements mais ils ne sont pas équivalents à une éducation thérapeutique. Cette dernière participe à l'amélioration de la qualité de vie d'une personne atteinte dans sa santé que cela soit biologique ou clinique mais aussi celle des proches entourant le patient. (Burlet & al.,2011)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Le but de cette dernière est de permettre au patient d'être le plus autonome possible en améliorant sa qualité de vie et celles de ses proches (Burlet & al.,2011).

L'éducation thérapeutique est mise en place essentiellement auprès des patients atteints de pathologies chroniques même si parfois elle est utilisée dans les situations aiguës.

De nos jours, la médecine est au centre des interventions et le patient lui-même devient exclu des prises de décisions et du processus de soins qui sont

centrés sur la maladie, sur l'organe, sur le problème, le symptôme ou même sur le médicament (Golay & al., 2009).

Catherine Tourette-Turgis explique bien l'importance du patient dans ses soins : « Les malades produisent des savoirs et de l'expertise qui, s'ils étaient pris en compte, pourraient participer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins en s'appuyant sur de nouveaux modèles d'organisation des soins et du travail médical » (Tourette-Turgis, 2015, p.22).

Historiquement, c'est petit à petit que se développe les premières éducations du malade. Cela a débuté tout d'abord avec les patients diabétiques car c'est une pathologie incurable. C'est pourquoi, il était important de trouver un moyen qui permette au patient d'être tout de même indépendant et d'effectuer ses injections de manière autonome. Il a fallu donc construire des savoirs avec le patient pour que celui-ci puisse devenir son propre soignant. C'est ainsi que l'éducation thérapeutique a été mise en évidence.

Selon les propos des auteurs A. Lacroix et J.-P. Assal, l'éducation thérapeutique du patient est un processus d'apprentissage systémique, centré sur le patient, le porteur de la maladie. Elle prend en considération les processus d'adaptation du patient face à la pathologie (*coping*), les croyances, les représentations ainsi que les besoins subjectifs et objectifs de celui-ci et de son entourage (Lacroix & al., 2011).

Comme précédemment cité, l'éducation thérapeutique vise à améliorer la qualité de vie du patient, tout en sachant qu'elle est subjective et donc ne peut

être mesurée. Afin de visualiser la représentation de la qualité du patient, il est nécessaire de discuter, d'échanger et de partager le pouvoir entre les deux partenaires (Walger, [Présentation PowerPoint], 2016).

2.4.2 Maladie chronique : insuffisance cardiaque

Les maladies chroniques progressent de plus en plus dans le monde. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2016), les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement et durent plus de 3 mois.

Les raisons de cette augmentation sont l'allongement de l'espérance de vie, le vieillissement de la population, la modification des habitudes de vie (Sager Tinguely & al., 2011).

De plus, l'évolution des maladies chroniques entraîne des moments d'espoir ou de désespoir ainsi que des périodes de puissance et d'impuissance, ce qui crée un certain inconfort pour les patients. D'où la nécessité de les accompagner de manière adéquate (Sager Tinguely & al., 2011).

Ce sont des pathologies qui nécessitent des prises en soins en continue et des besoins spécifiques. L'effet de routine peut devenir pénible et la personne atteinte est confrontée à une succession de pertes ainsi qu'à des adaptations particulières à mettre en place (Sager Tinguely & al., 2011). Les décompensations d'une pathologie chronique peuvent être imprévisibles et risquées. « C'est en considérant la chronicité sous l'angle de la complexité qu'il est possible d'y intégrer toute l'incertitude liée à la maladie et de concevoir des

soins qui tiennent compte de l'évolution non prévisible » (Sager Tinguely & al., 2011, p. 8).

C'est pourquoi, nous trouvons pertinent d'aborder l'éducation thérapeutique avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Lors de nos périodes de formation pratique, nous avons constaté que l'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique fréquente au sein des services de soins à domicile. De plus, nous avons remarqué que l'éducation thérapeutique a une place importante dans la prise en soins du patient afin d'éviter un risque d'hospitalisation. Par notre expérience, les patients expriment un souhait prononcé d'un désir de maintien à domicile.

Lors d'un sondage auprès d'un service de soins à domicile, les infirmières ont explicité l'insuffisance cardiaque comme une des pathologies chroniques les plus courantes et pour laquelle une analyse pour la pratique infirmière serait utile à développer. Nous avons donc effectué des recherches plus spécifiques sur cette maladie chronique dans la littérature ainsi que dans les bases de données PUBMED et CINAHL.

L'insuffisance cardiaque est une conséquence de pathologies cardio-circulatoires déjà existantes (Menche et & Schäffter, 2000). Elle se définit comme l'incapacité du cœur à pomper du sang à une vitesse et une quantité suffisante afin d'assurer les besoins de l'organisme (Velea & Venturini, 2001).

Généralement, l'insuffisance cardiaque chronique est une conséquence à l'hypertension dans la petite ou grande circulation. Le muscle cardiaque doit

donc pomper davantage contre la pression qui est augmentée dans les vaisseaux, ce qui engendre un travail plus conséquent pour le ventricule. Pour cela, les fibres musculaires vont se modifier et devenir plus longues et plus épaisses (hypertrophie musculaire cardiaque).

Malgré cette surcharge de pompage, la capacité d'éjection du cœur diminue et le volume de sang restant dans le ventricule à chaque systole induit une dilatation des ventricules (Menche & Schäffter, 2000).

Il existe différentes formes d'insuffisance cardiaque, tout d'abord celle à fort ou faible débit qui engendre une augmentation ou une baisse du débit en lien avec certaines comorbidités (anémie, hyperthyroïdie, valvulopathie, HTA, etc.). L'insuffisance cardiaque aiguë se manifeste le plus souvent chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde avec rupture de pilier ou de valve. L'insuffisance cardiaque chronique touche les patients porteurs d'une valvulopathie ou cardiomyopathie dilatée. Ensuite, elle peut atteindre le côté droit ou gauche du cœur. A gauche, le sang stagne dans la circulation générale. Il y aura donc une formation d'œdèmes, turgescence de jugulaires, cyanose, hépatomégalies congestives, reflux hépato-jugulaire, défaillance cardiaque droite (Menche & Schäffter, 2000 ; Velea & Venturini, 2001). Et pour finir, l'insuffisance cardiaque systolique correspond à une incapacité à l'éjection d'une quantité suffisante de sang et l'insuffisance cardiaque diastolique se définit par un défaut de remplissage et de relaxation myocardique (Velea & Venturini, 2001).

2.4.3 Qualité de vie

La qualité de vie est un concept difficile à évaluer car elle est subjective. En effet, chaque personne perçoit sa vie d'une manière différente avec des principes et valeurs propres à chacun. En 1948, l'Organisation mondiale de la Santé a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (Formarier & Jovic, 2009). Depuis, on remarque que la santé ne s'arrête plus au diagnostic médical mais englobe plusieurs éléments significatifs pour le patient (environnement, entourage, etc.).

Il existe tout de même une définition plus étoffée de la qualité de vie donnée par l'OMS : « C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Organisation mondiale de la Santé. Working Group, 1994).

Selon Formarier (2009), on peut dire que seule la personne est capable de définir son niveau de qualité de vie en fonction de critères purement subjectifs qui lui sont propres, situés dans 4 grands domaines que décrit Leplège (1999):

- L'état physique du sujet (autonomie, capacités physique) ;
- Ses sensations somatiques (symptômes, conséquences de traumatismes ou de procédures thérapeutiques, douleurs) ;
- Son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) ;
- Ses relations sociales et son rapport à l'environnement, familial, amical ou professionnel (Formarier & al., 2009, p.260-261).

Il y a également la possibilité de les séparer en 3 approches distinctes qui permet de catégoriser et identifier différemment la qualité de vie dans sa globalité (Martin, Schneider, Eicher & Moor, 2012 dans Schirlin, 2016). La

première est la qualité de vie extérieure ou objective, c'est-à-dire tout ce qui concerne les éléments extérieurs du patient (environnement, travail, etc.). La deuxième approche met en avant la qualité de vie subjective, ce qui correspond plutôt à l'aspect émotionnel de sa vie. Et pour terminer la qualité de vie fonctionnelle, celle-ci correspond plus précisément à l'autonomie et au maintien des compétences.

Pour favoriser la compréhension de ces approches, il est primordial de créer un lien avec le patient et de communiquer avec celui-ci pour évaluer au mieux sa qualité de vie afin d'être au plus proche de ses besoins spécifiques (Formarier & al., 2009). C'est, en effet, un élément fondamental pour cibler davantage les priorités de nos actions infirmières.

2.4.4 Contexte des soins à domicile

Les soins à domicile sont composés de divers professionnels tels que des infirmières, des assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) ainsi que des auxiliaires de santé.

Les aides et soins permettent aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de rester à leur domicile tout en ayant des professionnels pour réaliser les services nécessaires pour leur confort et santé. Le but consiste donc à stimuler au maximum l'autonomie du client afin d'éviter une décompensation cardiaque.

Les collaborateurs possèdent des compétences propres à leurs niveaux de formation c'est pour cela que l'organisation du travail doit être rigoureuse.

Pour toutes prises en soins, ce sont les infirmières qui définissent le plan d'interventions et sont responsables des prestations fournies mandatées par le médecin. Elles vont, par la suite, déléguer les soins qui peuvent être effectués par les assistantes et/ou les auxiliaires et garder celles qui correspondent à leurs rôles et compétences. On peut dire que cela se fait selon un ordre hiérarchique.

Perspectives pour la pratique

Une recherche basée sur l'éducation thérapeutique centrée sur l'insuffisance cardiaque donne une plus-value intéressante à la profession infirmière, plus particulièrement dans le contexte des soins à domicile. Le maintien à domicile est un souhait de plus en plus demandé par les patients ainsi que leur famille, ceci afin d'éviter une institutionnalisation et donc une augmentation des coûts de santé. De plus, cette thématique permet à l'infirmière de mieux comprendre une problématique sur une pathologie précise (ici l'insuffisance cardiaque) afin d'améliorer, de personnaliser les interventions infirmières et d'évaluer régulièrement l'état de santé du patient. Plus les connaissances et compétences du professionnel de la santé sont étoffées, plus les actions de celui-ci deviennent pertinentes et adaptées. De plus, grâce à l'éducation thérapeutique, le patient se trouve au cœur de sa prise en charge, il devient donc autonome et responsable de sa santé, ce qui donne des avantages à tous.

L'insuffisance cardiaque est une pathologie qui comporte un très grand nombre de complications pouvant être rapidement exacerbées si le mode de vie n'est pas adapté. L'éducation thérapeutique permet au patient d'acquérir des compétences afin d'améliorer son mode de vie. De plus, dès 65 ans, la personne vit généralement un transfert de personne active à personne retraitée. Cela résulte donc à un changement de fonction, de rôles et de mode de vie que le patient doit remodelés. Puisque le patient est dans une phase de changements d'habitudes de vie, il est important, en tant que professionnel d'être un support dans ce changement que ce soit dans son nouveau rôle social et dans la gestion de sa pathologie.

C'est pourquoi, il nous paraît pertinent de nous arrêter sur les concepts d'éducation thérapeutique et d'insuffisance cardiaque, et les développer davantage dans le chapitre suivant.

3 Concepts et champs disciplinaires infirmiers

Définition des concepts

3.1.1 Education thérapeutique - empowerment

Pour débiter une démarche éducative, il est nécessaire de passer par différentes étapes. Tout d'abord par l'anamnèse de la situation et approfondir les données manquantes. Pour que celle-ci soit efficace, il est judicieux de mettre en avant les représentations face à la maladie ainsi que les incohérences et les questionnements mis en évidence par le patient. Ensuite, la formulation de diagnostics éducatifs suivis d'objectifs appropriés établis avec la personne soignée vont permettre d'orienter la procédure à entreprendre. Puis le choix de stratégies éducatives est posé afin de répondre aux objectifs mis en évidence. Ceux-ci sont réfléchis et discutés avec le patient et le soignant. Pour terminer, l'évaluation de la démarche éducative est effectuée afin d'actualiser certains objectifs ou certaines stratégies non adéquats et mettre éventuellement en évidence des difficultés d'acquisition (Walger, [Présentation PowerPoint], 2016).

Il est préférable de débiter l'éducation thérapeutique à l'annonce du diagnostic de la maladie chronique afin d'avoir un suivi régulier, un renforcement pour consolider les acquis et un suivi approfondi. Il est également essentiel que chaque patient bénéficie d'une évaluation régulière et individuelle afin de permettre de savoir si les différents objectifs éducatifs ont été atteints (Burlet & al, 2011).

Selon le rapport de recherche d'Obertelli, P. & al. (2015, p.68), il existe deux types d'approches distincts en éducation thérapeutique. Tout d'abord, une approche par activité, cela veut dire que l'éducation thérapeutique est une pratique supplémentaire qui s'ajoute au quotidien. L'autre approche est plus holistique considérant que la posture du soignant, quel que soit le soin réalisé, représente un élément facilitateur d'apprentissage pour le patient. Ces deux approches favorisent donc le développement de compétences à la pratique de celle-ci (Obertelli, P. & al., 2015, p.68).

Chaque action éducative doit être négociée avec le patient et ce dernier peut à tout moment interrompre le processus. C'est pour cela que le patient doit être au centre de la démarche.

La motivation du patient, la résilience, l'empowerment, la représentation de la maladie ainsi que la conception sont des éléments à prendre en compte lors de l'éducation thérapeutique. A cela s'ajoute ces quatre points importants selon l'organisation mondiale de la santé (Golay & al., 2009, p. 25) :

1. Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie.
2. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux.
3. L'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement.
4. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

L'éducation thérapeutique ne peut se résoudre à fournir que des informations au bénéficiaire de soins, un suivi tout au long du processus est important afin que le patient se sente écouté, compris dans ces besoins mais

également qu'il puisse participer et être engagé au maximum dans sa prise en soins.

Le patient doit être dans une configuration favorable pour bénéficier de l'éducation thérapeutique du patient. Ces dispositions passent par l'acceptation de sa maladie, la relation de confiance entretenue avec le personnel soignant, l'internalisation relative de son *locus of control*, lui laissant une certaine marge de manœuvre, sa capacité à se projeter dans l'avenir, sans parler bien entendu de ses capacités cognitives ou linguistiques ou de son environnement culturel qui le fera se sentir plus ou moins concerné par les décisions à prendre et légitime pour le faire (Tessier, 2012, p. 156).

Les compétences d'adaptation du patient à sa propre maladie permettent la composition de programme d'éducation thérapeutique singulière au patient.

Celles-ci peuvent se diviser en huit (Tessier, 2012, encadré 7-2, p. 154) :

- Informer et éduquer son entourage : expliquer la maladie et ces contraintes, anticiper les éventuelles urgences ;
- Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de l'entourage : exprimer ses valeurs, ses projets, ses besoins, associer l'entourage aux modifications du quotidien (alimentation, etc.) ;
- Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits : savoir où et quand consulter, qui appeler, faire valoir ses droits au travail, à l'école, aux assurances, participer aux associations de patients ;
- Analyser les informations reçues sur la maladie et son traitement : savoir rechercher l'information utile et spécifique, confronter les sources ;
- Faire valoir ses choix de santé : justifier ses propres choix et priorités dans la conduite du traitement ; expliquer ses motifs d'adhésion ou de non adhésion au traitement, exprimer les limites de son consentement ;
- Exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement : verbaliser ses émotions, c'est dire, rapporter ses sentiments de vécu de sa maladie, exprimer sa fatigue de l'effort quotidien de prendre soin de soi, s'adapter au regard des autres, gérer le sentiment d'incertitude de l'avenir ;
- Etablir des liens entre la maladie et son histoire de vie : donner du sens, s'expliquer la survenue de la maladie dans son histoire de vie, décrire ce que la maladie a fait apprendre sur soi-même et sur la vie ;

- Formuler un projet le mettre en œuvre : identifier un projet réalisable conciliant les exigences du traitement, évoquer des projets d'avenir.

Selon Udliis (2011), une gestion efficace et pertinente des maladies chroniques nécessite une approche englobant la participation active du patient dans sa prise en charge. Ce concept s'inscrit dans un paradigme dans lequel le bénéficiaire de soins est au centre de la relation soignant-soigné. Il décrit également que l'autogestion est une composante indispensable du traitement chez les patients souffrant de pathologies chroniques.

De plus, deux pouvoirs complémentaires sont indispensables au patient pour devenir auteur de sa santé. Il s'agit du sentiment d'auto-détermination et du sentiment d'efficacité personnelle (la croyance d'une personne en sa capacité à adopter un comportement spécifique). Ces deux pouvoirs permettent au soignant d'identifier les ressources et les capacités du patient pour l'aider à assurer ses propres soins et à prendre des décisions concernant sa santé (Walger, [Présentation PowerPoint], 2016).

En effet, les connaissances du patient, par le biais des médias (journaux, internet, etc.) et sa perception du corps lui permettant d'identifier les signes annonciateurs d'une décompensation, ont un impact conséquent et essentiel sur la prise en soins. De plus, l'adhérence à une association peut aider le patient à maintenir et augmenter la compréhension de sa pathologie ainsi qu'obtenir des témoignages de personnes étant dans des situations similaires.

Avec un entretien mené auprès d'une professionnelle qui participe à la recherche EDUCARE, nous avons pu nous renseigner à propos de leur manière de comprendre l'éducation thérapeutique et comment ils la mobilisent.

Pour eux, l'éducation thérapeutique n'est pas faite de schémas ou de protocoles à mettre en vigueur. Elle commence par une mise en relation avec le patient afin d'instaurer une alliance au fil du temps. Si cette relation ne se forme pas, l'éducation thérapeutique sera, selon elle, inefficace. Plus l'infirmière prend le temps de mettre des choses en place pour l'éducation du patient, plus cela sera permis d'avoir des résultats.

Tant que le patient n'est pas investi dans son éducation, ne veut pas l'entendre, cela est difficilement efficace. Cependant, par expérience d'une infirmière du service, certaines pathologies découlant de l'addiction (ex : alcoolisme) peuvent mettre en échec la mise en place des moyens thérapeutiques si le patient rechute. Pour l'équipe, ceci n'est pas pris pour un échec. Des colloques sont organisés autour de cela afin de remettre en place des anciens ainsi que des nouveaux moyens pour l'éducation de ce patient et si nécessaire faire intervenir d'autres professionnels de la santé.

Les capacités personnelles du patient se définissent par le concept de l'empowerment et fait donc partie intégrante de l'éducation thérapeutique.

L'empowerment est la capacité aux individus de mieux comprendre et contrôler leurs forces personnelles, sociales, économiques et politiques. Cela

permet de déterminer leur qualité de vie afin d'agir et ainsi de l'améliorer (Doumont & Ajoulat, 2002).

Il y a différents niveaux d'analyse et de pratique de l'empowerment :

L'empowerment individuel ou psychologique explique la capacité de l'individu à contrôler sa vie et ainsi prendre des décisions pour celle-ci. L'empowerment permet le développement de représentations positives sur soi-même (*self-concept*) ou de ses compétences personnelles. Il inclut, de plus, l'analyse et la critique du contexte social et politique, le développement des ressources et des compétences individuelles et collectifs nécessaires à l'action sociale (Doumont & Ajoulat, 2002).

L'empowerment organisationnel peut être soit « *empowering* » et « *empowered* ». Une organisation « *empowering* » est similaire à une démocratie ; les membres partagent l'information et le pouvoir. Ils coopèrent pour les décisions et sont impliqués dans le choix, la mise en œuvre et le contrôle des efforts à fournir pour atteindre des buts définis en commun. Une organisation « *empowered* » exerce aussi l'influence sur le système plus vaste dont elle fait partie, sur la politique et les décisions de la communauté au sein de laquelle elle exerce son activité » (Doumont & Ajoulat, 2002).

Selon O.Walger (l'empowerment individuel face à la maladie chronique [présentation PowerPoint], février 2016), l'empowerment communautaire invite des individus à agir au niveau de la communauté afin qu'ils acquièrent davantage d'influence et de contrôle sur les déterminants de la santé et la

qualité de vie au sein de leur communauté. L'empowerment communautaire inclus dans l'éducation thérapeutique apporte un soutien au patient et peut être une ressource dans le processus de gestion de maladie chronique, que ce soit une personne de l'entourage ou une association (Fondation Suisse de Cardiologie).

L'entourage influence obligatoirement le comportement du patient face à sa maladie. C'est pourquoi y prêter attention devient un élément prépondérant.

L'importance de l'entourage familial est déterminant dans le processus éducatif, soutenant ou au contraire démotivant. Cet entourage peut être porteur de projet sur lequel pourra se bâtir une dynamique positive ou, inversement, susciter une angoisse démesurée. Il convient de bien analyser cette dimension, en demandant au patient s'il souhaite ou non associer cet entourage familial à la démarche et de quelle façon. Les enjeux affectifs et émotionnels doivent être analysés avec soin, dans la mesure où ils détermineront les attitudes positives ou négatives des aidants. Il en est de même pour l'entourage social. Un patient isolé aura plus de difficultés à entrer dans la démarche éducative (Tessier, 2012, p.160).

A noter qu'il y a des limites à l'éducation thérapeutique. Il s'agit de la non-observance des recommandations, la démotivation du patient, de son entourage et/ou des soignants, la non-persistance des acquis dans le temps et les rechutes.

3.1.2 Insuffisance cardiaque

Selon l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN), l'incidence de l'insuffisance cardiaque pour les individus de 65 ans et plus est significativement plus haute que les tranches d'âges inférieures. De plus, une importante différence est présente en comparant les statistiques de 2004 et 2014. En revanche, le taux de létalité est en baisse depuis 2004 comparé à 2014.

Tableau 1: incidence et létalité en Suisse (2004)

Insuffisance cardiaque
par classe d'âge et sexe
Incidence (pour 100'000 habitants) et létalité (en pourcent)

	Total		Hommes		Femmes	
	Incidence	Létalité	Incidence	Létalité	Incidence	Létalité
25-34	1,23	7,14	1,57	8,57	,89	4,76
35-49	9,14	5,55	12,16	7,18	6,07	2,21
50-64	48,19	6,10	65,65	6,00	30,58	6,33
65-79	310,73	10,37	394,34	10,45	237,00	10,24
80+	2 035,23	27,68	2 159,66	24,65	1 964,25	29,44

© Obsan 2017

Tableau 2: incidence et létalité en Suisse (2014)

Insuffisance cardiaque
par classe d'âge et sexe
Incidence (pour 100'000 habitants) et létalité (en pourcent)

	Total		Hommes		Femmes	
	Incidence	Létalité	Incidence	Létalité	Incidence	Létalité
25-34	1,00	8,33	1,41	8,33	,60	8,33
35-49	4,25	17,48	5,33	20,06	3,15	11,54
50-64	33,74	13,53	46,49	12,83	21,12	15,06
65-79	261,41	23,39	335,92	22,22	201,82	24,82
80+	1 896,71	39,16	2 077,22	37,03	1 805,56	40,25

© Obsan 2017

L'insuffisance cardiaque se définit comme la diminution de la contractilité du myocarde entraînant l'incapacité du cœur à répondre aux besoins en oxygène et nutriments de l'organisme (Smeltzer & Bare, 2006).

Cette baisse de contractilité peut être caractérisée soit par une diminution de la capacité d'éjection du ventricule gauche (insuffisance cardiaque gauche), soit une diminution de la capacité d'éjection du ventricule droit (insuffisance cardiaque droite) ou bien atteindre l'ensemble du cœur (insuffisance cardiaque globale) (Prudhomme, Jeanmougin & Kessler, 2012).

« L'insuffisance cardiaque n'est pas une maladie autonome mais une conséquence de pathologies cardiovasculaires préexistantes. » (Prudhomme, Jeanmougin & Kessler, 2012, p.35).

Les causes principales sont l'hypertension artérielle, les pathologies cardiaques, les atteintes pulmonaires et certaines maladies endocriniennes (Prudhomme, Jeanmougin & Kessler, 2012).

Selon Keta (2013), des modifications aux cardiomyocytes suite à une lésion myocardique entraînent un remodelage pathologique du ventricule gauche entraînant une dilatation et une altération de la contractilité. Ceci vient du fait qu'il y a des dysfonctions systoliques et une dilatation ventriculaire. Toujours selon Keta (2013), ces progressions sont dues à deux mécanismes ; des événements cardiaques menant à la survenue d'une destruction supplémentaire des cardiomyocytes et une réponse systémique dû au déclin de la réponse systolique entraînant l'activation du système rénine-

angiotensine-aldostérone et le système nerveux sympathique (libération d'adrénaline et noradrénaline).

Le système rénine-angiotensine-aldostérone qui provoque une rétention hydrosodée va également induire, avec d'autres hormones, une augmentation de la pré-charge et de la post-charge ce qui va accroître le stress sur la paroi ventriculaire et augmenter le travail du cœur. Suite à cela, il y aura une dilatation ventriculaire ainsi qu'une hypertrophie ventriculaire dans le but de compenser le surcroît de travail (Smeltzer & Bare, 2006).

On donne aux mécanismes compensateurs de l'insuffisance cardiaque le nom de « cercle vicieux de l'insuffisance cardiaque », car le cœur ne distribue plus suffisamment de sang dans le corps, ce qui pousse ce dernier à exiger du cœur qu'il travaille d'avantage, mais, puisque le cœur est incapable de répondre à la demande, l'insuffisance s'aggrave (Smeltzer & Bare, 2006, p. 415).

Les manifestations cliniques sont décrites en fonction de leurs effets sur les ventricules. Cela signifie qu'ils dépendent soit d'une atteinte du ventricule gauche (insuffisance cardiaque gauche) soit celui du droit (insuffisance cardiaque droite) (Smeltzer & Bare, 2006).

L'insuffisance cardiaque gauche se manifeste principalement par une accumulation de liquide dans les poumons car le ventricule gauche n'est pas capable de réceptionner tout le sang venu des poumons. En fin de diastole, l'augmentation de la pression dans le ventricule gauche diminue le débit de l'oreillette gauche vers celui-ci ce qui diminue le débit sanguin provenant des vaisseaux pulmonaires. Le liquide passera donc des capillaires pulmonaires aux

tissus pulmonaires et aux alvéoles, ce qui perturbe les échanges gazeux (Smeltzer & Bare, 2006).

Les conséquences de cela peuvent être des signes de congestion. La dyspnée peut être soit précipitée par une activité ou se manifester au repos, s'accompagner parfois d'une orthopnée et une dyspnée nocturne paroxystique. La toux, due à la défaillance du ventricule gauche, est généralement sèche et non productive mais peut devenir expectorante en cas de congestion pulmonaire (Smeltzer & Bare, 2006).

De plus, l'irrigation tissulaire diminue à cause de l'insuffisance cardiaque gauche due à la diminution du débit cardiaque. L'irrigation rénale est donc diminuée ce qui provoque des oliguries. Cependant, lorsque la personne dort, la charge cardiaque diminue, l'irrigation rénale est favorisée et se manifeste par des nycturies (Smeltzer & Bare, 2006).

L'irrigation gastro-intestinale se trouve elle aussi diminuée, ce qui a des conséquences sur la digestion et provoquer des dysfonctionnements. En plus de cela, la baisse de l'irrigation cérébrale va entraîner des étourdissements, une sensation de faiblesse, une confusion, de l'agitation et de l'anxiété. L'activation du système sympathique va provoquer une vasoconstriction qui donnera à la peau un aspect pâle ou cireux et moïte au toucher. De plus, le système sympathique augmente la fréquence cardiaque qui entrainera des palpitations ressenties par le patient. Le pouls devient faible et filant (Smeltzer & Bare, 2006)

Toutes ces conséquences sur l'organisme fatiguent énormément la personne, la rend intolérante à l'effort en plus de la toux, l'insomnie et la nycturie (Smeltzer & Bare, 2006).

L'insuffisance cardiaque droite se caractérise principalement par une congestion des viscères et un œdème périphérique car le ventricule défaillant ne peut accueillir tout le sang provenant de la circulation veineuse (Smeltzer & Bare, 2006).

L'œdème déclive touche en premier lieu les pieds, les chevilles puis les jambes et les cuisses. De plus, il peut atteindre les organes génitaux externes ainsi que la partie inférieure du tronc (Smeltzer & Bare, 2006).

L'engorgement du système veineux du foie provoque une hépatomégalie et une sensibilité dans le quadrant supérieur droit. Cette augmentation de pression peut provoquer des dysfonctionnements du foie. Suite à cela, il peut apparaître une ascite. L'hépatomégalie et l'ascite peuvent provoquer une compression du diaphragme et des intestins pouvant entraîner des difficultés digestives et respiratoires (Smeltzer & Bare, 2006).

L'engorgement veineux et la stase dans les organes abdominaux peuvent occasionner une perte d'appétit, des nausées ou encore des douleurs abdominales (Smeltzer & Bare, 2006).

L'insuffisance cardiaque est une pathologie qui se manifeste par un nombre de symptômes importants. C'est pour cela qu'il nous paraît cohérent que

l'éducation thérapeutique peut jouer un rôle dans la limitation de ces symptômes et de leurs complications.

L'insuffisance cardiaque est une pathologie chronique ayant de nombreuses manifestations cliniques pouvant porter préjudice à la vie et l'environnement du patient. L'éducation thérapeutique est une intervention pouvant améliorer ou maintenir les conditions de vie et l'autonomie du patient.

Modèle de promotion de la santé – Nola Pender

Nous avons choisi le modèle théorique de Nola Pender (1982, 1996) pour appuyer notre travail de Bachelor. En effet, ce modèle met en évidence les comportements de santé afin d'améliorer et de promouvoir le bien-être ainsi que prévenir l'apparition de maladie ou d'accident (Pender, Murdaugh & Parsons, 2010). De plus, elle vise la motivation à adopter des comportements sains et non par l'influence de la peur (Walger, 2013, p. 9). C'est pourquoi, nous avons déterminé que ce cadre théorique correspond à la thématique de notre travail. En effet, l'importance de se centrer sur les comportements de la personne et son chemin de vie permet de comprendre plus précisément le bénéficiaire de soins et donc avoir, de sa part, un plus grand intérêt quant à sa participation à ses propres soins. L'éducation thérapeutique a donc sa place dans ce modèle qui met en avant la promotion et la prévention de la santé.

Le modèle de Pender s'est fondé grâce à plusieurs autres modèles théoriques de psychologie de la santé (fondements théoriques) : *Health Belief Model* (Rosenstock, 1960), *Theory of Reasoned Action* (Fishbein et Ajzen,

1975), *Self-Efficacy and social cognitive theory* (Bandura, 1977), *Decision-making model* (Janis et Mann, 1977) et le *TransTheoretical Model* (Prochaska et DiClemente, 1983) (Pender & al., 2010).

Nola Pender sépare son modèle en 3 colonnes distinctes¹.

3.2.1 Les caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles comprennent les comportements antérieurs de la personne ainsi que les facteurs personnels. Ces éléments permettent de construire une base solide afin d'identifier les comportements, les forces et les compétences de la personne (Pender & al., 2010).

3.2.2 Comportements antérieurs (*Prior related behavior*)

Selon Pender, les comportements antérieurs correspondent à une source d'expériences à mettre au profit de la promotion de la santé (Pender & al., 2010). En effet, il est essentiel ici de mettre en évidence les comportements de santé qui ont permis au bénéficiaire de soins de stabiliser l'état de santé et ainsi l'aider.

Dans l'éducation thérapeutique, certains comportements antérieurs peuvent être bénéfiques afin de motiver et encourager le patient dans la recherche de ses propres ressources et d'utiliser ses expériences précédentes pour avancer dans la démarche éducative. Le bénéficiaire de soins peut ainsi identifier son cheminement jusqu'à présent pour lui permettre de se sentir en

¹ En appendice A : schéma illustratif (Pender & al., 2011, p.45)

confiance avec ses capacités et sa perception de réussite. Comme la population cible de notre recherche correspond aux personnes âgées de 65 ans et plus, elles ont donc une grande expérience de vie.

3.2.3 Facteurs personnels (*Personal factors*)

Les facteurs personnels vont déterminer l'adoption de comportements de santé (Pender & al., 2010). Ils correspondent aux facteurs biologiques, psychosociaux ainsi que socioculturels.

Lors d'une démarche éducative, il est important d'avoir un recueil de données pertinent et complet permettant de mieux comprendre l'histoire de vie du patient ainsi que sa ou ses problématiques. C'est pourquoi, l'étape de ce modèle théorique donne des informations pertinentes concernant le bénéficiaire de soins. En effet, les facteurs personnels vont influencer les comportements de santé du patient. C'est pourquoi les identifier va être pertinent, ceci dans le but d'aider le soignant ainsi que le bénéficiaire de soins à mieux comprendre et appréhender les difficultés de cette maladie chronique.

3.2.4 Affects et cognitions liés aux comportements

Les affects et les cognitions vont permettre l'analyse des facilitateurs et des barrières personnelles, interpersonnelles et contextuelles à l'adoption du comportement de santé souhaité (Pender & al., 2010).

3.2.5 Bénéfices perçus de l'action (*Perceived benefits of action*)

Les bénéfices retenus lors d'un changement permettent à la personne de trouver une motivation et ainsi s'engager davantage dans l'amélioration du

comportement de santé. Cela peut provenir d'une expérience personnelle ou alors observé chez un individu ayant connu une même problématique (Pender & al., 2010).

L'identification des bénéfices perçus de l'action est un atout lors de l'éducation thérapeutique. En effet, ils vont booster le patient, lui donner de l'énergie et une certaine envie à maintenir un comportement sain ou apprendre de nouvelles connaissances concernant sa maladie. L'avantage aussi de mettre en évidence ces bénéfices est qu'ils vont rassurer le patient dans la démarche et lui donner de l'élan pour aller plus loin.

3.2.6 Obstacles perçus à l'action (*Perceived barriers to action*)

Cela correspond à l'opposé des bénéfices, c'est-à-dire que les obstacles vont dissuader l'individu à entreprendre une action ou à modifier un comportement (Pender & al., 2010). Les obstacles correspondent aux inconvénients tels que le coût et/ou une incapacité personnelle à réussir.

Lors de l'éducation thérapeutique, les obstacles perçus à l'action vont permettre de connaître les « failles » ou les difficultés de la personne. C'est pourquoi, il est tout de même nécessaire de les cerner pour mieux comprendre la situation du patient afin d'empêcher une dégradation de son état. De plus, en ayant connaissance de ces difficultés, le soignant peut ainsi orienter le patient vers des associations, un autre professionnel de la santé ou une personne souffrant de la même pathologie pour ainsi mettre un maximum de chance du côté du patient.

3.2.7 Affects liés à l'activité (*Activity-related affect*)

Les comportements conduisent à réaliser plusieurs activités qui vont induire des affects et des ressentis, ceux-ci sont déterminés par trois facteurs : l'état émotionnel qu'induit le changement d'attitude, l'influence de l'activité sur l'ego de l'individu et l'environnement où se passe l'activité. Le ressenti affectif émanant de la réalisation de l'activité incite l'individu à la répéter ou non. De plus, il est important de mettre en évidence que le ressenti, qu'il soit agréable ou désagréable, est inscrit dans la mémoire (Pender & al., 2010).

Les affects liés à la situation donnent un indice quant aux émotions, aux ressentis du patient ce qui permet, lors d'une démarche éducative, d'être à l'écoute de celui-ci et de l'accompagner de manière authentique dans son cheminement thérapeutique afin de créer une alliance thérapeutique la plus adéquate. De plus, lorsqu'une confiance entre soignant-soigné est établie, les échanges en sont facilités.

3.2.8 Sentiment d'efficacité personnelle (*Perceived self-efficacy*)

Le sentiment d'efficacité personnelle décrit par Bandura (1977) montre l'importance de se sentir capable d'exécuter une tâche. En effet, c'est grâce à ce sentiment qu'un individu réalise ou non un changement de comportement car plus la tâche est perçue comme positive, plus la personne se sent capable. Le sentiment d'efficacité personnelle est lié aux affects ressentis lors de l'activité (Pender & al., 2010).

Étant donné que le sentiment d'efficacité personnelle est un élément clé dans l'éducation thérapeutique, il est nécessaire de le connaître et l'identifier pour établir une démarche éducative pertinente. C'est pourquoi, il est important en tant que soignant de soutenir et féliciter au maximum le patient lors de réussite de quelconques changements.

3.2.9 Influences interpersonnelles (*Interpersonal influences*)

Les influences interpersonnelles proviennent de l'environnement social. Elles ont une grande influence sur la possibilité d'une personne à changer de comportement. L'environnement social d'un individu est composé de la famille, de l'entourage (amis, voisins) et du personnel soignant. De plus, les normes sociales ont une grande influence sur l'individu. En effet, plus le comportement est compatible avec les normes, plus la personne est soutenue par son environnement social. Le soutien social perçu par le bénéficiaire de soins aide aussi à maintenir ou adopter tel ou tel comportement. De plus, l'observation des autres individus ayant réussi avec le comportement envisagé soutient la personne à débiter un comportement similaire (Pender & al., 2010).

L'environnement social est un élément fondamental dans la prise en soins systémique du patient. Lors d'éducation thérapeutique, il est donc nécessaire de s'y intéresser et d'en prendre connaissance car l'entourage va d'une certaine manière dicter les comportements de santé du patient. Ce concept explique bien l'influence de l'environnement sur les comportements de santé et donc permet de ne pas le laisser de côté. En effet, en omettant

l'environnement du patient, une certaine quantité d'indices, d'informations manque.

3.2.10 Influences situationnelles (*Situational influences*)

Selon la situation dans laquelle le comportement est envisagé, elle va avoir un impact sur son adoption ou non. En effet, il est essentiel que la personne se sente sécurisée, intégrée, rassurée et en accord avec le contexte lorsqu'elle décide d'effectuer un changement de comportement. Si la situation est incompatible avec le comportement, l'individu peut douter de l'effet bénéfique du changement. En outre, l'influence situationnelle peut faciliter l'acquisition et le maintien d'un comportement propice à la santé (Pender & al., 2010)².

Lors de l'éducation thérapeutique, il est important d'identifier la situation dans laquelle se trouve le patient. En effet, étant donné que la situation a une influence, l'échange avec le patient permet de déterminer comment celui-ci se sent dans ce contexte. Cela permet de découvrir s'il est dans une situation propice ou non à l'éducation thérapeutique et donc aux changements de comportements de santé.

3.2.11 Comportements promoteurs de santé

Suite au recueil de données, un plan d'action est réalisé afin d'accomplir un nouveau comportement. L'adoption et l'engagement dans un comportement sain est l'objectif final du modèle de Nola Pender.

² En annexe : schéma illustratif (Pender & al., 2011, p.45)

4 Méthode

Méthode PICOT

La méthode PICOT est un outil permettant de formuler une question issue de la problématique et identifier ses concepts-clés, ceci dans le but d'effectuer une recherche dans les bases de données.

Patient-population : De quel/quelle population/ patient s'agit-il ?

La question de recherche cible les patients de plus de 65 ans atteints d'insuffisance cardiaque dans le contexte des soins à domicile. Le choix de cette tranche d'âge est basé sur les différents articles trouvés ainsi que l'épidémiologie suisse de l'insuffisance cardiaque.

Intervention : Education thérapeutique

Les interventions infirmières visent la pratique de l'éducation thérapeutique au patient.

Comparaison : Si approprié

Dans notre question de recherche, il n'y a pas d'éléments de comparaison.

Outcomes (résultats) : Quels sont les résultats attendus ?

La finalité de la recherche permet d'identifier l'efficacité de l'éducation thérapeutique au patient afin de diminuer les risques de décompensation cardiaque.

Temps : Combien de temps est-il nécessaire pour qu'un résultat soit significatif ?

Ce critère n'est pas inclus dans cette question de recherche.

Lorsque nous avons débuté le travail de Bachelor, notre question de départ était : « Quelle importance a l'implication du patient souffrant d'insuffisance cardiaque ainsi que sa famille lors de la prise en charge à domicile ? ».

En mobilisant la méthode PICOT, nous avons pu affiner notre question et la rendre plus précise afin de pouvoir effectuer des recherches ciblées. Notre question de recherche est donc :

« L'éducation thérapeutique diminue-t-elle le risque de décompensation cardiaque chez les personnes âgées de plus de 65 ans atteintes d'insuffisance cardiaque dans le contexte des soins à domicile ? ».

Il s'agit d'une question de type « meaning » car elle se base sur une expérience/phénomène influençant le résultat.

De ce fait, elle a pour objectif de s'intéresser à l'efficacité de l'éducation thérapeutique du patient dans le contexte de soins à domicile afin de diminuer le risque de décompensation cardiaque.

Tout d'abord, il est nécessaire de traduire les mots-clés du français en anglais. Pour cela, l'utilisation du grand dictionnaire terminologique canadien (GDT, 2012) est un outil indispensable. Puis, chaque base de données a ses propres descripteurs (MeSH, OVID et CINAHL), cela signifie qu'il est essentiel d'identifier ceux correspondant à ces dernières.

Dans les bases de données, divers articles ont été retenus en lien avec la thématique du travail de Bachelor.

4.1.1 Mots-clés et descripteurs

Tableau 3: Mots-clés et descripteurs

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs MeSH (PUBMED)	Descripteurs CINAHL headings	Descripteurs OVID (PsycInfo)
soins à domicile, insuffisance cardiaque	home care, heart failure, heart disease	home care service, home care, heart failure	home health care, home health aides, heart failure, chronic heart failure	home care, heart disorders, heart failure
éducation thérapeutique	therapeutic education, health education, health perspectives	health education, self-management, health care, home management, health perspectives	health education, care in the home, home care	health education
risque, décompensation cardiaque	risk, cardiac decompensation	heart failure	risk, heart failure	risk assessment, risk factors

Les articles sélectionnés se situent dans les bases de données suivantes: PUBMED, PSYCINFO et CINAHL.

Pour cibler la recherche, des critères sont sélectionnés : « *Full Text* », « *Title/Abstract* » et « *Abstract* » ainsi qu'une parution de l'article datant de maximum 10 ans (2007-2017).

Le choix des articles se réalise en trois étapes; tout d'abord basé sur le titre, ensuite sur la base du résumé et pour terminer en effectuant la lecture complète de l'article.

Dans le meilleur cas, il s'appuie sur l'éducation thérapeutique au patient atteint d'insuffisance cardiaque dans le contexte de soins à domicile.

Lors de nos recherches, beaucoup d'articles traitant ce sujet ressortent. Cependant, une grande majorité aborde le thème de l'éducation thérapeutique au patient de l'insuffisance cardiaque dans le contexte hospitalier en vue d'un retour à domicile et non avec une intervention à domicile directe.

Malgré cela, des articles pertinents et correspondants à la question de recherche sont ressortis.

L'*impact factor* doit être idéalement supérieur à 1,5. Or, deux des articles ressortis ont des *impacts factors* inférieurs aux normes mais sont pertinents pour répondre à la question de recherche.

Critères de sélection des articles

Tableau 4: critères de sélection des articles

Equation de recherche	de	Articles trouvés	Articles retenus	Impact factor	Niveaux de preuves
PUBMED					
Self-management [Title]		48	Young, L., Hertzog, M., & Barnason, S. (2016) Effects of a home-based activation intervention on self-management adherence and readmission in rural heart failure patients: the PATCH randomized controlled trial. <i>BMC Cardiovascular Disorders</i> 16:176. doi: 10.1186/s12872-016-0339-7	2.32	1
AND					
Heart failure [Title]			Bos-Touwen, I., Jonkman, N., Westland, H., Schuurmans, M., Rutten, F., De Wit, N., & Trappenburg, J. (2015). Tailoring of Self-Management Interventions in Patients With Heart Failure. <i>Current Heart Failure Report</i> , 12:223-235. doi: 10.1007/s11897-015-0259-3	2.66	2
Full text 5 ans			Tung, H.-H., Lin, C.-Y., Chen, K.-Y., Chang, C.-J., Lin, Y.-P., & Chou, C.-H. (2013). Self-Management Intervention to Improve Self-Care and Quality of Life in Heart Failure Patients. <i>Congestive Heart Failure</i>, 19(4), E9-E16. doi :10.1111/chf.12014	2.27	2

		Cockayne, S., Pattenden, J., Worthy, G., Richardson, G., & Lewin, R. (2014). Nurse facilitated Self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. International journal of nursing studies, 51(9), 1207-13. doi :10.1016/j.ijnurstu.2014.01.010	2.90	1
Heart Failure [Title/Abstract] Health education [All Fields] AND Home care [Title/Abstract] 10 ans	22	Delaney, C., PhD, RN, AHN-BC, Apostolidis, B., RN, MS, Lachapelle, L., RN, Fortinsky, R., PhD. (2010). Home care nurses'knowledge of evidence-based education topics for management of heart failure. Elsevier Inc. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.12.005	1.50	2
Heart failure [Title/Abstract] AND Home care [Title/Abstract] Free full text/ Full text 10 ans	53	Mendoza, H., Martín, M. J., García, A., Arós, F., Aizpuru, F., Regalado De Los Cobos, J., ... Cia, J. M. (2009). 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. European Journal of Heart Failure, 11(12), 1208-1213. doi :10.1093/eurjhf/hfp143	3.70	2
Heart failure [Title] AND Home care [Title/Abstract] Full text 5 ans	54	Jaarsma, T., Brons, M., Kraai, I., Luttik, M. L., & Stromberg, A. (2013). Components of heart failure management in home care; a literature review. European Journal of Cardiovascular Nursing, 12(3), 230-241. doi :10.1177/1474515112449539	2.04	2

Health education [Title/Abstract] AND Heart failure [Title/Abstract] 5 ans Full text	22	Siabani, S., Driscoll, T., Davidson, P. M., Leeder, S. R. (2015). Efficacy of a home-based educational strategy involving community health volunteers in improving self-care in patients with chronic heart failure in western Iran: A randomized controlled trial. European Journal of Cardiovascular Nursing, 15(5), 363-371. doi : 10.1177/1474515115585651.	2.49	1
Health education [All Fields] Heart failure [Title/Abstract] Home care services [All Fields] AND Health care [Title/Abstract] 10 ans	19	Wiggins, B. S., Rodgers, J. E., DiDomenico, R. J., Cook, A. M., & Page, R. L. (2013). Discharge Counseling for Patients with Heart Failure or Myocardial Infarction: A Best Practices Model Developed by Members of the American College of Clinical Pharmacy's Cardiology Practice and Research Network Based on the Hospital to Home (H2H) Initiati. <i>Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy</i> , 33(5), 558-580. doi :10.1002/phar.1231	2.204	2
Health education [Title/Abstract] Heart Failure [All Fields] AND Home care service [All Fields] Full text 10 ans	3	Azzolin, K., Motta Mussi, C., Brasil Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., de Fátima Lucena, A., & Rejane Rabelo-Silva, E. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. <i>Applied Nursing Research</i> , 26, 239-244. doi :10.1016/j.apnr.2013.08.003	1.13	1
Heart failure [All Fields] AND	8	Piamjariyakul, U., Smith, C. E., Werkowitch, M., & Elyachar, A. (2012). Part I: heart failure home management: patients, multidisciplinary health care professionals and family caregivers'	1.21	2

Home management [Title/Abstract]		perspectives. Applied nursing research : ANR, 25(4), 239-45. doi :10.1016/j.apnr.2011.05.001		
Full text 5 ans				
Nurse perspectives [All Fields] AND Heart failure [Title/Abstract]	24	Hoekstra, T., Lesman-Leegte, I., Van Der Wal, M., Luttk, M. L., & Jaarsma, T. (2010). Nurse-led interventions in heart failure care: Patient and nurse perspectives. European Journal of Cardiovascular Nursing, 9, 226-232. doi :10.1016/j.ejcnurse.2010.01.006	1.34	2
Full text 10 ans				
Therapeutic education [Abstract] AND Perception of patients [Title/Abstract]	5	Garbacz, L., Jullière, Y., Alla, F., Jourdain, P., Guyon, G., Coudane, H., ... Claudot, F. (n.d.). [impact of therapeutic education on lifestyles: perception of patients and their relatives]. Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France), 27(4), 463-70. Repéré à http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26751921	0.50	2
CINHAL				
Heart failure [Title] AND Home health care [Title]	31	Saunders, M. M. (2014). Home Health Care Nurses' Perceptions of Heart Failure Home Health Care. Home Health Care Management & Practice, 26(4), 217-222. doi :10.1177/1084822314528938 Madigan, E. A. (2008). People with heart failure and home health care resource use and outcomes. Journal of Clinical Nursing, 17(7b), 253-259. doi :10.1111/j.1365-2702.2008.02334.x	1.52 1.57	2 2

Chronic heart failure [All Fields] AND Care in the home [Title] 2007-2017	60	Fergenbaum, J., Bermingham, S., Krahn, M., Alter, D., & Demers, C. (2015). Care in the Home for the Management of Chronic Heart Failure. The Journal of Cardiovascular Nursing, 30, S44-S51. doi :10.1097/JCN.000000000000235	2.17	1
Home care [Title] AND Heart Failure [Title] 2012-2017	55	Maliakkal, A. V., & Sun, A. Z. (2014). Home Care Program Reduces Hospital Readmissions in Patients With Congestive Heart Failure and Improves Other Associated Indicators of Health. Home Health Care Management & Practice, 26(4), 191-197. doi :10.1177/1084822314527763	0.63	2
PSYCINFO				
Home care [Abstract] AND Heart failure [Abstract]	27	Näsström, L.M., Idvall, E. A-C., & Strömberg, A.E. (2013). Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. Health Expectations 18, 1384-1396. Doi: 10.1111/hex.12120	2.85	2

5 Synthèse des résultats/ discussion

Suite aux analyses des différents articles avec la grille de Fortin (2010)³, voici les résultats obtenus et répondant à la question de recherche.

Le premier article (Saunders, 2014) met en avant les différentes interventions et perceptions des infirmières et des patients à domicile en lien avec l'éducation thérapeutique. Les résultats montrent que le lien de confiance entre le soignant et le soigné est essentiel pour mener à bien l'autonomie du patient atteint d'insuffisance cardiaque. En effet, si celui-ci se sent écouté et compris, l'éducation thérapeutique devient un élément intéressant afin de faciliter la prise en soins et ainsi diminuer les risques d'une hospitalisation. De plus, l'éducation thérapeutique au patient a davantage de répercussions à domicile car celui-ci se trouve dans un milieu familial et donc ce point lui permet de s'adapter plus facilement. La connaissance de l'insuffisance cardiaque est une ressource pour le patient ainsi que son entourage car elle permet à ce dernier d'effectuer des liens entre les interventions mises en évidence et la pathologie.

Le deuxième article (Madigan, 2008) est une étude montrant le cheminement des soins réalisés à domicile ainsi que l'évolution de l'état de santé du patient en lien avec les interventions. Les résultats de l'étude démontrent que de nombreux patients atteints d'insuffisance cardiaque présentent des symptômes dépressifs et de l'hypertension au commencement du suivi. Un autre élément explicité dans cette recherche démontre que

³ En appendice B

l'autogestion permet une amélioration significative de l'état de santé des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Le troisième article (Fergenbaum & al., 2015) s'est basé sur plusieurs recherches abordant le sujet de l'éducation thérapeutique. Cette étude détermine l'efficacité des interventions infirmières à domicile incluant l'éducation thérapeutique par rapport aux soins habituels chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Les résultats de cette étude démontrent que l'autogestion permet une diminution significative du taux de mortalité, du coût ainsi que des hospitalisations. De plus, l'ETP⁴ apporte des résultats bénéfiques au niveau cognitif ainsi que sur l'émotionnel du patient souffrant d'insuffisance cardiaque.

Le quatrième article (Jaarsma & al., 2013) est une revue de littérature visant à évaluer les interventions à domicile quant à l'autogestion de la pathologie.

Les soins sont dispensés par une palette de professionnels de santé tels que médecin cardiologue, médecins généralistes, infirmières, etc. Celles-ci jouent un rôle essentiel dans la coordination et le leadership quant à la mise en place de l'éducation thérapeutique. L'utilisation de plan de soins dans le contexte des soins à domicile permet la continuité des soins ainsi que la collaboration entre les différents intervenants. Afin que les interventions amenées par le professionnel de santé soient optimales pour le patient, il est

⁴ Éducation thérapeutique au patient

nécessaire que l'entourage de celui-ci soit également intégré dans la prise en soins. La Société Européenne de Cardiologie explique qu'il est nécessaire que les professionnels de santé reçoivent une formation adéquate concernant l'éducation thérapeutique afin que les interventions soient pertinentes.

Le cinquième article (Tung & al., 2013) a comme but principal de tester l'efficacité de l'autogestion pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Malgré des progrès notables dans le domaine médical et la gestion des symptômes, les auteurs ne constatent pas une amélioration significative de la qualité de vie des patients. Le bénéficiaire de soin montre une confiance en soi élevée lorsqu'il est intégré dans sa prise en soins. Les auteurs indiquent que les patients sensibilisés à l'auto-soin sont davantage en mesure de faire face aux symptômes liés à la pathologie, s'ensuit une meilleure qualité de vie.

Le sixième article (Mendoza & al., 2009) est une étude ayant pour objectif d'évaluer la différence entre un groupe recevant des soins à domicile et ceux recevant à l'hôpital pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les auteurs montrent l'impact sur la santé quand le patient peut rester à son domicile. En effet, ils cherchent à identifier une gestion différente quant à la prise en soins des patients afin de limiter les décompensations cardiaques et la mortalité. Les auteurs mettent en évidence qu'il n'y a pas de différences visibles en lien avec la qualité de vie entre les deux groupes. Cependant, les soins à domicile ont un coût significativement plus bas que les soins dans une unité de cardiologie.

Le septième article (Siabani & al., 2015) démontre l'efficacité des stratégies éducatives à domicile en mobilisant l'auto-soin des patients en comparaison avec une stratégie éducationnelle formelle et des patients recevant les soins habituels lors de leur hospitalisation. Les auteurs ont divisé l'échantillon en 3 groupes (groupe 1 : entretien éducatif à domicile par des bénévoles en santé communautaire formés, groupe 2 : interventions éducatives par un médecin généraliste et une infirmière spécialiste, groupe 3 : patients recevant des soins ordinaires). Les résultats de l'étude ont montré que l'éducation du Groupe 1 et 2 était efficace pour l'auto-soin. Les 3 éléments constituant l'auto-soin (entretien de l'auto-soin, confiance en l'auto-soin et gestion de son auto-soin) avaient significativement augmentés dans les groupes 1 et 2.

Le huitième article (Delaney & al., 2010) a pour objectif d'évaluer les connaissances des infirmières à domicile sur l'éducation thérapeutique au patient dans la gestion de l'insuffisance cardiaque. Les résultats montrent que les infirmières manquent d'informations quant à l'insuffisance cardiaque et sa gestion. De plus, les programmes éducatifs peuvent être un fil rouge pour le professionnel de la santé afin d'améliorer la prise en soins des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Le neuvième article (Näsström & al., 2013) décrit la participation du patient dans l'auto-soins. Les auteurs ont séparé en catégorie la participation des patients avec les soins à domicile, ceci ayant émergé après analyse des

entretiens effectués pour l'étude. Les catégories mises en évidence sont les suivantes :

- Communication entre les patients et les professionnels de la santé
- Accès aux soins
- Participation active aux soins
- Relation fidèle avec les professionnels de la santé
- Options pour décisions

Le concept de participation du patient dans les soins comprend de nombreux aspects, tel qu'être confiant en ses capacités et avoir un sentiment de contrôle. Cette participation implique une relation et des échanges d'informations entre le patient et les professionnels de la santé. La participation doit être envisageable durant toute la prise en charge, guidée par les souhaits du patient. Des études antérieures ont révélées que les soins à domicile pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque réduit considérablement le nombre d'hospitalisation et augmentait la survie, ce qui entraîne une réduction des coûts. Selon les auteurs, les soins à domicile permettent des soins holistiques où le patient peut améliorer sa capacité à gérer sa maladie et s'impliquer davantage dans ses propres soins.

Le dixième article (Young & al., 2016) est un essai randomisé contrôlé abordant l'adhérence du patient à l'autogestion, ce qui implique un engagement de sa part (régime pauvre en sodium, activité physique, suivi régulier des rendez-vous, etc.). Les résultats démontrent une augmentation

des comportements d'autogestion après intervention des professionnels de la santé durant cette étude. Les bénéficiaires de soins ayant reçu l'intervention ont acquis des connaissances et compétences afin d'améliorer et reconnaître les signes avant-coureurs d'une décompensation cardiaque ainsi que communiquer leurs problèmes aux professionnels des soins. Cependant, il n'y a pas de réduction significative du taux de réadmission hospitalière.

Le onzième article (Cockayne & al., 2014) est un essai contrôlé randomisé basé sur la comparaison clinique d'un programme éducatif d'autogestion apportée par une infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque et de ce même programme utilisé de manière autonome par le patient. Les auteurs ont partagé les résultats en deux groupes ; résultats primaires et résultats secondaires. Les résultats primaires comprennent le taux de réadmissions hospitalières dont aucune différence significative n'a été observée pour les deux groupes durant les 12 mois d'intervention. Les résultats secondaires comprennent la dépression, l'anxiété et la qualité de vie. Pour la dépression, un score a été statistiquement significatif pour le groupe recevant l'intervention de l'infirmière par rapport au groupe autonome. Les auteurs expriment qu'ils n'ont trouvé aucune preuve que le plan d'autogestion amené par une infirmière réduirait les réadmissions hospitalières par rapport aux patients suivant le plan de manière autonome.

Le douzième article (Garbacz & al., 2015) a pour objectif d'étudier la perception des patients atteints d'insuffisance cardiaque ainsi que leurs

proches concernant l'impact de l'éducation thérapeutique au patient sur leurs habitudes de vie. De plus, l'intérêt de cette étude est d'apporter des informations aux divers professionnels de la santé, aux bénéficiaires de soins et à l'entourage de ces derniers de l'impact d'une telle prise en soins. D'après les résultats, les patients ont montré davantage de confiance dans la gestion de la maladie et ont des connaissances supplémentaires sur l'insuffisance cardiaque et les traitements après les interventions de l'éducation thérapeutique. Les habitudes de vie ayant eu une évolution significative sont l'activité physique et l'alimentation. L'éducation thérapeutique permet à l'entourage du patient d'être sensibilisé à cette pathologie. Un changement bénéfique dans la vie de l'individu et des proches est remarqué par les séances d'éducation thérapeutique.

Le treizième article (Maliakkal & al., 2014) est une étude qui examine l'efficacité des soins à domicile dans la réduction des décompensations cardiaques, ceci afin d'éviter des hospitalisations. Quatre symptômes cliniques de l'insuffisance cardiaque ont principalement été examinés : dyspnée paroxystique nocturne, orthopnée, dyspnée lors de l'effort et œdème. Le programme mis en avant dans cette étude a démontré une amélioration significative de la capacité fonctionnelle du patient. De plus, les soins à domicile diminuent les coûts de la santé par rapport à une hospitalisation durant une même période. Ce programme de surveillance approprié aux soins à domicile semble diminuer le taux d'hospitalisation et donc une réduction au niveau économique. La prévention de l'hospitalisation liée à une

décompensation cardiaque diminue aussi les risques liés à celle-ci, surtout pour les personnes âgées, par exemple l'immobilisation.

Développement des résultats en lien avec la question

PICOT

Dans ce chapitre, les résultats des articles sont repris afin de répondre à la question PICOT : « L'éducation thérapeutique diminue-t-elle le risque de décompensation cardiaque chez les personnes âgées de plus de 65 ans atteintes d'insuffisance cardiaque dans le contexte des soins à domicile ? ».

Dans la plupart des articles, l'éducation thérapeutique apporte une plus-value intéressante dans les activités de la vie quotidienne, ce qui est bénéfique pour la qualité de vie et le confort du patient. En effet, il a été mis en évidence que le taux d'hospitalisations est réduit grâce à la mise en place de programmes éducatifs (Saunders, 2014 ; Madigan, 2008 ; Fergenbaum & al., 2015 ; Jaarsma & al., 2013 ; Tung & al., 2013 ; Mendoza & al., 2009 ; Siabani & al., 2015 ; Delaney & al., 2010 ; Näsström & al., 2013 ; Garbacz & al., 2015 ; Maliakkal & al., 2014).

Deux études montrent que malgré l'adhésion des patients à des programmes éducatifs permettant une meilleure capacité d'autogestion et de détection de signes avant-coureurs de décompensation cardiaque, une diminution du taux de réadmission hospitalière n'a pas été observée (Young & al., 2016 ; Cockayne & al., 2014).

Il est également important de souligner que certains articles mettent en évidence que les coûts des soins fournis à domicile sont moins importants en comparaison des soins donnés dans une unité hospitalière (Fergenbaum & al., 2015 ; Mendoza & al., 2009 ; Maliakkal & al., 2014).

Certaines études analysent la différence entre des soins habituels et des interventions d'éducation thérapeutique (Fergenbaum & al., 2015 ; Siabani & al., 2015). En effet, il en est ressorti que l'éducation thérapeutique apporte des capacités d'autogestion au bénéficiaire de soins (Siabani & al., 2015).

Selon Fergenbaum & al. (2015), les interventions éducationnelles apportées par les infirmières à domicile démontrent que l'autogestion diminue de nouvelles hospitalisations et le taux de mortalité. Le patient est auteur de sa prise en charge, ce qui lui permet d'avoir davantage en confiance en lui et d'acquérir des connaissances supplémentaires sur l'insuffisance cardiaque ainsi qu'une autonomie dans des habitudes de vie. Selon Tung & al. (2013), le bénéficiaire de soins montre une confiance en soi élevée lorsqu'il est intégré dans la prise en charge.

Les articles relèvent l'importance d'une collaboration étroite entre le patient et le professionnel de santé afin que les interventions éducatives soient les plus pertinentes. La communication est un élément fondamental à une prise en charge optimale. C'est pourquoi, un lien de confiance entre le soignant et le soigné est indispensable afin de mener à bien l'autonomie du patient (Saunders & al., 2014).

Selon Young & al, (2016), ce lien de confiance ainsi que les connaissances acquises lors de séances d'ETP sur sa pathologie permet à ce dernier de reconnaître les signes avant-coureurs de décompensation cardiaque et donc de les communiquer aux professionnels de la santé. Ainsi, le patient se sent ainsi plus à l'aise dans l'expression de ses besoins. Selon Saunders & al. (2014), il est plus facile pour le bénéficiaire de soins, de suivre un programme d'éducation thérapeutique à domicile car celui-ci se trouve dans un milieu familial avec ses repères, ce qui l'aide à s'adapter et à s'affirmer davantage.

En effet, selon Näsström & al. (2013), la participation du patient nécessite que ce dernier ait confiance en ses capacités et ait un sentiment de contrôle. Cette participation implique des échanges entre le patient et le soignant guidée par les souhaits du bénéficiaire de soins. Grâce à l'acquisition de confiance dans la gestion de la maladie, les patients ont des connaissances supplémentaires sur l'insuffisance cardiaque ainsi que sur les traitements (Garbacz & al., 2015).

Pour que les interventions éducationnelles soient pertinentes, il est essentiel que les professionnels de la santé aient des connaissances sur l'ETP ainsi que sur la pathologie en question afin que la prise en soins soit optimale. La Société Européenne de Cardiologie met en avant la nécessité d'une formation adéquate à propos de l'éducation thérapeutique pour les professionnels de santé afin que les interventions soient pertinentes (Jaarsma & al., 2013).

Selon les éléments ci-dessus, nous pouvons nous positionner quant à la question de recherche. En effet, les divers résultats ont permis de répondre positivement à la question. Cependant, deux articles (Young & al., 2016 ; Cockayne & al., 2014) sur treize analysés n'ont pas constaté de diminution de taux de réadmissions hospitalières malgré les interventions d'ETP. Nous pouvons donc appuyer que l'éducation thérapeutique et l'autogestion sont majoritairement bénéfiques pour diminuer les décompensations cardiaques chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Perspectives/propositions pour la pratique

Après constatation des résultats des articles, l'éducation thérapeutique est dans la plupart des cas bénéfique pour réduire le risque de décompensation cardiaque et donc de nouvelles hospitalisations. C'est pourquoi, il est intéressant de continuer à développer ces diverses interventions thérapeutiques. En effet, l'insuffisance cardiaque chronique étant en constante évolution, il est indispensable que l'infirmière ait un outil fiable pour amener le patient à gérer sa pathologie. C'est à ce moment que l'éducation thérapeutique prend tout son sens dans la pratique infirmière. Grâce à cet élément, le patient a davantage confiance en lui-même et aux professionnels de la santé et se sent plus autonome dans ses gestes. D'autres éléments bénéfiques pour le patient sont à énumérer tels qu'une meilleure compréhension de sa pathologie (symptômes et signes de décompensation cardiaque), une compliance au traitement améliorée, une meilleure connaissance de son corps, une

diminution des consultations chez le médecin généraliste ainsi que des interventions individualisées, ce qui lui permet d'être rassuré dans sa prise en soins.

L'entourage du patient a une place qu'il ne faut pas négliger dans la prise en charge du bénéficiaire de soins. Cependant, il est nécessaire d'être prudent à ce qu'un proche n'empêche pas le déroulement des interventions de l'éducation thérapeutique car en étant trop investi dans la prise en soins, l'autonomie du patient est restreinte. Il est également important de souligner qu'il est essentiel que les professionnels de la santé reçoivent une formation adéquate pour que les interventions éducatives soient pertinentes.

Un autre élément pertinent à mettre en évidence concerne la différence entre une éducation traditionnelle (Rankin, 2005) et une éducation centrée sur la personne. En effet, la première signifie que le soignant apporte des informations au patient ainsi que des compétences pour gérer sa pathologie, la deuxième, en revanche, englobe le développement de compétences de résolution de problème dans la vie quotidienne avec la maladie au niveau médical, social et émotionnel afin de renforcer le sentiment d'efficacité personnel (Corbin & Strauss, 1988 ; dans Walger, 2017, p.6). L'éducation thérapeutique centrée sur le patient s'inscrit dans le respect des choix et priorités du bénéficiaire de soins via le partage des responsabilités et du pouvoir décisionnel avec le professionnel de la santé. Ceci s'inscrit dans la notion d'*empowerment* individuel en lien à la maladie chronique (Walger,

2017). Tous ces concepts favorisent une meilleure intégration de l'autogestion des soins et du traitement par le patient.

Selon Delaney et al. (2010), les infirmières à domicile jouent un rôle-clé pour l'ETP. Cependant, le contexte de soins à domicile ne permet pas aux soignants d'obtenir des informations complètes concernant le patient (manque de continuité dans les soins, manque de collaboration entre les différents professionnels). L'auteur, souhaitant évaluer les connaissances des infirmières des soins à domicile à propos de l'insuffisance cardiaque, a mis en avant des résultats significatifs quant à leur compréhension de la maladie. En effet, les résultats de l'étude mettent en évidence que les infirmières possèdent des connaissances de base mais qu'elles ont un manque de compréhension si la situation est plus complexe.

A ce jour, la stratégie globale Santé2020 de la Confédération Suisse a mis en place différents objectifs dont renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Au vu de l'augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies afin d'empêcher l'apparition d'autant de maladies que possible ou d'atténuer leurs effets. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque d'exercice, à la consommation exagérée d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.). Il convient de renforcer largement la responsabilité individuelle de la population. Il faut aussi mettre à disposition des moyens financiers suffisants pour la promotion de la santé, la prévention des maladies et le dépistage précoce. En comparaison internationale, la Suisse met relativement peu de fonds à disposition dans ce dernier domaine. Il s'agit également d'ouvrir de nouvelles voies en matière de

promotion de la santé et de prévention des maladies. Il faut aussi mieux intégrer les offres en matière de promotion de la santé et de prévention dans notre système de santé (OFSP, 2013).

Ces objectifs, plus particulièrement ce dernier, appuient la nécessité de mettre en avant les interventions éducatives auprès des professionnels et des bénéficiaires de soins. Si l'ETP permet un meilleur investissement du patient et une diminution des complications, cela amène à une réduction du taux d'hospitalisations et donc les coûts de la santé. De plus, ajoutons à cela, la formation des professionnels de la santé au sujet de l'ETP est indispensable pour répondre aux objectifs de Santé2020.

6 Conclusion

Apports du Travail

Ce Travail de *Bachelor* nous a demandé beaucoup de rigueur, de temps ainsi qu'un investissement régulier et conséquent. Nous avons rencontré quelques difficultés lors de la vérification de la crédibilité des articles. En effet, les *impacts factors* n'étaient pas toujours à notre avantage. Cette difficulté nous a pris du temps et de l'énergie car nous avons dû rechercher de nouveaux articles et donc recommencer certaines grilles de Fortin.

De plus, le travail en trio n'a pas été de tout repos car il a été nécessaire de tenir compte de l'avis de chacune ainsi que pouvoir mettre en commun les différents points de vue. Nous avons su conserver une bonne entente tout au long du travail, ce qui a permis de développer une dynamique efficace. Le lead a été naturellement pris en mains en fonction des ressentis et de l'état d'esprit de chacune durant les différentes rencontres.

Le travail de Bachelor nous a donné l'opportunité de parfaire nos habilités à rechercher ainsi qu'à analyser des données scientifiques.

Le fait d'avoir déjà une base de connaissances sur la thématique nous a permis de mieux l'appréhender. Ce sujet nous a permis de réaliser de nouveaux liens avec le concept de l'éducation thérapeutique et nous apporter une plus-value pour notre future pratique professionnelle en sachant que les maladies chroniques sont exponentielles. Les nombreuses recherches réalisées sur l'insuffisance cardiaque et l'éducation thérapeutique nous ont permis d'approfondir nos connaissances dans ces domaines. Ces connaissances

acquises durant le Travail de *Bachelor* nous permettent d'appliquer des interventions adaptées et personnalisées pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque afin de développer une confiance réciproque ainsi que d'apporter un soutien qui a davantage d'impact sur l'autogestion du patient. De plus, lorsque le patient est dans une dynamique d'autogestion, l'éducation thérapeutique est un processus évolutif et bénéfique permettant une meilleure compliance, ce qui nous apporte en tant que professionnelles un sentiment de satisfaction.

La participation à l'étude EDUCARE mentionnée dans l'introduction n'a pas abouti à une collaboration active. Selon certaines réglementations, l'intégration sur le terrain n'a pas été possible. Nos attentes en lien à ce projet n'ont pas été comblées.

Limites

Concernant les limites du travail, nous avons constaté que de nombreux critères de sélection, essentiellement le niveau de preuve, *impacts factors*, de l'étude, nous ont poussé à mettre de côté un grand nombre d'articles qui étaient pertinents pour notre recherche. Cependant, ce critère nous a permis d'obtenir des articles scientifiques de qualité.

Les mesures contraignantes de l'étude EDUCARE ne nous ont pas données la possibilité de nous référencer à d'autres services de soins à domicile. De ce fait, nous n'avons pas pu récolter d'éléments provenant de différents avis et apports d'expériences pour compléter la problématique.

L'éducation thérapeutique, étant un sujet très vaste, de par les nombreuses recherches entreprises et les écrits réalisés, a été un défi de pouvoir cibler les éléments importants en lien avec notre thématique et nos objectifs de recherche.

Perspectives pour la recherche

Pour conclure le Travail de *Bachelor*, il est important pour nous de proposer des perspectives pour les recherches futures concernant cette thématique. Au travers des recherches effectuées, des différentes périodes de formation pratique ainsi que l'avis et l'expérience d'une infirmière à domicile, nous avons remarqué que le concept de l'éducation thérapeutique n'était pas compris de la même façon pour tous. En effet, un grand nombre de professionnels de la santé utilise une éducation thérapeutique traditionnelle, ce qui signifie transmettre des informations et des explications sur un geste afin que le patient le réalise correctement. Cependant, il est indispensable d'identifier l'importance de comprendre que ce concept n'est pas essentiellement une transmission de connaissances du soignant au soigné mais également un échange entre deux individus ainsi qu'un partage des responsabilités et du pouvoir décisionnel. Il est primordial qu'un lien puisse se créer entre les deux partenaires afin que le patient soit au centre de la prise en charge et puisse transmettre ses besoins et connaissances. Nous pensons qu'il serait judicieux de continuer à former les futurs professionnels de la santé dans ce domaine ainsi que poursuivre des recherches centrées davantage sur la mise en

pratique dans les différents services de soins. Nous nous appuyons aussi sur les pistes d'action de la recherche d'Obertelli et al. (2015) pour mentionner que le service lui-même, peut poursuivre le travail de réflexion sur les connaissances, le savoir-faire et le savoir-être, structurer le parcours de soins du malade ainsi qu'identifier les fragilités de l'éducation thérapeutique au patient. Selon nous, il serait pertinent de poursuivre les formations sur l'ETP que ce soit pour les infirmières et les autres professionnels de santé afin que ces derniers puissent développer des compétences dans ce domaine et ainsi améliorer la prise en soins au patient.

De plus, il serait intéressant d'approfondir les recherches associant l'éducation thérapeutique au patient avec les différents groupes d'entraide afin de potentialiser les effets bénéfiques de ceux-ci sur la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques.

7 Références

Bee, H. & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie – psychologie du développement humain* (4ème édition). Québec : Edition du Renouveau Pédagogique Inc.

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

Cockayne, S., Pattenden, J., Worthy, G., Richardson, G., & Lewin, R. (2014). Nurse facilitated Self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 51(9), 1207-13. doi :10.1016/j.ijnurstu.2014.01.010

Delaney, C., Apostolidis, B., Lachapelle, L., & Fortinsky, R. (2010). Home care nurses' knowledge of evidence-based education topics for management of heart failure. *Heart & Lung*. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.12.005

D'Ivernois, J.-F. & Gagnayre, R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient – approche pédagogique* (4ème édition). Paris : Edition Maloine.

Doumont, D. & Aujoulat, I. (2002). *L'empowerment et l'éducation du patient*. Repéré à <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dos18.pdf>

Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. (3e éd.). Philadelphie: F.A. Davis Company

Fergenbaum, J., Bermingham, S., Krahn, M., Alter, D., & Demers, C. (2015). Care in the Home for the Management of Chronic Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30, S44-S51. doi :10.1097/JCN.0000000000000235

Formarier, M. & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières* (2ème édition). Lyon : Edition Mallet Conseil.

Frenot, J.-L. (2014). *La Process Communication au service de la relation soignant-soigné*. Paris : InterEditions.

Garbacz, L., Jullière, Y., Alla, F., Jourdain, P., Guyon, G., Coudane, H., ... Claudot, F. (n.d.). [impact of therapeutic education on lifestyles: perception of patients and their relatives]. *Sante publique* (Vandoeuvre-les-Nancy, France), 27(4), 463-70. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26751921>

Golay, A., Lager, G., Giordan, A. (2009). *Comment motiver le patient à changer ?*. Paris : Editions Maloine.

Jaarsma, T., Brons, M., Kraai, I., Luttik, M. L., & Stromberg, A. (2013). Components of heart failure management in home care; a literature review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(3), 230-241. doi :10.1177/1474515112449539

Keta, A. (2013). Insuffisance cardiaque chronique. *Hôpitaux Universitaires Genevois, Département de médecine communautaire, de premier recours et de urgences*. Repéré à http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/insuffisance_cardiaque_chronique_arce.pdf

Lacroix, A. & Assal, J.-P. (2011). *L'éducation thérapeutique des patients – Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*. Paris : Edition Maloine.

Madigan, E. A. (2008). People with heart failure and home health care resource use and outcomes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 253-259. doi :10.1111/j.1365-2702.2008.02334.x

Maliakkal, A. V., & Sun, A. Z. (2014). Home Care Program Reduces Hospital Readmissions in Patients With Congestive Heart Failure and Improves Other Associated Indicators of Health. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 191-197. doi :10.1177/1084822314527763

Mendoza, H., Martín, M. J., García, A., Arós, F., Aizpuru, F., Regalado De Los Cobos, J., ... Cia, J. M. (2009). 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 11(12), 1208-1213. doi :10.1093/eurjhf/hfp143

Näsström, L.M., Idvall, E. A-C., & Strömberg, A.E. (2013). Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations* 18, 1384-1396. Doi: 10.1111/hex.12120

Obertelli, P., Pouteau, C., Haberey-Knuessi, V., Dancot, J., Le Roux & A., Llambrich, C. (2015). *Evolution des relations soignants-malades au regard des pratiques d'éducation thérapeutique* (rapport de recherche inédit). Cnam, Centre de Recherche sur la Formation et CentraleSupélec. France.

Observatoire suisse de la santé. (2016). *Insuffisance cardiaque*. Repéré à <http://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/insuffisance-cardiaque>

Organisation mondiale de la santé. (2003). *Définition de la santé*. Repéré à <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

Office fédérale de la santé publique. (2016). *Santé2020 : rétrospective 2015, perspectives pour 2016 et la législature 2016-2019*. Berne : Confédération Suisse repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020.html>

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A. (2010). *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey : Pearson Edition.

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 édition). Montréal : Chenelière Education.

Prudhomme, Ch., Jeanmougin, Ch. & Kessler, B. (2012). *Défaillances organiques et processus dégénératifs*. Paris : Editions Maloine.

Rankin, H.S., Stallings, KD., London, F. (2005). *Patient Education in Health and Illness*. Philadelphia (USA) : Lippincott Williams and Wilkins

Sager Tinguely, C., Weber, C. & al. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malmaison : Edition Lamarre.

Saunders, M. M. (2014). Home Health Care Nurses' Perceptions of Heart Failure Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 217-222. doi :10.1177/1084822314528938

Schäffler, A. & Menche, N. (2000). *Médecine & soins infirmiers*. Paris : Edition Maloine.

Selon O. Schirlin (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 2016) La démence niveau 2 : accompagner les personnes présentant une démence. Haute Ecole Arc santé, Delémont.

Siabani, S., Driscoll, T., Davidson, P. M., Leeder, S. R. (2015). Efficacy of a home-based educational strategy involving community health volunteers in improving self-care in patients with chronic heart failure in western Iran: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(5), 363-371. doi : 10.1177/1474515115585651.

Smeltzer, S. & Bare, B. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie. Fonctions respiratoire, cardiovasculaire et hématologique*. Bruxelles : Editions De Boeck.

Tessier, S. (2012). *Les éducations en santé – éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours*. Paris : Edition Maloine.

Tourette-Turgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient – La maladie comme occasion d'apprentissage*. Paris : Edition de boeck.

Tung, H.-H., Lin, C.-Y., Chen, K.-Y., Chang, C.-J., Lin, Y.-P., & Chou, C.-H. (2013). Self-Management Intervention to Improve Self-Care and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Congestive Heart Failure*, 19(4), E9-E16. doi :10.1111/chf.12014

Velea, D. & Venturini, B. (2001). *Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires*. Paris : Ellipses Edition Marketing S.A.

Selon O. Walger (communication personnelle [Présentation PowerPoint], 2013), Le modèle infirmier de la promotion de la santé Nola Pender. Haute Ecole Arc santé, Delémont.

Selon O. Walger (communication personnelle [Présentation Powerpoint], 2016), L'éducation du patient – Approche psychosociale et pédagogique. Haute Ecole ARC santé, Delémont.

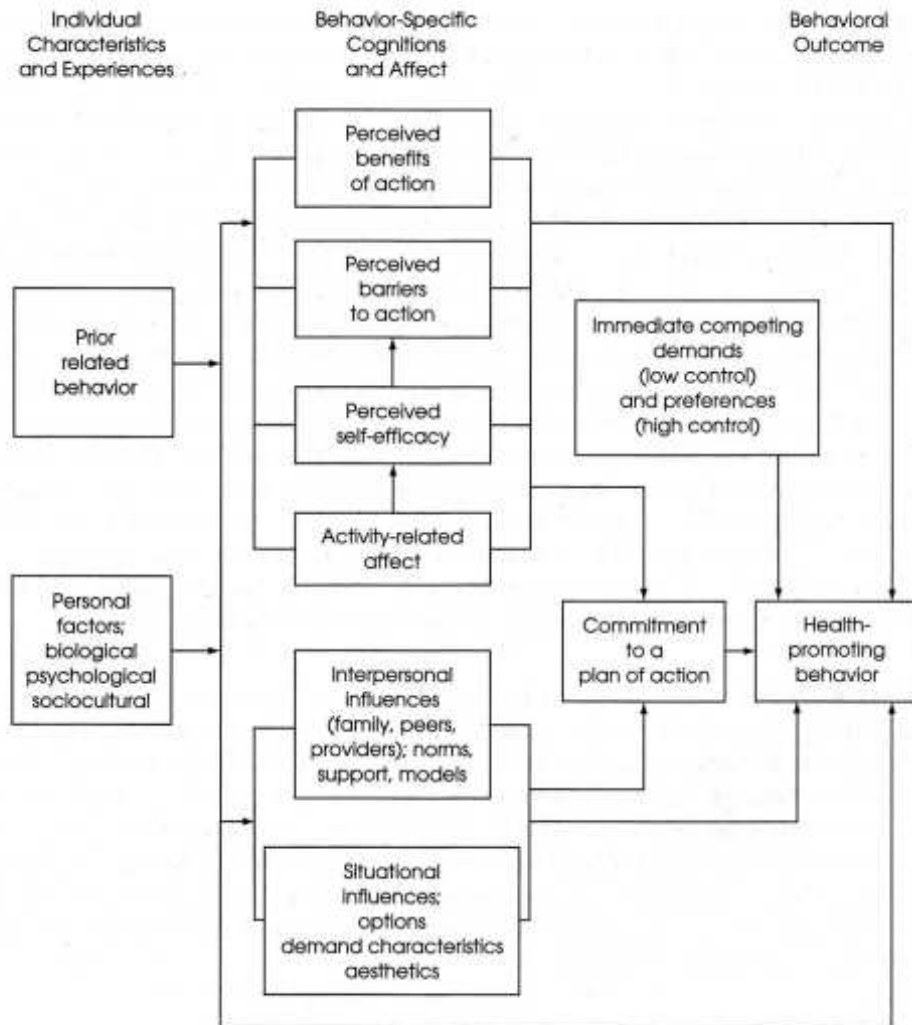
Selon O. Walger (communication personnelle [Présentation Powerpoint], 2017), Education au patient : approche psychosociale et intégrée. Haute Ecole ARC santé, Delémont.

Udlis, K. A. (2011). Self-management in chronic illness: concept and dimensional analysis. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 130-139

Young, L., Hertzog, M., & Barnason, S. (2016) Effects of a home-based activation intervention on self-management adherence and readmission in rural heart failure patients: the PATCH randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders* 16:176. Doi: 10.1186/s12872-016-0339-7

8 Appendices

Appendice A : Schéma de la théorie de Nola Pender



Pender & al., 2011, p.45

Appendice B : Grilles de Fortin

Self-Management Intervention to Improve Self-Care and Quality of Life in Heart Failure Patients

Titre	<p>Le titre met les concepts suivants en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autogestion - Amélioration - Patient atteint d'insuffisance cardiaque - Qualité de vie
Résumé	<p>Le résumé ne comporte pas séparément les différentes étapes de l'article. Cependant, cela est expliqué par un texte narratif et on y trouve les éléments importants : but, objectifs, échantillonnage et conclusion.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement identifié.</p> <p>L'insuffisance cardiaque (IC) devient problématique. Les auteurs précisent l'augmentation (incidence, prévalence) de cette pathologie.</p> <p>En 2009 à Taïwan, les maladies cardiaques ont été parmi les deux premières causes de décès, ce qui représente 10,6% de tous les décès, avec 2% d'IC.</p> <p>Bien qu'il y ait eu des améliorations dans le traitement médical et la gestion des symptômes, les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ont une mauvaise qualité de vie dans l'ensemble.</p> <p>Les résultats d'une étude asiatique ont montré que les patients souffrant d'IC percevaient leur qualité de vie médiocre.</p> <p>Ils mettent en avant que l'auto-soin apporterait une meilleure qualité de vie.</p>

	<p>Les soins personnels se réfèrent aux comportements que les individus utilisent pour gérer, conditionner et promouvoir la santé.</p> <p>Les soins autonomes et l'autogestion englobent les processus proactifs pour faire face aux problèmes de santé et respecter les traitements médicaux.</p> <p>Les auteurs mettent en évidence les études antérieures lorsqu'il amène la problématique. Ils précisent aussi quelques brefs résultats de celles-ci.</p> <p>Cette recherche apporte des éléments supplémentaires concernant la mise en place de l'éducation thérapeutique afin que le patient puisse s'auto-soigner à son domicile.</p> <p>Une amélioration de ces connaissances est pertinente pour la profession afin d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladie chronique ainsi que démontrer l'utilité de l'éducation thérapeutique.</p>
Recension des écrits	<p>Tout au long de l'article, les auteurs énumèrent les études antérieures et les mettent en avant pour appuyer leurs données et montrent l'utilité pour le domaine, ce qui donne une bonne synthèse de l'état de la question actuel.</p> <p>La recension des écrits semble montrer une base solide pour amener la problématique.</p> <p>Toutes les références sont documentées à la fin de l'article.</p>
Cadre de recherche	<p>C'est une étude mixte, ils analysent la qualité de vie par des questionnaires (cadre qualitatif) ainsi que par des statistiques concernant les soins (cadre quantitatif).</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de cette étude est d'examiner, tester l'efficacité d'une intervention d'autogestion pour les patients IC à Taiwan en se basant sur l'hypothèse que l'auto-soin et la qualité de vie seraient renforcés par une intervention d'autogestion.</p> <p>Les concepts exposés reflètent le contenu de la recension de écrits et donc du but de la recherche.</p> <p>Cette étude traite de l'expérience et la perception des participants en analysant par des questionnaires leur qualité de vie ainsi que par des chiffres pour mesurer la différence entre les soins habituels et la mise en place de l'éducation thérapeutique.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population est bien détaillée ainsi que la période à laquelle ils ont fait les recrutements.</p> <p>Les critères d'inclusion pour cette recherche sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - insuffisance cardiaque depuis plus de 6 mois - fraction d'éjection ventriculaire gauche <50% - diagnostiqué selon les classes (I, II ou III) de New York Heart Association - âgé de 18 ans ou plus - capable de communiquer - aucune opération majeure au cours de la dernière moitié de l'année <p>58 participants ont été recrutés.</p> <p>C'est le logiciel G*Power version 3.1 (Department of Criminology, University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australie) qui a été utilisé pour estimer la taille de l'échantillonnage.</p>

	<p>L'intervention a été menée de juillet 2010 à février 2011, avec une comparaison historique des résultats.</p> <p>44 participants appartenant au groupe de contrôle (soins habituels) ont été échantillonnés de juillet à octobre 2010 et 44 participants à un groupe expérimental (groupe autogestionnaire et soins habituels).</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude a reçu l'approbation de l'éthique de l'hôpital et tous les participants ont donné leur consentement écrit.</p> <p>Les participants ont reçu des informations écrites et verbales sur les objectifs ainsi que sur le processus de l'étude avant la collecte des données. De plus, les participants ont été informés qu'en raison du caractère volontaire de leur participation, ils pouvaient se retirer à tout moment. L'anonymat et la confidentialité étaient assurés.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis de recherche est mixte. Il est donc tout à fait pertinent pour atteindre le but souhaité de l'étude. En effet le qualitatif va prendre en compte la qualité de vie et le quantitatif va prendre en compte les chiffres afin de mettre en évidence la différence entre les deux soins (habituel ou auto-soins).</p> <p>Il fournit donc un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ainsi que respecter les critères scientifiques.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Pour recueillir les données, 3 questionnaires ont été utilisés, ils sont décrits en détail dans l'article:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un questionnaire démographique - un questionnaire de soins personnels (Self-Care of HF Index, V.6) - un questionnaire sur la qualité de vie (Minnesota Living With HF Questionnaire [MLHFQ]).

	Aucun nouvel outil a été développé spécifiquement pour cette étude.
Conduite de la recherche	<p><u>Auto-soin</u></p> <p>Les participants au groupe expérimental ont</p> <ul style="list-style-type: none"> - reçu un carnet (contenu séparé en plusieurs chapitres : la reconnaissance d'un nouveau symptôme, l'évaluation de l'état de santé, la prise des signes vitaux, la mise en place d'un plan de traitement et l'évaluation des effets sur le plan de traitement, etc.) - participé à une formation en éducation thérapeutique donné par un infirmier Contenu : symptômes de l'IC, concept d'éducation thérapeutique, évaluation des symptômes, gestion des symptômes, évaluation de l'autogestion, amélioration de l'adhésion au traitement, promotion d'un mode de vie sain - reçu plusieurs appels téléphoniques de suivi pour déterminer l'étendue de leur adhésion à l'auto-soin <p>La formation et le contenu du carnet sont basés sur les concepts de la théorie de Reigel.</p> <p>Les données ont été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent tel que cardiologue, infirmier-chef, infirmières et membre du corps enseignant de doctorat en soins infirmiers.</p> <p><u>Soins habituels</u></p> <p>Les participants ont reçu des soins habituels.</p>
Analyse des données	<p>Pour toutes les analyses de cette étude, l'outil SPSS (version 17.0 pour Windows, Chicago, IL) a été utilisé.</p> <p>La population étudiée a été présentée en termes de statistiques descriptives.</p>

	<p>Le modèle des équations d'estimation généralisées (GEE) a été utilisé pour contrôler l'effet des covariables de l'étude et analyser l'effet indépendant au programme d'intervention.</p> <p>Le test U de Mann-Whitney a été utilisé pour examiner les différences dans les données. Les différences entre les variables catégorielles ont été testées avec un test χ^2. Le niveau de signification a été fixé à $P < .05$.</p> <p>Dans le résumé des résultats, les auteurs mettent en évidence les extraits rapportés plus haut dans le texte.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de texte narratif accompagné de chiffres statistiques ainsi que par des tableaux récapitulatifs.</p> <p>Les thèmes sont analysés afin de montrer les différences entre les groupes. Le texte et les tableaux sont intégrés ensemble dans la présentation des résultats afin de bien représenter le phénomène.</p> <p>C'est par le modèle des équations d'estimation généralisées (GEE) que les résultats ont été analysés avec les différentes variables (sexe, âge, etc.)</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette recherche soutient les résultats antérieurs, qui révèlent également un faible niveau d'auto-soin chez les patients atteints d'IC. Le score moyen pour la confiance en soi est bas lorsqu'il y a uniquement les soins habituels, au contraire elle augmente lors d'éducation thérapeutique.</p> <p>Les résultats démontrent que les patients atteints d'IC ayant reçu une éducation</p>

	<p>thérapeutique ont une amélioration significative dans leur auto-soin.</p> <p>Ces résultats sont comparables à d'autres études indiquant que les patients d'un groupe d'intervention avec l'auto-soin se sentent plus en mesure de faire face aux symptômes liés à leur maladie et d'avoir une meilleure qualité de vie que ceux qui n'ont pas participé à ce programme. Les résultats de cette étude valident la contribution de l'éducation thérapeutique afin d'obtenir de meilleurs soins.</p> <p>En raison de la pénurie de personnel, les infirmières et infirmiers aux soins primaires fournissent habituellement une formation limitée aux patients, généralement en utilisant une feuille d'éducation IC standardisée.</p> <p>La plupart des programmes éducatifs pour les patients atteints d'IC mettent l'accent sur les connaissances du processus de la maladie et manquent d'information sur la gestion de leurs symptômes ou sur l'amélioration des soins personnels.</p> <p>Les résultats de cette étude montrent que l'utilisation d'un carnet-patient, qui comprend une intervention individualisée d'autogestion, permettrait à cette population d'obtenir des résultats optimaux.</p> <p>Les résultats concordent avec les autres recherches et sont discutés à la lumière d'études antérieures afin d'appuyer leurs propos.</p> <p>Les limites sont clairement exposées dans la conclusion de l'article, en voici des exemples :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les participants ont été recrutés dans une région spécifique et non dans le monde- Les données ont été recueillies uniquement à 1 mois et 2 mois après l'initiation au programme (ressources limitées)- L'impact à long terme n'a pas été déterminé
--	---

	<p>- Il n'y avait aucune possibilité de contrôler les effets d'une attention accrue dans le groupe d'intervention puisque le groupe témoin était historique</p> <p>En outre, l'éducation des patients devrait être modifiée pour inclure la présentation des scénarios de cas et l'utilisation du jeu de rôle en ce qui concerne les compétences d'autogestion. Les experts doivent tenir compte de ces préoccupations lors de la conception de futurs programmes d'autogestion, qui devraient être testés avant leur utilisation réelle. Des ressources administratives supplémentaires telles que la disponibilité et le financement pour soutenir les programmes de soins de santé et l'évaluation de l'adhésion du patient au traitement sont nécessaires. L'ajout de données qualitatives pour approfondir la compréhension de l'autogestion et d'être utilisé pour rétablir les programmes d'éducation des patients, spécifiquement concernant l'identification de certains symptômes, est recommandé.</p> <p>La question du caractère transférable des conclusions est émise.</p>
Conséquences et recommandations	<p><u>Les recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des recherches longitudinales visant à déterminer les trajectoires d'auto-soin et de la qualité de vie de cette population dans le temps sont recommandées • Déterminer comment promouvoir l'intervention dans le cadre des soins de routine • Il serait utile d'interroger les patients en ce qui concerne leurs points de vue concernant les obstacles aux résultats souhaités. <p>Cette étude amène des éléments supplémentaires aux recherches sur l'éducation</p>

	thérapeutique pour les patients atteints de maladie chronique. Elle permet aussi d'avoir des exemples et de les transposer dans la pratique quotidienne de l'infirmière.
--	--

'Hospital At Home' Care Model As An Effective Alternative In The Management Of Decompensated Chronic Heart Failure

Titre	Les concepts du titre sont un modèle de soin « hôpital à la maison », une alternative, l'insuffisance cardiaque décompensée. Ils reflètent donc bien le contenu de l'article.
Résumé	Le résumé synthétise clairement les différents points de l'article : les buts, la méthode et les résultats ainsi que la conclusion et les mots-clés.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'insuffisance cardiaque chronique (IC) demeure un problème de santé publique majeur et croissant dans les pays industrialisés. Sa forte prévalence dans la population générale et son incidence croissante, liée au vieillissement de la population et aux taux de survie croissants de personnes atteintes de maladies chroniques, l'ont amenée à être considérée comme une véritable épidémie.</p> <p>En Espagne, le coût d'un séjour hospitalier chez les patients atteints d'IC est de 421,25 Euros/jour, avec une augmentation de 71% du nombre d'entrées hospitalières pour IC et 29-59% des réadmissions au cours des six premiers mois suivant l'hospitalisation.</p> <p>L'insuffisance cardiaque est associée à une morbidité et à une mortalité élevées et à des réadmissions hospitalières fréquentes, c'est la cause d'hospitalisation la plus fréquente chez les personnes de plus de 65 ans.</p>

	<p>Dans ce contexte, les lignes directrices 2008 de la Société européenne de cardiologie recommandent la mise en œuvre de programmes de gestion pour les patients atteints d'IC, dans le but d'améliorer les soins médicaux tout en réduisant les coûts.</p> <p>Cette recherche permet donc de mieux comprendre l'impact des soins à domicile pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p>
Recension des écrits	<p>Tout au long de l'article, les auteurs font références à d'autres études permettant d'appuyer leurs propos. Cependant, ils ne mettent pas clairement en avant le nom de ceux-ci dans l'article mais plutôt en fin d'article dans les références.</p>
Cadre de recherche	<p>C'est une recherche quantitative et randomisée. Elle va permettre de mettre en évidence l'importance des soins à domicile et l'influence sur les coûts de la santé par rapport aux hospitalisations.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les patients identifiés dans le service d'urgence ont été répartis au hasard : ceux recevant des soins à la maison (HaH) ou ceux étant dans une unité hospitalière (IHC).</p> <p>Voici les objectifs de cette étude</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'efficacité de HaH par rapport à l'IHC sur le résultat combiné de la mortalité, de la réadmission ou d'autres événements cardiovasculaires (accident vasculaire cérébral, syndrome coronarien aigu et revascularisation coronarienne) ainsi que l'évolution de l'état fonctionnel ainsi que la qualité de vie pendant les recherches et après 1 an de suivi. - Comparer les dépenses de santé pour chaque type de soins pendant l'étude et après 1 an.

	<p>Il n'y a pas d'hypothèses mais des objectifs d'étude. Ceux-ci correspondent tout à fait au but souhaité par les auteurs. Les objectifs traitent de l'expérience des patients ainsi que les résultats finaux après leur décompensation.</p> <p>Les questionnements des auteurs se basent sur des données statistiques de la population et sur les coûts que génèrent cette pathologie (cadre conceptuel)</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Cette étude randomisée a été réalisée dans l'hôpital universitaire de Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, en Espagne.</p> <p>La sélection des patients pour cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - âgés de 65 ans - ayant un diagnostic confirmé d'IC au moins 12 mois avant l'étude - se trouvant dans la classe fonctionnelle New York Heart Association (NYHA) II ou III avant l'exacerbation aiguë actuelle - Tous les patients ont fréquenté les urgences en raison d'une détérioration des symptômes de la HF et ont été diagnostiqués avec une insuffisance cardiaque chronique décompensée <p>Tous les critères d'inclusion et d'exclusion sont donnés sous forme d'un tableau récapitulatif. De plus, un comité de suivi a approuvé l'inclusion des patients dans l'étude et validé tous les éléments cliniques.</p> <p>Lorsqu'un patient venait aux urgences et correspondait aux critères d'inclusion, le médecin recruteur pour cette étude était appelé et celui-ci fournissait toutes les informations nécessaires au patient. Une fois que le patient avait signé le formulaire de consentement éclairé, celui-ci été assigné au hasard (1: 1) à l'un des groupes d'intervention.</p>

	<p>La taille de l'échantillon a été déterminée selon le nombre de patients correspondant aux critères arrivant aux urgences pour une décompensation et dans le temps imparti de l'étude.</p> <p>Cette méthode a permis d'atteindre les objectifs visés.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique et de recherche clinique de l'hôpital et un consentement écrit a été fait à chaque patient.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Devis de recherche quantitative</p> <p>Ce devis permet d'atteindre le but de la recherche car c'est par les chiffres qu'ils vont analyser les résultats.</p> <p>Le devis permet d'examiner les objectifs émis par les auteurs.</p> <p>De plus, la méthode de recherche respecte les critères scientifiques.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les patients attribués au groupe HaH (<i>Hospital at home</i>) ont reçu une fiche d'information avec les numéros de téléphone de contact. Dans les 12-24 heures après le passage aux urgences, les patients ont reçu des visites à domicile (médecin si urgent sinon infirmière spécialisée). En cas de détérioration en dehors des heures de travail de l'unité (en dehors de 8h à 21h tous les jours de l'année), les patients et la famille ont reçu l'ordre d'appeler le 112 (en expliquant qu'ils étaient des patients faisant partie de cette recherche).</p> <p>En dehors de l'évaluation clinique et infirmière, des échantillons ont été prélevés pour des tests de laboratoire et des ECG ont été effectués à domicile si nécessaire.</p> <p>La performance des radiographies et de l'échocardiographie à l'hôpital était tout aussi accessible aux patients faisant partie du groupe HaH que chez les patients hospitalisés.</p>

Les patients étaient suivis par leur médecin généraliste, qui n'était pas au courant de l'étude. Un médecin ou une infirmière de l'équipe d'étude a contacté chaque patient aux mois 1, 3, 6 et 12 pour enregistrer des événements tels qu'un décès, des nouvelles admissions aux urgences, des rendez-vous chez le cardiologue ou chez le médecin traitant.

Les variables de référence et les données cliniques provenant des 1^{ères} décompensations recueillies à l'admission du patient aux urgences ont été enregistrés, ainsi que des antécédents cardiovasculaires, en particulier le nombre d'hospitalisations au cours de l'année précédente.

Des échantillons de sang pour l'évaluation des niveaux de NT-proBNP (peptide natriurétique pro-céramique N-terminal) ont été établis chez tous les patients arrivant aux urgences. La comorbidité a été estimée à l'aide de l'index de Charlson.

L'état fonctionnel et la qualité de vie liée à la santé avant la décompensation ont été estimés à l'aide de l'indice Barthel et du questionnaire SF-36 respectivement.

La fraction d'éjection ventriculaire gauche a été mesurée par échocardiographie. Une insuffisance cardiaque a été considérée lorsque la fraction d'éjection était de 45%.

Les variables suivantes ont été considérées:

- la nécessité de transférer le patient de HaH à IHC pendant la première admission
- la mortalité due à une cause quelconque
- une admission pour une décompensation cardiaque ou un autre événement cardiovasculaire (accident vasculaire cérébral, syndrome coronarien aigu et revascularisation coronarienne) pendant la première année de suivi.

	<ul style="list-style-type: none"> - Les variations de l'état fonctionnel (indice Barthel) et la qualité de vie liée à la santé (SF-36), depuis la première admission jusqu'à 12 mois plus tard <p>Les coûts suivants ont été pris en compte : coût du séjour, médicaments, tests diagnostiques (électrocardiographie, tests de laboratoire et radiographie thoracique), consommation (alimentation, boissons) et transport, les visites à la clinique de soins de longue durée, les consultations chez le médecin traitant ou aux urgences, ainsi que les réinsertions.</p> <p>L'estimation des coûts était faite par Basque Health Service-Osakidetza pour les séjours, les visites et les tests de diagnostic hospitaliers.</p> <p>Les dépenses pour les produits pharmaceutiques et les consommations ont été calculées à l'aide des prix de référence de la pharmacie de l'hôpital et du service des achats de l'hôpital.</p> <p>Il n'y a pas d'instruments créés spécifiquement pour cette étude.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente quant aux outils utilisés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Toutes les informations pertinentes ont été récoltées afin de minimiser les biais et ceci par des professionnels compétents.</p> <p>Le processus de collecte des données et les variables prises en compte ont été clairement décrites (voir mode de collecte de données).</p>
Analyse des données	<p>Les comparaisons entre les 2 groupes ont été effectuées en utilisant le χ^2 test (variables catégoriques) et Student's t-test (variables continues) ou le test non paramétrique de Mann-Whitney. La variation de la qualité de vie et le statut fonctionnel pendant la période de suivi a été comparée à l'analyse de la covariance, afin</p>

		<p>de prendre en compte les déterminations basales.</p> <p>Un niveau de signification de $\alpha = 0.05$ a été choisi pour l'analyse et l'outil statistique SPSS pour Windows version 15.0 a été utilisé.</p>
RESULTATS		
Présentation des résultats	des	<p>Les auteurs expliquent le nombre total de participants ainsi que ceux ayant quittés l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80 patients ont été inclus dans l'étude - 9 patients (sept au groupe IHC et deux à celui des HaH) ont été retirés de l'étude en expliquant pourquoi - 71 patients ont terminé l'étude, 34 ont été admis en cardiologie et 37 à HaH <p>Les résultats sont donnés sous forme d'un texte narratif avec données statistiques ainsi que par des tableaux récapitulatifs.</p> <p>Les thèmes sont logiquement associés afin de bien représenter les résultats.</p> <p>Il n'y a rien précisé quant à une évaluation des données par des experts.</p>
DISCUSSION		
Interprétations des résultats	des	<p>L'étude démontre que, pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique décompensée, le modèle de soins de santé HaH, avec des médecins et des infirmières effectuant des visites au domicile du patient, obtient des résultats similaires qu'au groupe étant à l'unité hospitalière (en ce qui concerne les événements cliniques et la qualité de vie durant une année). Cependant, il y a une nette différence concernant les coûts globaux.</p> <p>Un modèle de soins de santé plus récente et en quelque sorte plus innovant consiste à éviter les</p>

hospitalisations en transférant les soins hospitaliers au domicile du patient.

Ce modèle consiste en une unité hospitalière avec des médecins et des infirmières qui se rendent au domicile du patient pour fournir les soins nécessaires, y compris les médicaments par voie intraveineuse, les tests de laboratoire, etc.

Les premiers résultats de ce type de soins sont encourageants.

Les auteurs expliquent qu'ils n'ont pas trouvé de nombreuses études parlant du modèle HaH avec des patients atteints d'insuffisance cardiaque.

Ils parlent de deux recherches (Leff & al. et Patel & al.). La 1^{ère} étude que les auteurs mettent en évidence parlait de l'IC mais seulement dans un sous-groupe.

2^{ème} recherche identifiée → modèle de Patel & al. : une réduction considérable du coût des soins a aussi été mise en évidence par ces auteurs.

Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche et pour répondre aux objectifs posés.

Les limites

Les coûts totaux d'une maladie découlent de la somme des coûts directs, indirects et intangibles. La perte de revenus et les frais de déplacement pour les proches, ainsi que les coûts non quantifiables découlant de la détérioration physique et émotionnelle et des soins dispensés par les proches et la communauté, n'ont pas été estimés dans la présente étude.

Le nombre de patients dans cette étude était faible, mais le nombre de patients était conforme à la taille d'échantillon estimée avant le début de l'étude. D'autre part, les résultats ne s'appliquent pas à tous les patients souffrant d'insuffisance cardiaque, mais seulement à ceux qui remplissent les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiés pour l'étude.

	Ces résultats devraient être confirmés par d'autres essais plus importants.
Conséquences et recommandations	Le modèle de soins HaH évite l'admission hospitalière chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique décompensée mais il n'y a pas de différences significatives dans les résultats cliniques et fonctionnels durant la 1 ^{ère} année de suivi concernant la qualité de vie. Cependant, il y a une réduction des coûts directs de plus de 40%.

**Efficacy Of A Home-Based Educational Strategy Involving
Community Health Volunteers In Improving Self-Care In Patients
With Chronic Heart Failure In Western Iran: A Randomized
Controlled Trial**

Titre	Les concepts clés sont les stratégies éducatives à domicile, l'auto soin, l'insuffisance cardiaque et les bénévoles de santé communautaire
Résumé	Le résumé contient le public cible, l'objectif de cette recherche, la méthode utilisée et la discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Les auteurs mettent en avant la problématique de l'insuffisance cardiaque. Ils prennent en référence une étude Européenne récente qui indique la prévalence ainsi que l'augmentation de cette dernière de la population âgée souffrant d'insuffisance cardiaque. Ils mettent en avant que 70% des patients diagnostiqués décèdent dans les 5 ans suivant la pose du diagnostic. De plus, il y a une augmentation du taux d'hospitalisation dû à une décompensation cardiaque de patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

	<p>Les auteurs soulignent que l'auto-soin est un rôle clef dans l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrants d'insuffisance cardiaque.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs précisent très peu la recension des écrits. Ils mettent en évidence une étude Européenne sans préciser l'année de sa réalisation, ni ses auteurs, références.</p> <p>Aucune statistique, prévalence, provenant d'autres pays n'est mis en évidence.</p> <p>La base de cette étude met en avant la recension d'une seule recherche dont ces contenus sont très peu développés dans l'introduction.</p> <p>Ce manque de recension ne permet de pas d'établir une synthèse de l'état de la problématique</p>
Cadre de recherche	<p>Les auteurs indiquent l'importance de l'auto-soin dans l'amélioration de la qualité de vie. Ils précisent que l'auto-soin dans la gestion de l'insuffisance cardiaque se définit par un style de vie sain et une adhérence aux soins médicaux et diététiques, qu'il est essentiel d'être acteur de son auto-soin ce qui inclut une bonne connaissance de sa pathologie, ses symptômes et ses signes de complications.</p> <p>Des bénévoles en santé communautaire ont été mobilisés afin de participer activement à l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche est d'évaluer l'efficacité des stratégies éducatives à domicile en utilisant l'auto-soin pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque en comparaison avec un groupe recevant une éducation formelle par des professionnels de la santé et un autre groupe recevant les soins habituels délivrés à l'hôpital.</p> <p>Les auteurs ont placé quatre objectifs pour cette recherche et les deux hypothèses ont été relevés</p>

	<p>mais inscrites dans la discussion. Les hypothèses découlent plus précisément de la comparaison de l'efficacité des interventions éducatives.</p> <p>Le but de cette recherche découle du cadre de recherche qui est axée sur l'efficacité de l'auto-soin.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est des patients souffrant d'insuffisance cardiaque hospitalisée à l'Hôpital Imam Ali (centre pour maladies cardiovasculaires dans l'Ouest de l'Iran) enregistrés entre 2010 et 2012 (n=231)</p> <p>Les auteurs ont mis en place des critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'être en contact avec les patients durant 4 mois • Majorité • Pas de maladies mentales ni déficit cognitif • Pas d'handicap physique • Insuffisance cardiaque de stade III ou IV (selon le NY Heart Association Functional) <p>Une infirmière expérimentée et ayant accès aux données des patients a été chargée d'identifier les patients remplissant les critères d'inclusion avec leur consentement.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs ont demandé l'autorisation à la direction de l'hôpital Imam Ali afin de pouvoir entrer en contact avec les personnes hospitalisées.</p> <p>Le protocole de l'étude, la déclaration d'information au participant et la forme de consentement participante a été approuvé par un comité éthique de recherche humaine en Iran et en Australie.</p> <p>Le consentement de chaque patient a été obtenu sous forme écrite</p>

Devis de recherche	<p>C'est une recherche qualitative ceci afin de permettre d'identifier quelle méthode d'intervention est la plus efficace pour que les patients puissent utiliser l'auto-soin.</p> <p>Le temps de la recherche se fait sur deux mois de contacts avec les patients. En effet, il y a une première intervention qui est l'éducation au patient, puis une pause de deux mois où les patients ont la possibilité de mettre en pratique ce qu'ils ont acquis durant les interventions et après ces deux mois ils sont interviewés pour un retour sur les interventions et leurs efficacités.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les auteurs ont divisé les patients en trois groupes d'interventions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 (n=76) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^{ère} intervention : Éducation par des bénévoles de santé communautaire dans un entretien face-à-face à domicile. ○ 2^e intervention (n=64) : interview d'évaluation. Certaines personnes (n=14) n'ont pas été interviewés pour ces raisons ; refus (n=8), interview non-validée (n=5), décès (n=1) • Groupe 2 (n=78) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^{ère} intervention : éducation reçue au sein de l'Imam Ali Hospital par un médecin généraliste et une infirmière spécialisée dans une salle de conférence avec support Powerpoint ○ 2^e intervention (n=67) : interview d'évaluation. Certaines personnes (n=11) n'ont pas été interviewés pour ces raisons ; refus (n=7), interview non-validée (n=3) et décès (n=1). • Groupe 3 (n=77) : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^{ère} intervention : pas d'intervention préparée, les patients reçoivent les soins habituels lors de leur hospitalisation

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2^e intervention (n=55) : interview d'évaluation. Certains personnes (n=22) n'ont pas été interviewés pour ces raisons ; refus (n=11), non-validé (n=4) <p>Pour le groupe 1, les bénévoles donnant l'éducation à domicile ont été formé par un médecin généraliste par le biais de 3 ateliers au sein de l'Imam Ali Hospital. Ils devaient déjà avoir une expérience dans la participation de programmes de santé, avoir des connaissances pour les conversations dites « techniques ».</p> <p>Le contenu de l'éducation et son matériel ont été obtenu à partir d'ouvrages sous la supervision d'un cardiologue.</p> <p>Pour le groupe 2, le médecin généraliste et l'infirmière (qui ont tous deux travaillé dans les services de maladies et réhabilitation cardiaque) ont dû développer un programme d'éducation en mobilisant leurs connaissances.</p> <p>Les deux différentes interventions (groupes 1 et 2) se sont déroulées en parallèle sur une même limite de temps.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le questionnaire de collecte de données (âge, sexe, comorbidités, tabac, depuis quand a été diagnostiqué l'insuffisance cardiaque, nombre d'hospitalisations dû à l'insuffisance cardiaque, etc.) pré-interventions fait à domicile a été fait par une infirmière.</p> <p>Une fois les interventions réalisées, les éléments d'auto-soin qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'entretien de l'auto-soin • Le management de son auto-soin • La confiance en l'auto-soin <p>ont été mis sous forme de score de 0 à 100 entre les 3 groupes part <i>The Self-Care Chronic Heart Failure index V 6.2 (pSCHFI)</i>.</p>

Analyse des données	<p>Les auteurs ont estimé un taux d'erreur de moins de 5% pour chaque groupe avec un taux de 90% d'éléments correctes.</p> <p>Les sujets ont été randomisés en utilisant le programme Windows Excel. La liste des sujets a été fourni à des biostatisticiens non-inclus dans la recherche qui ont ordonné les résultats. Une fois cela fait, la liste a été remise au directeur de recherche qui a ensuite fourni la liste à l'infirmière et le médecin généraliste. Ces derniers ont repris contact avec les patients afin de pouvoir les interviewer.</p> <p>Les auteurs ont utilisé 3 outils pour les variables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANOVA (analyse des variances) a été utilisé pour le suivi des variables normalement distribuées (ex : entretien de l'auto-soin en fonction du genre) • Tests non-paramétriques (ex : <i>the Wilcoxon rank test</i> et <i>The Median test</i>) ont été utilisés pour les variables distribuées de manière anormales (ex : durée de la maladie) • Analyse de régression linéaire (SAS9.3 et 21 SPSS) ont été mobilisés pour les variables explicatives potentielles (âge, sexe, tabagisme, taux d'admission hospitalière, etc.)
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de 3 tableaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau avec une distribution des caractéristiques des patients souffrant d'insuffisance cardiaque classés en fonction des 3 groupes (ex : genre, diabète, tabagisme, HTA, nombre d'admissions, etc.) • Tableau avec les scores avant et après les interventions et les changements entre et dans les 3 groupes étudiés en fonction des 3 éléments de l'auto-soin (confiance en

	<p>l'auto-soin, management de son auto-soin et maintien de l'auto-soin)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tableau avec comparaison des différences moyennes entre les 3 groupes d'interventions <p>La 2^e intervention a été effectuée avec un taux de participation de 80% de l'échantillon (n=184) dont 81,6% (n=62) du Groupe 1, 85,9% (n=67) du Groupe 2 et 71,4% (n=55) du Groupe 3.</p> <p>Les auteurs expliquent sous forme de texte les différences significatives entre les 3 groupes d'interventions en fonction des 3 éléments d'auto-soin. Globalement, les scores des éléments de l'auto-soin ont augmentés dans les 3 Groupes. Pour la confiance en l'auto-soin, le Groupe 2 a le score le plus élevé contrairement au groupe 3 dont le score a peu évolué.</p> <p>Les données n'ont pas été évaluées par d'autres experts que les auteurs.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les auteurs mettent en avant les hypothèses du début de l'étude qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les bénévoles de santé communautaires sont efficaces dans une éducation à domicile dans un entretien face-à-face • L'éducation formelle par des professionnels (infirmière spécialisée et médecin généraliste) est plus efficace qu'administrer des soins ordinaires en Iran <p>Les résultats ont donc permis de répondre aux deux hypothèses que les auteurs ont relevés grâce aux 3 Groupes d'interventions mis en place dans un but comparatif et d'évaluation de la qualité de chacun des groupes.</p>

	<p>Les auteurs ont difficilement trouvé des études comparatives à la leur car les interventions étaient fortement différentes. Cependant, ils ont ressorti deux études Taiïwanaises.</p> <p>La première (n=82) était basée sur l'évaluation des composantes de l'auto-soin et l'amélioration de la qualité de vie. Les résultats ont montré une augmentation de ces deux points. Or, dans les éléments de l'auto-soin, la confiance en l'auto-soin est ressortie comme un point qui a peu augmenté après leur intervention.</p> <p>La deuxième étude (n=11) se penchait sur un entraînement pour les patients par le biais de visites à domicile et utilisation de la technologie. Deux mois après leur intervention, il y a une augmentation de la compréhension de la médication et une amélioration des comportements sécuritaires.</p> <p>Les auteurs mettent en avant des limitations ayant probablement joué un rôle dans les résultats de l'étude.</p> <p>La principale restriction était un manque de contrôle sur les patients ayant pu recevoir des conseils médicaux d'autres sources pouvant affecter les résultats. De plus, l'entretien de base dans la collecte des données avec l'infirmière peut avoir affecté les connaissances des participants.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Chaque intervention s'est déroulée une fois pour chaque patient, ce qui n'était pas suffisant pour avoir des résultats beaucoup plus haut de ce qui était attendu. Pour les auteurs, les mesures des résultats étaient basées sur les données du rapport à soi, chose qui ne peut être validé. Les auteurs recommandent une possibilité d'observer directement ou valider autrement les comportements liés à l'insuffisance cardiaque pour les études futures.</p>

	<p>Les auteurs recommandent pour la pratique la mobilisation de bénévoles en santé communautaire pour une éducation thérapeutique à domicile. Pour les auteurs, ce programme d'éducation par des bénévoles est bénéfique pour les patients au vu des coûts du système de santé et cela permet de fournir au patients une éducation dans leur environnement ainsi qu'un soutien social et émotionnel. L'entretien face-à-face en utilisant l'instruction simple permet aux personnes illettrées de pouvoir bénéficier de cette éducation.</p> <p>En vue des restrictions de cette étude, la mobilisation de bénévoles de santé communautaire devrait être évaluée en utilisant une plus longue intervention et un suivi plus long</p>
--	--

Home Care Nurses' Knowledge Of Evidence-Based Education Topics For Management Of Heart Failure

Titre	Les concepts mis en avant dans le titre sont les connaissances des infirmières des soins à domicile et la gestion de l'insuffisance cardiaque
Résumé	Le résumé comprend l'objectif de la recherche, la méthode utilisée, les résultats, puis la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs informent au sujet de la prévalence actuelle de l'insuffisance cardiaque aux Etats-Unis ainsi que ses taux estimés d'ici 25 ans dus au vieillissement de la population et baisse de la mortalité.</p> <p>Ils indiquent que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque bénéficiant des services des soins à domicile ont 15% de risque d'être à nouveau hospitalisé dans les 60 premiers jours d'interventions d'un service de soins à domicile et 25 et 50% de risques durant les 3 à 6 mois.</p>

	<p>De plus, ils mettent en avant que certains organismes défient les services de soins à domicile dans l'amélioration des résultats dans la gestion de l'insuffisance cardiaque afin de réduire le nombre d'hospitalisations.</p> <p>Cette étude désire évaluer les connaissances des infirmières des soins à domicile dans l'éducation de l'insuffisance cardiaque, son processus de maladie, sa gestion et l'autogestion du patient en rapport à sa maladie.</p> <p>L'objet de l'étude est pertinent dans le contexte de connaissances actuelles car il a été démontré par plusieurs études que l'autogestion de l'insuffisance cardiaque menait à une baisse des taux d'hospitalisations. Or, peu d'études rigoureuses ont été faites pour examiner l'efficacité de l'éducation au patient par les soins à domicile.</p> <p>Pour les auteurs, les infirmières travaillant dans les soins à domicile sont un rôle clé dans l'éducation au patient et à la famille. Cependant, cela représente un réel défi car dans ce contexte, c'est un contexte où les professionnels manquent d'informations au sujet de leurs patients. De plus, il y a peu d'opportunités dans les formations continues concernant la gestion de l'insuffisance cardiaque.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs se sont référencés à des études ainsi qu'à différents organismes, organisations et programmes. Ils ont mis en avant trois études randomisées sur la gestion de l'insuffisance cardiaque dont les approches sont différentes.</p> <p>Cette recension a permis aux auteurs d'affirmer que peu d'études ont examiné les connaissances des infirmières au sujet de l'éducation à la gestion de l'insuffisance cardiaque.</p>

Cadre de recherche	C'est une recherche qualitative. En effet, ils veulent évaluer les connaissances éducationnelles des infirmières des soins à domicile au sujet de la gestion de l'insuffisance cardiaque.
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances des infirmières travaillant dans un service de soins à domicile au sujet de l'éducation thérapeutique dans la gestion de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>De plus, les auteurs ont clairement énoncé leurs trois questions de recherche ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel est le niveau de connaissances des infirmières travaillant dans un service de soins à domicile en éducation pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ? • Existe-t-il une différence entre le niveau de connaissances des infirmières concernant la gestion de l'insuffisance cardiaque et le niveau d'éducation ou les années de pratique ? • Quels sont les besoins de connaissances reportés par les infirmières travaillant dans un service de soins à domicile concernant soins auprès des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ? <p>Les auteurs n'émettent aucune hypothèse sur les possibles résultats de leur recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les recrutements se sont faits au sein de quatre services de soins à domicile dans le Connecticut. Deux se trouvent dans le milieu rural et les deux autres dans le milieu urbain.</p> <p>105 infirmières ont été recrutées dans les services urbains et 58 dans le milieu rural.</p> <p>Ce sont des infirmières diplômées d'Etats (RNs) ainsi que des infirmières praticiennes sous licence (LPNs).</p>

	<p>Les auteurs ont mis sous forme de tableau les caractéristiques des participants (âge, sexe, années de pratique, ethnique, etc.)</p> <p>Cependant, les auteurs ne précisent pas si toutes les infirmières ont participé à l'enquête et le nombre de participantes en vue des résultats.</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs ont obtenu des lettres de permissions afin de pouvoir effectuer un recueil de données des services de soins à domicile puis ont fourni un bilan d'informations auprès des services spécifiant l'anonymat de l'enquête et le choix libre de participation.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche est pertinent quant à l'objectif de recherche.</p> <p>L'outil de recherche est des questionnaires dont leur rendu dans les 2 semaines après qu'ils aient été mis à disposition pour les infirmières.</p> <p>La création des questionnaires s'est basée sur l'enquête d'Albert et al. (Albert N., Collier S., Sumodi V., et al. Nurses' knowledge of heart failure education principles. Heart Lung 2002;31:102-12)</p>
Modes de collectes de données	<p>L'enquête contient 20 items évaluant les connaissances dans 5 thèmes d'éducation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signes et symptômes sur la décompensation (6 questions) • Liquides ou poids (7 questions) • Diététique (3 questions) • Médication (2 questions) • Exercice physique (2 questions) <p>En plus de cela, 25 questions individuelles ont été ajoutés à chaque thème afin d'évaluer de manière plus approfondie les connaissances des infirmières.</p> <p>Le contenu du questionnaire a été évalué par Albert et al. et 6 experts. La fiabilité du questionnaire a été évaluée par 4 infirmières expertes en insuffisance cardiaque.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les auteurs ont d'abord rencontré les directeurs des différents services des soins à domicile afin que ceux-ci intègrent les questionnaires de</p>

	<p>recherche lors de réunions d'équipes afin que chacun de ses membres soient informés.</p> <p>Aucun professionnel ayant mis en place l'enquête n'intervient sur le terrain, l'enquête s'est faite par écrit sur papier.</p>
Analyse des données	<p>Les données ont été analysées par le logiciel « The Statistical Package for the Social Sciences », version 14 (SPSS, Inc, Chicago, IL). La description était de déterminer la fréquence de réponses correcte et les mettre sous forme de tableau le scores.</p> <p>Les données divergentes ainsi que les questions ouvertes ont été analysées à l'aide de différents logiciels (ANOVAs, analyse de Krippendorf).</p> <p>Les commentaires ont été codés de manière exclusive et exhaustive.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les auteurs ont eu un taux de 57,6% de participations des infirmières travaillant dans un service de soins à domicile, soit 94 infirmières sur 163 ont répondues au questionnaire. (n=94)</p> <p>Les auteurs ont rédigé un texte narratif où ils explicitent certains résultats ; le taux de réponses correctes aux questions d'enquête individuelles s'élevait de 24,5% à 100%.</p> <p>3 questions avaient un taux de réponses correctes de moins de 40% et 3 autres questions de plus de 75%.</p> <p>Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en avant concernant le niveau d'étude des infirmières (Bachelor, Master, etc.).</p> <p>Les auteurs ont mis en avant les thèmes dont les infirmières ont le plus demandés des informations.</p> <p>A côté de cela, un tableau avec des questions individuelles où les scores sont soit >90%, >40%, >75% et <40%. Ainsi qu'un graphique</p>

	où les scores sont indiqués en fonction des années d'expériences d'infirmières.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les auteurs ont comparé les résultats avec la recherche d'Albert et al. et Willette et al. (Willette EW., Surrells, D., Davis, LL., Bush, CT. Nurses'knowledge of heart failure self-management. Prog Cardiovasc Nurs 2007 ;22 :190-5.</p> <p>Les conclusions de cette étude ainsi que les précédentes soulignent un manque de compréhension de la physiopathologie, pharmacologie et les buts du traitement de l'insuffisance cardiaque. Cela peut contribuer à des soins de faible qualité ainsi qu'une éducation thérapeutique basée sur la gestion de la maladie insuffisante pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Les auteurs ont nommé les limitations de l'étude qui sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petit échantillon • Prédominance blanche réduisant la généralisation aux populations ethniques • Pas de contrôle lorsque les infirmières ont rempli le questionnaire. De ce fait, elles peuvent avoir collaboré ensemble pour y répondre. • Les directeurs des services ont fait une description verbale de l'étude, il n'y avait pas d'explicatifs écrits. Des variations peuvent être présentes entre les différents services dans la manière où l'étude a été amenée aux différentes équipes infirmières.
Conséquences et recommandations	Les auteurs démontrent qu'il y a un fort besoin d'enseignement aux infirmières travaillant aux soins à domicile à propos de la gestion de l'insuffisance cardiaque.

	D'après eux, ces programmes éducatifs sont des éléments importants dans l'amélioration des connaissances pour infirmières des soins à domicile.
--	---

Heart Failure Patients' Descriptions Of Participation In Structured Home Care

Titre	Le titre ressort certains les concepts suivants ; participation des patients, insuffisance cardiaque et les soins à domicile.
Résumé	Le résumé contient le contexte, l'objectif de l'étude, le devis de recherche, échantillon les résultats puis la conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'importance de la participation est organisée dans les politiques de santé depuis plusieurs années dans de nombreux pays occidentaux afin de renforcer le positionnement du patient dans le système de santé.</p> <p>La participation du patient relevée dans les textes juridiques découle à la réception d'informations et dans la prise de décisions.</p> <p>Pour les auteurs, cela comprend plus d'aspects ; tels que comprendre sa maladie, être confiant dans en ses propres capacités et avoir un sentiment de contrôle.</p> <p>Il est de plus nécessaire d'avoir un échange d'informations et de connaissances entre les patients et les professionnels de la santé.</p> <p>Les auteurs mettent en avant que plusieurs études ont démontré que la participation des patients dans leur prise en charge est complexe. En effet, il peut y à avoir des divergences dans la manière dont les professionnels de la santé conçoivent la participation des patients.</p>

	<p>D'autres études ont démontré que lorsque les patients atteints d'insuffisance cardiaque sont plus impliqués dans leur prise en charge avec les services de soins à domicile réduisent le nombre d'admissions à l'hôpital, réduisant ainsi les coûts.</p> <p>Toujours selon les auteurs, les soins à domicile peuvent améliorer la capacité du patient à gérer sa maladie.</p> <p>Une méta-évaluation a identifié des lacunes quant à la description des populations, les interventions et dans les comparaisons des études d'intervention pour les programmes de gestion de l'insuffisance cardiaque. Cela rend donc difficile la capacité de juger l'efficacité de ces interventions.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs incluent dans l'introduction les résultats ressortis d'études antérieures à ce sujet.</p> <p>Ils renvoient le lecteur aux références sous forme de chiffres.</p>
Cadre de recherche	C'est une étude qualitative.
Buts et question de recherche	<p>L'objectif de cette étude est d'examiner comment les patients atteints d'insuffisance cardiaque recevant les soins à domicile décrivent leur participation aux soins.</p> <p>Les auteurs n'émettent pas d'hypothèses quant aux résultats de cette recherche.</p> <p>Cela correspond à la problématique qu'ils mettent en avant.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les patients ont été recrutés chez un groupe de patients souffrant d'insuffisance cardiaque (n=19) en Suède bénéficiant des soins à domicile de quatre unités différentes pratiquant « The Heart Failure At Home ». Grâce à cela, les patients ont reçu des soins impliquant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une équipe multidisciplinaire (infirmières, médecins, spécialistes)

	<ul style="list-style-type: none"> • Un plan de soins • Des traitements optimisés • Des stratégies éducatives pour les patient/famille/soignants • Une augmentation de l'accessibilité aux soins <p>Ce modèle vise à faciliter l'intégration du patient dans les soins et se concentre sur des valeurs telles que la sécurité, la participation et la connaissance de la maladie et des traitements. Les patients peuvent contacter les services de soins à domicile à toute heure.</p> <p>L'échantillon a été diagnostiqué insuffisant cardiaque (classe III-IV de la NYHA) selon la définition de la Société Européenne de Cardiologie. Chaque patient a plus de 18 ans, parle et comprend le suédois. L'intervention des soins à domicile varie entre deux fois par jour à une fois par mois.</p> <p>L'âge varie entre 63 et 90 ans. Il y a 6 femmes et 13 hommes.</p> <p>Un tableau détail chaque patient (âge, sexe, NYHA, comorbidités, vit seul ou non, niveau d'éducation, fréquence du passage des soins à domicile).</p> <p>Le consentement de chaque participant a été fourni par écrit.</p> <p>Les auteurs ne précisent pas de quelle manière ils ont recruté les patients. Selon les auteurs, cette taille d'échantillon permet une variation suffisante pour représenter un groupe de patient souffrant d'insuffisance cardiaque recevant des soins à domicile.</p>
Considérations éthiques	L'approbation éthique a été donnée par le Comité Régional d'Evaluation Ethique en Linköping (Dnr M210-09) .
Devis de recherche	Le devis de recherche est qualitatif.

	<p>Les entrevues ont été menées à l'aide d'une analyse qualitative du contenu. Le développement des catégories a été effectué de manière inductive.</p> <p>Cela permet aux auteurs de pouvoir atteindre l'objectif de leur recherche qui se base sur l'examen de la participation des patients.</p>
Modes de collectes de données	<p>Toutes les entrevues ont été effectuées par un des auteurs au domicile des patients.</p> <p>Initialement, chaque patient a répondu à cette question d'introduction : « Qu'est-ce que cela signifie pour vous de recevoir les soins à domicile en raison de votre insuffisance cardiaque ? ». Les questions suivantes ont été basées sur leur participation puis d'autres aspects.</p> <p>Les interviews ont duré entre 16 et 64 minutes. Dans quatre situations, l'entrevue s'est terminée prématurément en raison de l'état de santé du participant.</p>
Conduite de la recherche	<p>La collecte de données s'est faite sous forme d'interview enregistrées numériquement (Olympus DS 2300, enregistreur de voix numérique, Olympus Imaging Inc, Center Valley, Pennsylvanie, Etats-Unis) et transcrit textuellement.</p>
Analyse des données	<p>Les trois auteurs ont lu séparément deux des entrevues transcrites et ont souligné les parties du texte traitant la participation.</p> <p>Ensuite, ils se sont réunis et ont discuté de leurs impressions sur les interviews afin d'établir une base mutuelle pour l'analyse.</p> <p>Deux des auteurs ont travaillé en parallèle sur l'analyse de 6 entretiens et l'auteur ayant fait les interviews a analysé les 13 autres entrevues.</p>

	<p>L'analyse a été réalisée en plusieurs étapes selon le modèle de Graneheim et Lundman (cf. références 31).</p> <p>Les entretiens ont été lus plusieurs fois afin d'obtenir une compréhension globale. Certains éléments significatifs ont été identifiés, rassemblés et étiquetés avec des codes. Ensuite, les codes ont été classés en catégories et sous-catégories.</p> <p>Enfin, la classification finale a été examinée par les auteurs et une révision finale a été entreprise.</p> <p>Les auteurs n'ont pas fait part d'éléments pouvant influencer les résultats.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les 5 catégories et sous-catégories ressorties décrivant la participation sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication entre les patients et les professionnels de la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Temps et espace de dialogue pendant les visites à domicile ○ Echange d'informations liées aux soins pendant les visites à domicile • Accessibilité aux soins <ul style="list-style-type: none"> ○ Sensibilité au plan de visites à domicile ○ Possibilité d'initier des visites • Implication active dans les soins <ul style="list-style-type: none"> ○ Faire des soins personnels ○ Soins collaboratifs avec les professionnels de la santé • Relation de confiance avec les professionnels de la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Confiance en la compétence des professionnels de la santé ○ Soins adaptés individuellement • Options pour la prise de décision <ul style="list-style-type: none"> ○ Prendre des décisions ○ Confier les décisions au service de soins à domicile

	L'auteur a réalisé un texte narratif pour chaque catégorie et sous-catégories. De plus, pour chaque sous-catégorie, ils ont ajouté un extrait d'interview.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Durant l'étude, les patients ont décrit comment ils ont mené leurs soins personnels. Cependant, les auteurs expriment que la performance de l'auto-soin peut avoir été influencée par d'autres expériences ou par l'intervention des soins à domicile.</p> <p>Les auteurs ont explicité par la suite les résultats des 5 catégories. Ils ont comparé leurs résultats avec d'autres provenant d'études antérieures.</p> <p>Les auteurs de l'étude indiquent que certains facteurs de l'échantillon n'ayant pas été pris en compte comparé à d'autres études (état civil, facteurs démographiques, etc.) pouvaient jouer un rôle dans la participation.</p> <p>La qualité des entretiens variait énormément. En effet, cela dépendait de chaque patient ; soit le discours était riche et détaillés ou alors plus court, succinct.</p>
Conséquences et recommandations	Les recommandations des auteurs sont : respecter l'individu et répondre aux exigences de la législation existante. Les soins devraient être conçus pour répondre à la demande de participation du patient.

Effects Of A Home-Based Activation Intervention On Self-Management Adherence And Readmission In Rural Heart Failure Patients: The PATCH Randomized Controlled Trial

Titre	Le titre met en avant les concepts clés qui sont les effets des interventions des soins à domicile, l'autogestion de l'insuffisance cardiaque.
Résumé	<p>Le résumé synthétise l'étude en y intégrant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte : problématique actuelle, but de l'étude • Méthode : test de contrôle randomisé en deux groupes • Résultats : pour les deux groupes • Conclusion
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs commencent l'introduction de l'étude en mettant en avant la problématique étudiée. Selon les auteurs, les patients souffrant d'insuffisance cardiaque hospitalisée dans les milieux ruraux ont un taux de réadmission beaucoup plus élevés que ceux vivant dans le milieu rural. Ne pas adhérer à l'autogestion augmenterait de 50% les réadmissions hospitalières pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Cette adhésion implique un engagement dans des comportements d'autogestion recommandés tels que la surveillance quotidienne du poids, régime pauvre en sodium, compliance aux traitements, activité physique régulière et suivi des rendez-vous.</p> <p>A ce jour, la plupart des stratégies visant à promouvoir l'adhésion à l'autogestion n'ont été développées et testées que dans les zones urbaines. De ce fait, il y a une moins bonne connaissance de l'efficacité de ces interventions dans les zones rurales où les ressources (spécialistes de l'insuffisance cardiaque, équipes multidisciplinaire dans la gestion de l'insuffisance cardiaque, manque de formation à l'autogestion spécifique à l'insuffisance cardiaque, etc.).</p>

	<p>Cette recherche permet donc de déterminer si l'introduction de l'autogestion pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque permettrait de réduire le taux d'hospitalisations.</p>
Recension des écrits	<p>Afin d'appuyer leur argumentation du phénomène étudié, les auteurs ont procédé à une recension des écrits. Les sources sont inscrites sous forme de numéros que l'on retrouve à la fin de l'article avec les références correspondantes.</p> <p>La recension des écrits se base sur le taux de réadmission en comparant le milieu rural et urbain, ce qu'implique l'autogestion de l'insuffisance cardiaque, les limitations à l'accès à l'autogestion dans les milieux ruraux, ...)</p>
Cadre de recherche	<p>Cette étude est un essai contrôlé randomisé afin de tester une intervention visant à améliorer l'adhérence de l'autogestion. C'est donc une étude qualitative.</p> <p>Pour cette intervention nommée PATCH (Patient AcTivated Care at Home), les auteurs ont développé un cadre conceptuel basé sur les composantes de l'autogestion de la maladie chronique de Lorig, la théorie de l'activation du patient de Hibbard et la conceptualisation de l'auto-efficacité de Bandura (cf références de l'article).</p> <p>Les auteurs décrivent le mécanisme d'intervention consistant à améliorer l'adhérence à l'autogestion des patients souffrant d'insuffisance cardiaque en les aidant à progresser à travers 4 niveaux d'activation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Commencer à prendre un rôle dans l'autogestion 2. Construction des connaissances, des compétences et de la confiance en l'autogestion 3. Procéder à des actions d'autogestion 4. Maintenir les comportements d'autogestion
Buts et question de recherche	<p>Les auteurs ont émis une hypothèse, un but et trois objectifs.</p>

	<p>Hypothèse : les patients ayant une insuffisance cardiaque et pratiquant depuis plus longtemps l'autogestion ont une meilleure adhérence à cette dernière.</p> <p>But : Examiner les effets d'une intervention PATCH sur l'amélioration de l'adhérence à l'auto-soin et les résultats de santé (réadmissions hospitalières) chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque après une sortie d'hôpital.</p> <p>Objectifs :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluer les effets immédiats (3 mois) et les effets prolongés (6 mois) de l'intervention PATCH sur l'adhérence à l'autogestion 2. Evaluer les effets de l'intervention PATCH sur les taux de ré-hospitalisations à 30 jours, 3 et 6 mois. 3. Evaluer le mécanisme de l'intervention PATCH, comparer les groupes d'intervention et de soins habituels sur les connaissances à propos de l'autogestion. <p>L'hypothèse ainsi que l'objectif sont en adéquation avec la recension des écrits entrepris par les auteurs qui en découle à un but cohérent. De plus, les objectifs s'appuient sur le cadre conceptuel et l'intervention mis en œuvre.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Le chercheur principal ainsi que les assistants de recherche ont identifié les sujets potentiels en fonction de certains critères d'inclusion et d'exclusion. Les auteurs ne se sont pas basés sur des bases statistiques afin de déterminer la taille de l'échantillon.</p> <p>Les auteurs ont créé un tableau donnant plus de détail sur l'échantillon en fonction des groupes (âge, genre, ethnie, comorbidités, etc.)</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne majeure • Diagnostiqué insuffisant cardiaque

	<ul style="list-style-type: none"> • Classe III ou IV selon le NYHA ou symptôme de classe I avec hospitalisation ou nécessité de soins d'urgence pendant l'année précédente • De retour à domicile après hospitalisation • Langue anglaise • Possibilité de les atteindre par téléphone <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procédures/chirurgies pendant l'hospitalisation • Symptômes dépressifs par un score ≥ 3 selon le PHQ-2 • Diagnostic de cirrhose hépatique • Ou insuffisance rénale <p>L'échantillon (n=100) a été divisé en deux groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe ayant reçu les soins habituels (n=49) (informations écrites et orales sur l'autogestion de l'insuffisance cardiaque et compliance au suivi des rendez-vous). • Groupe ayant les soins habituels et l'intervention PATCH durant 12 semaines (n=51).
Considérations éthiques	Le protocole de cette étude a été approuvé par le comité d'examen institutionnel du Centre Médical de l'Université du Nebraska et le Comité d'Éthique des Hôpitaux Ruraux. Tous les participants ont donné leur consentement par écrit.
Devis de recherche	Il s'agit d'une étude qualitative randomisée. C'est en étudiant l'efficacité de l'autogestion avec la méthode PATCH qu'ils pourront répondre à leurs 3 objectifs et leur but. .
Modes de collectes de données	L'un des deux groupes a reçu les soins habituels ; un enseignement standard comprenant des informations écrites et verbales sur l'autogestion de l'insuffisance cardiaque et un suivi par des rendez-vous.

	<p>Le groupe d'intervention ont reçu les soins habituels et l'intervention PATCH durant 12 semaines.</p> <p>Les patients faisant partis du groupe d'intervention ont reçu du matériel : un cahier de travail pour l'autogestion, calendrier journalier pour le suivi du poids et la quantité de sel, alarme électronique de rappel pour la prise des traitements.</p>
Conduite de la recherche	<p>L'intervention se déroule en deux phases ; séance de formation sur l'autogestion à l'hôpital puis des sessions d'approfondissement par téléphone 2x/semaine pendant les 2 premières semaines puis une fois par semaine les 3 à 12 semaines suivantes).</p> <p>La collecte de données s'est référencée aux résultats avant la sortie d'hôpital et aux 3 à 6 mois après la sortie.</p> <p>Les données de l'autogestion ont été recueillies en se référant aux rapports faits par les patients eux-mêmes et les rapports des fournisseurs de soins.</p> <p>Des mesures objectives ainsi que des questionnaires (connaissance de l'autogestion, stratégies d'autogestion) ont été mis en place par les auteurs pour la collecte de données.</p>
Analyse des données	<p>Les auteurs ont fait appel à un statisticien intégré dans le projet mais n'ont pas décrit l'outil de mesure pour l'analyse des données.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ?

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les auteurs ont détaillé l'échantillon à l'aide d'une figure incluant les différentes phases de l'étude et le nombre de participants à chaque séquence (quelques personnes ont été exclues de l'étude durant l'intervention). Ils ont de plus réalisé un tableau comportant le genre, l'ethnie et les caractéristiques de l'échantillon aussi accompagné d'un texte narratif.</p> <p>Les auteurs ont ensuite repris les 3 objectifs de l'étude, détaillé les résultats de manière narrative et les ont mis en tableau.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les auteurs ont comparé leurs résultats à d'autres études similaires.</p> <p>Les auteurs n'ont pas repris chaque objectif car les résultats de chaque objectif était détaillé dans le chapitre « résultats ».</p> <p>Selon les rapports de Dracup et Powell, l'amélioration à l'adhésion de l'autogestion par éducation et formation n'a pas entraîné une baisse des réadmissions à l'hôpital chez les patients de milieu rural atteint d'insuffisance cardiaque. Les auteurs mettent en avant 3 causes dû à cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité à gérer les symptômes car nécessite un niveau de connaissance sur la maladie • Un certain nombre de patients trouvaient irréalisables les facteurs nécessaires à l'autogestion, notamment la restriction de sodium (5% de l'échantillon a adhéré à la restriction) • Taux trop élevés de comorbidités demandant beaucoup de capacités d'autogestion.

	Les auteurs mettent en avant plusieurs limites ayant pu compromettre les résultats de l'étude.
Conséquences et recommandations	<p>La réadmission en hôpital 30j après une première sortie est importante chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque et cela représente beaucoup dans les coûts de santé.</p> <p>Or, il ne représente pas un indicateur précis de l'effet de l'adhérence à l'autogestion.</p> <p>Les auteurs prévoient pour les études futures de rallonger le temps de suivi des patients afin d'analyser l'impact de l'hospitalisation sur le patient.</p> <p>Selon les auteurs, les résultats peuvent aider les cliniciens à identifier des stratégies efficaces pour soutenir l'adhésion à l'autogestion.</p>

Home Health Care Nurses' Perceptions Of Heart Failure Home Health Care

Titre	Les concepts sont définis (soins à domicile, infirmière à domicile, insuffisance cardiaque) dans le titre de l'article.
Résumé	Cette étude décrit les soins infirmiers à domicile chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque sous l'angle des infirmiers et infirmières travaillant dans ce domaine mais également des patients.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs mettent en avant l'importance des soins infirmiers de qualité pour améliorer l'état de santé des patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Ainsi que l'importance de se questionner sur cette pathologie car celle-ci touche plus de 5.1 millions de personnes aux USA et pourrait toucher plus de 7 millions d'américains en 2030.</p>

	<p>Dans cette partie, les auteurs montrent la pertinence de cette recherche pour les professionnels de la santé et le patient.</p>
Recension des écrits	<p>Dans la discussion, l'étude met en avant les divers résultats obtenus par des études antérieures.</p> <p>Les références en dernière page comportent des sources primaires et de nombreuses références sur le sujet.</p>
Cadre de recherche	<p>Les interventions des soins à domicile sont les plus fiables et les moins coûteuses pour répondre aux besoins des patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Cela permet de mettre en avant l'importance des suivis à domicile par des infirmiers et infirmières.</p>
Buts et question de recherche	<p>Il n'y a pas d'hypothèses clairement définies mais plutôt les problématiques mises en évidence et argumentées.</p> <p>Le but de cette étude était de mettre en avant les expériences et vécus des infirmiers et infirmières travaillant aux soins à domicile.</p> <p>La problématique soulevée était que les proches aidants étaient mal informés sur cette pathologie.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon est constitué d'infirmiers et infirmières travaillant depuis minimum 6 mois aux soins à domicile donnant des soins à une population atteinte d'insuffisance cardiaque.</p> <p><u>Professionnels de la santé</u></p>

	<p>14 infirmières se sont portées volontaires pour participer à cette étude.</p> <p>Elles provenaient de 7 agences de soins à domicile.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Des moyens ont été pris pour sauvegarder les droits des participantes, les règles de confidentialité ont été mise en place avant de commencer les entretiens téléphoniques ainsi que les informations importantes concernant le déroulement de la recherche.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>C'est une recherche qualitative.</p> <p>Les participants ont renforcé la crédibilité des données.</p> <p>Des questions approfondies ont été posées pour donner davantage de poids à cette étude telles que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décrivez une ou plusieurs expériences enrichissantes et éventuellement touchantes / émotionnelles que vous avez eu en travaillant avec une famille comprenant des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ? 2. Veuillez décrire un moment où vous avez fait face à l'adversité dans les soins aux patients et spécifique au patient HF / aidant familial ? 3. De quelle manière tentez-vous de rendre l'environnement du patient atteint d'insuffisance cardiaque plus agréable ? 4. Pensez-vous que le système actuel de santé vous permet de prendre soin des patients atteints d'insuffisance cardiaque et leur aidant (famille) au niveau

	<p>physique, émotionnelle et spirituelle de la manière la plus optimale possible ?</p> <p>5. Est-ce que les soins que vous donnez aux patients atteints d'insuffisance cardiaque sont différents d'une personne à une autre ?</p> <p>6. Quelle est l'importance de l'éducation thérapeutique pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque et leur proche aidant ?</p> <p>7. Êtes-vous à l'aise de faire face aux autres lorsque vous sentez qu'un soin n'est pas dans le meilleur intérêt du patient et de l'aidant familial ?</p> <p>8. Comment définiriez-vous un excellent proche aidant ?</p> <p>9. Comment vous occupez-vous de vos propres besoins personnels ? (Émotionnel, physique...)</p> <p>Et pour terminer :</p> <p>Est-ce qu'il y a quelque chose que je devrais vous demander et que je n'ai pas fait ?</p>
Modes de collectes de données	<p>La collecte de données s'est réalisée par entretiens téléphoniques car géographiquement la distance entre les participants à l'étude et le chercheur était trop conséquente pour effectuer des entretiens face à face.</p> <p>Les diverses données ont été récoltés entre janvier et juin 2012.</p>
Conduite de la recherche	<p>Les entretiens ont commencé par la collecte d'informations démographiques.</p> <p>Le chercheur a ensuite utilisé un guide d'entrevue (questionnaire) pour promouvoir la</p>

	<p>cohérence en posant les mêmes questions et dans le même ordre aux différents participants.</p> <p>A la fin de chaque entretien, le chercheur a noté les différences réponses données par les infirmières, les évènements ou les interruptions survenues durant l'entretien.</p> <p>Des questions supplémentaires ont été posées pour clarifier les différentes données et observer la redondance entre les participants à l'étude.</p>
Analyse des données	<p>Une méthode d'analyse en ligne a été utilisé pour coder, catégoriser et analyser les différentes données recueillies ainsi qu'identifier les principaux thèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les soins aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont uniques 2. L'écoute des patients insuffisants cardiaques est la clé des soins 3. La collaboration avec les médecins est essentielle dans la prise en soins. 4. L'éducation thérapeutique au patient est essentielle 5. Un engagement important des soins à domicile mais aussi des proches aidants est nécessaire pour apporter des soins de qualité aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque <p>Le résumé des résultats est explicité par texte narratif ainsi que par un tableau.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les infirmières des soins à domicile considèrent les patients atteints d'insuffisance cardiaque ont davantage de besoins en soins que les autres personnes.</p> <p>Les résultats montrent que ces patients ont un traitement plus lourd que dans d'autres pathologies.</p>

	<p>Les infirmières n'ont estimé que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ainsi que leurs proches aidants avaient des besoins émotionnels plus présents.</p> <p>Il a été relevé que les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque montraient davantage de symptômes dépressifs.</p> <p>L'écoute des patients est essentielle, de nombreux patients mettent en avant que le personnel soignant devrait être davantage à l'écoute des patients.</p> <p>D'autres patients soulignent l'importance de tisser un lien de confiance avec les infirmières, que cette relation de confiance leur permet de se sentir mieux dans leur maladie.</p> <p>L'éducation thérapeutique auprès des patients et des proches aidants est également importante. Selon les personnes interrogées, c'est la clé pour que les patients se sentent compris et en confiance. Selon eux c'est essentiel que les patients et les proches aidants connaissent que faire, où aller en cas de nécessité, etc.</p> <p>Les brochures et livres sont des moyens utiles et adéquats pour apporter des informations sur l'insuffisance cardiaque selon les patients.</p> <p>Pour les infirmières, les médecins sont une ressource essentielle dans la gestion des traitements par exemple.</p> <p>Les infirmières à domicile trouvent leurs rôles gratifiants pour de nombreuses raisons :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tout d'abord les patients connaissent davantage leur infirmière qu'à l'hôpital.- L'ETP a davantage de répercussions à domicile car le patient est dans son environnement.
--	---

		- Ce sont les infirmières qui doivent s'adapter au patient et non le contraire.
DISCUSSION		
Interprétations des résultats		<p>Cette étude a montré que lorsque les patients atteints d'insuffisance cardiaque sont écoutés, ils ont tendance à suivre plus facilement le plan de soins établis par les infirmières.</p> <p>Toutes les infirmières faisant partie de l'étude ont convenu que l'éducation thérapeutique auprès du patient et des proches aidants était un élément important pour que les interventions de soins soient optimales et adaptées aux besoins des patients.</p> <p>L'étude a mis en avant que certaines infirmières manquaient d'informations en lien avec l'insuffisance cardiaque, et qu'il serait important que celles-ci soient informées davantage sur les différentes interventions possibles auprès d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque.</p>
Conséquences et recommandations		<p>Cette étude permet de renforcer et de préciser les points à améliorer pour la pratique infirmière afin d'améliorer l'autogestion à domicile des patients atteints d'IC.</p> <p>L'auteur de cette étude n'a déclaré aucun conflit d'intérêt potentiel en ce qui concerne la recherche, l'auteur et la publication de cet article.</p>

People With Heart Failure And Home Health Ressource Use And Outcomes

Titre	Les concepts sont définis ainsi que la population de l'étude dans le titre de l'article.
Résumé	L'étude menée auprès de patients atteints d'insuffisance cardiaque permet de montrer la trajectoire des soins (point d'entrée et de sortie des soins à domicile), de l'hospitalisation, de la durée du séjour et du changement de l'état fonctionnel du patient.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Les auteurs mettent en avant l'importance de se questionner sur le sujet de l'insuffisance cardiaque car celle-ci touche de plus en plus de personnes malgré les progrès dans le domaine médical (chirurgie, médicaments, pharmacologie etc.)
Recension des écrits	Des sources primaires sont mises en avant dans l'introduction mais également dans la discussion. Les références en dernière page comportent des sources primaires et de nombreuses références sur le sujet.
Cadre de recherche	Le cadre de recherche est mis en avant, il s'agit d'identifier l'importance des soins à domicile dans la diminution des hospitalisations des personnes atteints d'insuffisance cardiaque. Ainsi que les différentes raisons qui poussent le patient à être hospitalisé (soins à domicile insuffisants, mauvaise collaboration entre les différents professionnels, etc.)

Buts et question de recherche	<p>Des problématiques sont mises en évidence dans cette étude. Par exemple l'augmentation des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.</p> <p>La principale raisons des ré-hospitalisation est l'incapacité à se conformer aux régimes spécifiques.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon est constitué de 145'191 patients (n=145'191) atteints d'insuffisance cardiaque ainsi que des professionnels de la santé.</p> <p>La plupart des personnes étaient des femmes (n=90'435).</p> <p>Plusieurs nationalités ont été mises en avant dans cette étude. (américaine, latino-américaine, etc.)</p> <p>L'âge moyen des personnes participant à l'étude était de 79 ans.</p>
Considérations éthiques	<p>Des moyens ont été pris pour sauvegarder les droits des participants.</p> <p>De nombreuses nationalités faisaient partie de cette étude.</p> <p>Les règles de confidentialité ont été émises avant de commencer les entretiens avec les participants à l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une recherche qualitative.</p> <p>Les participants ont renforcé la crédibilité des données.</p>

Modes de collectes de données	<p>Les données ont été tirées des résultats de 2003 et de l'évaluation des entretiens d'informations (OASIS).</p> <p>Les données OASIS sont récoltées à l'admission du patient dans le service de soins à domicile, lors d'un changement de service à domicile, lors d'une hospitalisation ou lorsqu'il y a un changement significatif dans l'état de santé du patient.</p> <p>La procédure expérimentale est cohérente avec les outils de mesure car une justification et une interprétation des données ont été entrepris avant le début de la collecte.</p>
Conduite de la recherche	L'étude a utilisé de grandes données administratives à partir de 2003, les résultats et l'ensemble des données d'évaluation, qui est nécessaire pour tous les patients américains de soins de santé recevant des soins de santé à domicile.
Analyse des données	Le résumé des résultats est explicité par texte narratif ainsi que par un tableau.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Lorsqu'un suivi par les soins à domicile débutait auprès d'un patient atteint d'insuffisance cardiaque, de nombreuses personnes montraient des symptômes dépressifs et de nombreuses comorbidités.</p> <p>La majorité des patients ne montraient pas de démence ou troubles cognitifs.</p> <p>La plupart des suivis par les soins à domiciles avaient une durée de plus de 60 jours (n= 40'298).</p> <p>Après une hospitalisation, la plupart des personnes sont suivis par les soins à domicile</p>

	<p>(n=107'285), mais certains sont admis dans des services de rééducation, des établissements médico-sociaux.</p> <p>Après une hospitalisation ou un suivi par les soins à domicile, l'étude a fait remarquer que la plupart des patients montraient une amélioration dans leur état de santé.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont accompagnés de références à d'autres études similaires (Schlenker & al, 2005) ainsi que (Pina & amp; Daoud 2004).</p> <p>Plusieurs restrictions importantes sont données pour cette étude, premièrement l'OASIS n'inclut pas des renseignements en lien avec la visite des familles lors de l'hospitalisation, deuxièmement les services de soins à domicile dépendent souvent du patient et du rapport qu'il entretient avec sa famille.</p>
Conséquences et recommandations	/

**Care In The Home The Management Of Chronic Heart Failure
Systematic Review And Cost-Effectiveness Analysis**

Titre	Les concepts sont définis (soins à domicile, insuffisance cardiaque) dans le titre de l'article
Résumé	Dans le background, il y a noté toutes les parties énumérées (contexte, résumé, méthodes, résultats et conclusion)
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Il n'y pas de problématique purement mise en avant dans cette étude.
Recension des écrits	Une recension des écrits est présente tout au long de l'article par des références.
Cadre de recherche	Recherche qualitative
Buts et question de recherche	<p>L'échantillon de la population est décrit ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion des patients.</p> <p>Objectifs de l'étude :</p> <p>Déterminer l'effet des soins réalisés à domicile (éducation thérapeutique) par rapport aux soins habituels chez des personnes souffrants d'insuffisance cardiaque chronique sur les résultats cliniques et l'utilisation de l'éducation thérapeutique, y compris une analyse coût-efficacité.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La majorité des études comprenaient des populations âgées de 65 ans et plus. Plus d'un tiers de la population était composé de femmes.</p> <p>Critères d'inclusion :</p>

	<p>Patient atteint d'insuffisance cardiaque recevant des soins par tout type de professionnel de la santé dans le but d'améliorer la santé et le bien-être du patient, des études contrôlées et randomisées</p>
Considérations éthiques	<p>Des règles contrôlées et unifiées ont été mises en place pour l'analyse des données.</p> <p>Des règles de confidentialité ont été émises avant le début de la recherche.</p>
Devis de recherche	<p>C'est une recherche qualitative.</p> <p>La recherche regroupe plusieurs études abordant le même sujet.</p>
Modes de collectes de données	<p>Des recherches de littérature sur MEDLINE, EMBASE ont été réalisées.</p> <p>Un modèle coût-efficacité a été élaboré pour estimer les coûts et les années de vie en fonction de la qualité des soins.</p>
Conduite de la recherche	<p>Sélection de l'étude :</p> <p>Les articles avec des interventions de soins définies ainsi qu'une éducation thérapeutique qui ont rapportées un résultat intéressant ont été retenus.</p> <p>La qualité de preuve clinique a été évaluée à l'aide du système de développement et d'évaluation pour chaque résultat.</p>
Analyse des données	<p>Pour chaque essai contrôlé randomisé, il était inclus les aspects pertinents de la conception de l'étude, de la population et des caractéristiques des interventions.</p>

		Le résumé des résultats est présenté sous forme narratif et sous forme de tableaux et schémas.
RESULTATS		
Présentation des résultats	des	<p>6 essais randomisés contrôlés ont été identifiés à partir de 1277 citations.</p> <p>Les soins à domicile étaient principalement dispensés par un seul professionnel de la santé composé d'une éducation thérapeutique au patient dirigée par une infirmière d'une durée et d'une fréquence variables.</p> <p>Les soins à domicile ont montré une diminution du taux de mortalité pour tous les facteurs et les hospitalisations combinés, les soins à domicile ont permis une diminution des hospitalisations.</p> <p>Selon l'étude, les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque ont gagné 0,11 année de vie grâce aux divers soins prodigués à domicile.</p> <p>Une seule étude comprenait un suivi à long terme sur 10 ans. Elle était basée sur un travail antérieur déjà publié et utilisé pour obtenir des données sur la méta-analyse.</p> <p>L'hypertension était la comorbidité la plus fréquemment rencontrée.</p>
DISCUSSION		
Interprétations des résultats	des	<p>Les résultats et l'analyse suggèrent une tendance vers un effet bénéfique de la CHM (éducation thérapeutique prodiguée à domicile) par rapport à l'UC (soins habituels).</p> <p>La progression des soins par les infirmières et infirmiers a été examinée dans les études</p>

	<p>antérieures avec une méta-analyse réalisée dans le domaine de l'enseignement thérapeutique.</p> <p>Les résultats antérieurs ont été plus marqués probablement en raison de l'inclusion de populations plus âgées fragiles, y compris les patients atteints d'altération de l'autonomie ou de la maladie de Parkinson.</p> <p>Les travaux antérieurs ont été mis en évidence dans des stratégies multidisciplinaires dans l'établissement, alors que l'intervention de la CHM évaluée dans cette revue systématique a été fournie principalement par un professionnel de la santé (un infirmier ou un pharmacien).</p> <p>Les effets bénéfiques du CHM ont été prouvés sur le cognitif, l'émotionnel des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Les soins à domicile amélioraient la qualité de vie lorsqu'ils étaient administrés par des infirmières.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Il s'agit de la première étude visant à analyser systématiquement l'impact de la CHM pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Il faut donc en tenir compte dans l'analyse de cette étude.</p>

Components Of Heart Failure Management In Home Care ; A Literature Review

Titre	Les concepts sont présents dans le titre, par contre la population / l'échantillon n'est pas clairement précisé.
Résumé	<p>Les patients atteints d'insuffisance cardiaque (HF) ont besoin de soins complexes à long terme et dispensés par des professionnels de la santé.</p> <p>Cet article donne un aperçu des études évaluant les interventions de soins à domicile dans la population HF au cours des dernières décennies.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>15 millions de personnes sont atteintes d'insuffisance cardiaque en Europe. L'âge moyen de cette population est de 75 ans.</p> <p>De nombreuses comorbidités s'ajoutent au diagnostic d'insuffisance cardiaque (déclin cognitif, hypertension artérielle, etc.) ce qui complexifie les soins.</p>
Recension des écrits	Il n'y a pas de sources primaires à proprement parlé mais les recherches ont été réalisées sur les bases de données telles que Pubmed et Cinahl.
Cadre de recherche	Le cadre de recherche est quantitatif.
Buts et question de recherche	<p>L'échantillon de la population est décrit.</p> <p>Pas de questions de recherche relevées.</p> <p>L'objectif de l'étude :</p>

	Décrire les composantes des interventions à domicile et de ne pas se concentrer sur les résultats et les effectifs.
METHODE	
Population et échantillon	<p>La recherche documentaire a identifié 703 publications pertinentes dont 70 articles inclus en lien avec des patients atteints d'insuffisances cardiaque à domicile.</p> <p>Les critères d'inclusion et d'exclusion en lien avec les articles intégrés dans les études sont décrits.</p>
Considérations éthiques	Pas d'informations concrètes sur cet élément.
Devis de recherche	Le devis de recherche est quantitatif.
Modes de collectes de données	<p>Une recherche approfondie a été effectuée dans les bases de données Pubmed, Embase, CINAHL et Cochrane sur la littérature médicale jusqu'en avril 2011 avec une stratégie de recherche personnalisée pour chaque base de données.</p> <p>La stratégie de recherche consistait à poser des termes de recherche liés aux soins à domicile et à l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Ils ont consulté des experts en recherche littéraire pour pouvoir poser les termes correspondant à chaque base de données afin d'être le plus précis possible.</p> <p>La recherche dans la littérature a identifié 703 publications pertinentes potentielles : Pubmed (n = 181), Embase (n = 254), CINAHL (n = 91) et Cochrane (n = 177). Plusieurs articles (n = 236) étaient simultanément présents dans plus d'une base de données.</p>

Conduite de la recherche	<p>Pour être inclus dans le présent examen, les publications ont été évaluées par deux examinateurs indépendants à l'aide des éléments suivants :</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>Les articles devaient décrire un essai clinique à domicile, décrire des études auprès des personnes atteints d'insuffisance cardiaque, publié en anglais,</p> <p>Critères d'exclusion :</p> <p>Articles traitant uniquement des soins palliatifs, articles n'ayant pas de liens avec les personnes atteints d'insuffisance cardiaque, les articles n'abordant pas un programme de gestion de la pathologie.</p>
Analyse des données	Le résumé des résultats est présenté sous forme de texte narratif.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Au total, 70 articles ont été résumés dans un tableau décrivant les interventions de soins réalisés à domicile auprès des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</p> <p>La plupart des études (n=69,99%) ont signalé des soins fournis par une équipe pluridisciplinaire. (Infirmières, médecins généralistes, médecins cardiologues, gériatres etc.)</p> <p>Dans presque la totalité des études, les infirmiers et infirmières ont joués un rôle essentiel dans le leadership et la coordination dans les soins thérapeutiques.</p>

	Les programmes de soins incluaient également des médecins (cardiologue, gériatre)
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Bien que la plupart des études comprennent plusieurs composants, il y avait une grande variété dans les combinaisons de composantes.</p> <p>La composante la plus commune dans les articles était une équipe multidisciplinaire (99%)</p> <p>La composante la moins rapportée (44%) a été un traitement optimisé selon les directives.</p> <p>Tous les articles ont décrit des études sur des interventions avec deux composantes ou plus et 29% des études comprenaient des interventions avec cinq composantes.</p> <p>L'essai contient les cinq composantes et fournit des informations importantes sur les soins auprès des personnes atteints d'insuffisance cardiaque à domicile.</p> <p>L'Association de lutte contre l'insuffisance cardiaque de la Société européenne de cardiologie a récemment abordé la nécessité d'une éducation et d'une formation appropriées des professionnels de la santé pour apporter des soins thérapeutiques optimaux.</p> <p>La collaboration entre les soins primaires et les soins secondaires n'était souvent pas clairement décrite. Dans les études trouvées dans la revue, il n'y avait que 2 études dans lesquelles cette collaboration entre les médecins généralistes et les cardiologues était mentionnée explicitement en lien avec les soins des patients insuffisants cardiaque.</p>

	<p>Au sein de cette étude, 47 des 70 articles ont exprimé l'utilisation de plan de soins. La plupart de ces plans de soins sont mis en place dans le milieu hospitalier pour être ensuite utilisés dans le domaine des soins à domicile.</p> <p>Ils sont essentiels dans la continuité des soins et la coordination des équipes dans les situations de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Le plan de soins consiste à rassembler l'histoire de vie, le diagnostic, les antécédents, les traitements, les objectifs de soins.</p> <p>Il est important que les familles soient incluses dans la prise en soins du patient.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Cette étude donne une première idée des éléments inclus dans les programmes de soins à domicile, par contre elle n'a pas donné d'information sur l'efficacité des soins.</p> <p>L'étude recommande que cet élément soit abordé dans les recherches futures pour aider les équipes de soins à comprendre quelle composante devrait être développée.</p> <p>À partir de cette revue, on conclut qu'il existe plusieurs études qui mettent l'accent sur les aspects des soins pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque optimisés à domicile.</p> <p>La collaboration entre les équipes en hospitalier et à domicile ainsi que l'éducation thérapeutiques pourraient être améliorées.</p>

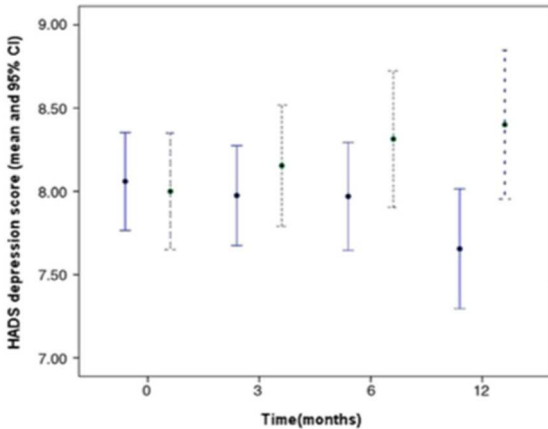
Nurse facilitated Self-Management Support For People With Heart Failure And Their Family Carers (SEMAPHOR): A Randomized Controlled Trial.

Titre	Le titre met en avant le soutien de l’infirmière à l’autogestion pour les personnes souffrant d’insuffisance cardiaque ainsi qu’à ses proches-aidants familiaux.
Résumé	<p>Le résumé décrit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’objectif est de comparer l’efficacité clinique d’un programme d’autogestion cognitivo-comportemental apporté par des infirmières spécialisées en insuffisance cardiaque en comparaison avec des patients suivant le même programme mais de manière autonome sur une période de 12 mois • La conception qui indique que c’est un essai contrôlé randomisé • Le réglage • Les participants qui sont un échantillon de 260 (n=260) • L’intervention qui est un programme d’autogestion cognitivo-comportementale apporté par une infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque ou sans apport par un professionnel ; le patient suivant le programme seul • Les résultats qui n’indiquent pas de différences entre les deux groupes, concernant les taux de réadmissions hospitalières dans les 12 mois. Cependant, le groupe d’autogestion a enregistré un score statistiquement significatif de dépression durant les 12 mois. • La conclusion, indiquant aucune différence à propos des réadmissions hospitalières entre les deux groupes.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Les auteurs mettent avant l’augmentation de l’incidence et de la prévalence de l’insuffisance cardiaque. En effet, malgré une amélioration des

	<p>traitements ; les taux d'hospitalisations répétées et de mortalités sont élevés. Vivre avec l'insuffisance cardiaque inclut une prise de nombreux médicaments, des exacerbations imprévisibles, des symptômes incapacitants incluant la fatigue et l'essoufflement et donc une mauvaise qualité de vie.</p> <p>Les auteurs se sont référencés à des documents soulignant la nécessité pour les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque d'avoir des compétences en autogestion afin de faire face à leur maladie et ainsi reconnaître les symptômes d'aggravation de leur état.</p> <p>Les auteurs expriment que l'idée des programmes d'autogestion permet aux patients de gérer leur condition en adoptant un rythme de vie plus sain. Cette autogestion peut de plus accroître la satisfaction des patients, améliorer les résultats et économiser des ressources (ex : réduction du taux d'hospitalisation).</p> <p>De plus, les auteurs mettent en avant qu'un examen narratif sur l'autogestion a conclu que les résultats des patients sont améliorés lorsque l'éducation du patient pour l'insuffisance cardiaque utilise des stratégies cognitivo-comportementales.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs se basent sur plusieurs écrits (recherches, revues, etc.) déjà réalisés à propos de l'autogestion de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Cette recension permet aux auteurs d'indiquer ce qui est déjà ressortis dans les analyses des précédentes études.</p>
Cadre de recherche	<p>Il s'agit d'une étude qualitative randomisée. En effet, le but des auteurs est de comparé l'efficacité d'un programme d'autogestion cognitivo-comportemental pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec une infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque et de manière autonome.</p>

Buts et question de recherche	<p>Les auteurs indiquent que l'objectif de cette étude est d'évaluer les coûts et l'efficacité clinique du programme d'autogestion délivré par une infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque comparativement avec le même programme à suivre de manière autonome tout en recevant des soins.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche formulée. Les auteurs ne mettent non plus pas en avant d'hypothèses.</p>
METHODE	
Population échantillon et	<p>Critères d'admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Majorité (plus de 18 ans) • Diagnostic d'insuffisance cardiaque • Capacité de prendre des décisions • Compréhension et capacité de lire l'anglais <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles cognitifs • Le lieu de vie en institution <p>Les participants ont été identifiés par des médecins généralistes, des infirmières spécialisées en insuffisance cardiaque, des coordonnateurs de la recherche ou consultants cliniques.</p> <p>Les participants ont reçu des informations orales et écrites et ont eu droit à un temps de réflexion de sept jours avant d'exprimer leur souhait, ou non, de participer à la recherche.</p> <p>Les participants ont été ensuite randomisés par le York Trials Unit.</p> <p>Les auteurs ont réalisé un tableau comprenant les caractéristiques de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	Les auteurs ne précisent pas si des considérations éthiques ont été mises place.
Devis de recherche	Le devis de recherche est qualitatif.

	La recherche s'est déroulée sur une période de 12 mois.
Modes de collectes de données	Le groupe d'intervention a bénéficié du programme ainsi que l'intervention d'une infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque. Le groupe témoin a suivi le même programme que le groupe d'intervention mais de manière autonome.
Conduite de la recherche	Le groupe d'intervention a reçu le programme d'autogestion par l'infirmière (The Heart Failure Plan), un DVD, des exercices, un plan de suivi des signes et symptômes, et autres outils nécessaires au programme. Les participants ont reçu jusqu'à 6 sessions d'éducation individuelle par l'infirmière. L'autre groupe a reçu le manuel d'autogestion et les soins habituels par une infirmière incluant une surveillance régulière des signes et symptômes, analyses de sang, évaluations cliniques.
Analyse des données	Résultats primaires : Les informations concernant les admissions hospitalières (dont les raisons sont diverses) ont été recueillies à 3, 6 et 12 mois après la randomisation par l'infirmière en recherche. Un modèle logistique adapté pour la classe NYHA et l'âge du patient a été utilisé. Résultats secondaires : <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de vie des participants mesurée par le « Minnesota Living with Heart Failure (MLHF) • EQ5D (échelle européenne du comportement autonome contre l'insuffisance cardiaque) • Anxiété et dépression mesurée par l'échelle de l'hôpital, de l'anxiété et de la dépression (HAD) L'analyse de covariance (ANCOVA) a été mobilisée pour les résultats. La deuxième analyse a utilisé un modèle de régression à plusieurs niveaux afin

	de comparer les deux groupes de traitement au fil du temps.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats en deux groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résultats primaires : taux de réadmissions hospitalières dans les 12 mois suivant la randomisation. L'analyse des résultats primaires montre peu de différence entre les deux groupes. Le groupe d'intervention avait un taux de 19% de réadmissions contre 21,2% du groupe ayant fait le programme de manière autonome. • Résultats secondaires : concerne la qualité de vie, anxiété, dépression.  <p>Fig. 2. Hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS) depression scores at each assessment.</p> <p>Globalement, il n'y avait aucune preuve de différence entre les groupes dans les scores. Cependant, le score de la dépression de HAD a démontré une hausse significative à 12 mois pour le groupe d'intervention.</p> <p>La présentation des résultats s'est faite par un texte narratif puis de deux tableaux pour les résultats primaires mettant en avant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'admissions hospitalières par patients 2. Raisons des admissions hospitalières

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les auteurs mettent en avant qu'une réduction de la réadmission hospitalière a été observée chez les patients participants au programme d'autogestion délivré par l'infirmière comparativement aux patients suivant le plan par eux-mêmes. Comme la différence était faible, il n'y a pas de différence statistique.</p> <p>Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun autre avantage hypothétique de l'autogestion.</p> <p>Pour les auteurs, les résultats s'ajoutent à des preuves qui remettent en question l'efficacité des soins supplémentaires en autogestion pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Une précédente recherche a constaté que la formation du personnel pour l'éducation à l'autogestion avait peu d'avantage et que cela était dû au fait que malgré la formation à cette nouvelle façon de travailler avec le patient, le personnel a continué à travailler de manière habituelle.</p> <p>Les résultats de l'étude diffèrent des études ayant révélé des données probantes suggérant que les programmes d'autogestion peuvent réduire le nombre de réadmissions hospitalières.</p> <p>La limitation à l'étude est que les patients du groupe témoin peuvent avoir demandé à l'infirmière spécialisée de l'aide pour suivre le manuel.</p> <p>Le résultat statistiquement significatif mesuré par l'AHD est la dépression chez les groupes d'intervention. Ce dernier est peut-être dû, selon les auteurs, une inquiétude plus importante des patients en lien avec les informations qui leurs ont été fournies.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs concluent qu'aucune preuve que le plan d'autogestion administré par une infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque réduirait les réadmissions hospitalières par rapport aux</p>

	patients ayant suivi le programme de manière autonome.
--	--

Impact Of Therapeutic Education On Lifestyles: Perception Of Patients And Their Relatives

Titre	Les concepts sont présents dans le titre de l'étude (éducation thérapeutique, habitudes de vie)
Résumé	Le résumé comprend le contexte de l'enquête, les méthodes utilisées, les résultats obtenus et une conclusion. Le résumé est donc complet.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Il s'agit d'étudier l'impact de l'éducation thérapeutique auprès des personnes insuffisantes cardiaques et de leurs proches. Le phénomène est pertinent car l'insuffisance cardiaque touche de plus en plus de personnes et ces dernières souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible.
Recension des écrits	Une recension des écrits est présente dans la partie discussion de cette étude. Il est cité dans cette partie, un certain nombre d'études réalisées auparavant sur le même sujet.
Cadre de recherche	Les concepts sont mis en évidence (éducation thérapeutique, habitudes de vie, soins à domicile, insuffisance cardiaque) Ces différents concepts sont liés au but de l'enquête.

Buts et question de recherche	<p>Objectif de l'étude :</p> <p>Etudier la perception des patients insuffisants cardiaque et de leurs proches concernant l'impact de l'éducation thérapeutique au patient sur leurs habitudes de vie.</p> <p>L'intérêt de cette étude était d'informer les professionnels de la santé, les patients et leurs proches de l'impact d'une telle prise en charge sur le mode de vie des participants, de permettre d'en mesurer les conséquences et d'affirmer la nécessité d'une certaine prudence dans la mise en œuvre et la pratique de l'ETP.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Patients atteints d'insuffisance cardiaque enregistrés dans le registre des centres ODIN ainsi que leurs proches.</p> <p>2397 patients (n=2397) IC ont participé à l'étude.</p> <p>2153 (n=2153) proches de patients IC ont reçu le questionnaire.</p>
Considérations éthiques	<p>Le questionnaire a été élaboré par des professionnels de la santé mais également par des juristes et des spécialistes de l'éthique et de la santé publique.</p> <p>Les considérations éthiques sont donc présentes.</p> <p>Le questionnaire était anonyme donc les droits des participants sont sauvegardés.</p>
Devis de recherche	Devis de recherche qualitatif.
Modes de collectes de données	Une enquête nationale par questionnaire auto-administré a été menée de janvier à mai 2013

	<p>auprès de 61 centres ODIN faisant partie du programme I-CARE.</p> <p>Les 61 centres étaient de tous types (7 centres de réadaptation, 5 réseau de soins, 32 hôpitaux généraux, 14 hôpitaux universitaires et 3 cliniques privées)</p> <p>Le mode de collecte de données était des questionnaires envoyés aux personnes IC ainsi qu'à leurs proches.</p>
Conduite de la recherche	<p>Ils ont adressé 2153 questionnaires à tous les patients IC éduqués ou non répertoriés dans le registre ODIN, ses participants devaient transmettre ce questionnaire à un de leurs proches.</p> <p>Le questionnaire destiné au proche d'un patient IC était composé de 12 questions (6 questions ouvertes permettant de justifier les réponses et 6 fermées)</p> <p>2397 questionnaires ont été envoyé aux patients IC : 2153 ont été donnés à tous les patients IC du registre et 4 au responsable de service de chacun des 61 centres ODIN (244 au total).</p> <p>Ce questionnaire comprenait 12 questions : 8 fermées et 4 ouvertes</p> <p>L'ensemble des questionnaires avait été élaboré par une équipe pluridisciplinaire composée de juristes, de cardiologues, de spécialistes de l'éthique et de santé publique.</p> <p>Les thématiques centrales des questionnaires étaient les caractéristiques des populations interrogées, les motivations du patient et la consultation préalable de l'entourage du patient, le ressenti des répondants sur l'impact qu'avait</p>

	<p>eu l'ETP sur le mode de vie du patient et de ses proches.</p> <p>Chaque questionnaire était accompagné d'une note d'informations et d'une enveloppe retour.</p> <p>Les réponses étaient anonymes.</p>
Analyse des données	<p>Ils ont utilisé la méthode Morin-Chartier en élaborant une grille de codage déclinant les différents thèmes rencontrés en sous-thèmes, à partir de l'analyse détaillée d'un échantillon de réponses.</p> <p>L'analyse des résultats était une analyse descriptive simple sans comparaison.</p> <p>Pour chaque groupe de répondants et pour le total des répondants, pour chaque variable, la fréquence des modalités de réponse a été exprimée en effectif et en pourcentage du total des réponses.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme de texte narratif mais également par des tableaux.</p> <p>Les patients répondants avaient suivi des séances collectives, des séances en alternance ou des séances individuelles.</p> <p>Les proches répondants avaient accompagné le patient dans 49,3% des cas.</p> <p>Les thèmes abordés pendant les séances d'éducation thérapeutique au patient étaient le diagnostic éducatif, les connaissances de la maladie, le contrôle de l'alimentation, l'activité physique, la vie quotidienne et les traitements médicaux.</p> <p>Sur 2153 questionnaires, ils ont obtenu 149 réponses de proches de patients IC. (7%) la moitié (n=75) d'entre elles correspondaient aux critères d'inclusion. Les proches répondants étaient le conjoint du patient ou un de ses</p>

	<p>enfants. Ils étaient majoritairement des femmes âgées en moyenne de 59ans.</p> <p>Sur 2397 questionnaires envoyés aux patients IC, ils ont obtenu 257 réponses de patients IC. Les patients répondants étaient principalement des hommes âgés de 67 ans. Ils avaient un suivi ETP et répondaient donc aux critères d'inclusion dans 63,8% des cas (n=164)</p> <p>Les patients et les proches répondants disaient que les motivations du patient IC pour assister aux séances d'ETP étaient la possibilité d'acquérir des conseils utiles pour vivre avec sa maladie ainsi que la possibilité d'avoir un moment d'échange et de partage avec des professionnels de la santé.</p> <p>Les patients IC ainsi que l'entourage ont constaté une évolution dans les AVQ du patient après l'ETP. Les patients étaient davantage en confiance dans la gestion de la maladie. L'ETP avait apportée des connaissances supplémentaires sur la maladie et les divers traitements.</p> <p>Les proches constatent que les habitudes de vie des patients ont changé grâce à l'ETP.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Cette étude montre que les patients IC et leurs proches ressentent une évolution positive dans leurs habitudes de vie après que le patient ait suivi une ETP.</p> <p>Cette évolution concerne principalement les habitudes alimentaires et la pratique d'une activité physique.</p> <p>Il semblerait également que l'ETP induise une sensibilisation de l'entourage du patient au sujet de la pathologie.</p> <p>Elle ne serait plus considérée comme une contrainte.</p>

	<p>Cette étude confirme les résultats de l'enquête de Vicarelli en lien avec les activités de la vie quotidienne.</p> <p>Les séances d'ETP amène un changement bénéfique considérable dans la vie du patient IC mais également des proches.</p> <p>Une des limites du questionnaire est l'utilisation et l'analyse des questions ouvertes. Même si ces questions ouvertes permettent aux répondants de préciser et d'argumenter librement leurs réponses.</p> <p>L'analyse de ces questions constitue une limite en ce qu'elle laisse craindre une mauvaise appréciation ou interprétation des dires des répondants.</p> <p>De plus, le fait qu'il soit mis à la charge du patient de transmettre à un de ses proches le questionnaire « famille » peut également constituer une limite à l'étude.</p> <p>Cette manière de procéder pourrait expliquer le faible taux de réponses des proches.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>L'enquête apporte un éclairage sur l'impact que l'éducation thérapeutique peut avoir sur les habitudes de vie des patients et des proches.</p> <p>Il serait intéressant de poursuivre cette étude concernant l'impact de la modification des modes de vie des proches sur leur état de santé, d'étudier les modalités d'une relation de soin tripartite (patient, professionnel et proche) tant sur le plan médical que sur le plan juridique.</p>

Home Care Program Reduces Hospital Readmissions In Patients With Congestive Heart Failure And Improves Other Associated Indicators Of Health

Titre	Les concepts misent en avant sont les réadmissions à l'hôpital pour les patients avec insuffisance cardiaque congestive, le programme de soins à domicile, les indicateurs associés à la santé.
Résumé	<p>Dans le résumé, il précise l'objectif de l'étude, il s'agit d'analyser l'impact des services de soins à domicile sur les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>De plus, on y trouve des informations concernant les améliorations quant à la présence des soins à domicile pour ce type de patient.</p> <p>Les mots-clés sont présents en-dessous du résumé.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'insuffisance cardiaque est la principale cause d'hospitalisation chez les adultes de 65 ans et plus aux États-Unis.</p> <p>Les efforts croissants pour faciliter la transition de l'établissement à la maison et d'éviter les ré-hospitalisations ont exigé que les soins à domicile reviennent comme une option pour surveiller les patients. Il existe différents programmes de soin à domicile tels que le Medical House Call Program qui montre la faisabilité de la mise en œuvre de ce type de soins. Les programmes de soins à domicile ont permis de maintenir efficacement des taux élevés de conformité et d'indépendance chez les personnes chroniques et de renforcer le lien entre le patient et le médecin.</p> <p>Haggerty et al. ont montré des taux nettement réduits d'hospitalisation et de durée avec un suivi à domicile chez les patients souffrant d'une</p>

	<p>maladie pulmonaire obstructive chronique sévère.</p> <p>Un diagnostic primaire d'insuffisance cardiaque représente plus d'un million d'hospitalisations et une dépense totale de soins médicaux dépasse US \$ 17 milliards annuellement. Il existe un taux de mortalité élevé associé aux patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive sévère et ce taux augmente avec l'âge. Le taux de mortalité à 5 ans chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive sévère est d'environ 50%.</p> <p>Kornowski et al. ont montré qu'un programme intensif de surveillance des soins à domicile peut prévenir l'hospitalisation et améliorer le statut vital chez les personnes âgées souffrant d'une insuffisance cardiaque congestive grave. Il y a cependant un fardeau économique important associé à la prise en charge de ces patients. Dans un monde où la limitation des coûts des soins de santé devient une priorité croissante, il est essentiel de développer des mesures rentables pour traiter les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive qui peuvent simultanément améliorer les résultats en matière de santé.</p>
Recension des écrits	<p>Tout au long de l'article, les auteurs parlent des références et des études qui ont déjà été entreprises. Un tableau de classification est aussi présent afin de montrer d'où viennent les informations.</p>
Cadre de recherche	<p>C'est une recherche quantitative. En effet, ils cherchent à savoir si les soins à domicile réduisent les décompensations cardiaques afin d'éviter des ré-hospitalisations.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette étude est d'examiner l'effet des services de soins à domicile sur le nombre de ré-hospitalisations chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive ainsi que la santé et la qualité de vie.</p>

	Ils ont émis l'hypothèse qu'une surveillance à domicile réduirait considérablement les admissions hospitalières, le coût global des soins et les symptômes associés à l'insuffisance cardiaque congestive et amélioreraient la conformité et la capacité fonctionnelle des patients.
METHODE	
Population et échantillon	<p><u>Patients</u></p> <p>68 patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive ont été choisis parmi un groupe de patients soignants situés principalement dans la banlieue sud de Chicago. Cette localisation géographique est considérée comme le niveau 1 selon les critères de notation socioéconomique à cinq facteurs du recensement des États-Unis et comme zone dans la limite la plus basse pour le revenu familial médian.</p> <p>Cette population particulière d'insuffisance cardiaque congestive cherchant des soins à domicile dépend principalement de services couverts par Medicare. Les patients avec un minimum de 6 mois de participation aux soins à domicile ont été inclus dans l'étude.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive a été confirmé par l'échocardiographie et l'imagerie radiographique. Les patients ayant un large éventail de sévérités ont été inclus pour donner une vue d'ensemble des patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive. Tous les patients ont reçu des visites mensuelles (dont quelques-uns ont été vus plus fréquemment selon le besoin) du même interniste et d'une équipe paramédicale. La visite de soins à domicile comprenait tout d'abord une évaluation du patient ou d'une analyse de son dossier de santé, un examen physique, une cartographie médicale, une évaluation des médicaments et une stratégie de traitement pour la semaine suivante. Les soins infirmiers, la thérapie physique, l'ergothérapie et d'autres services nécessaires et associés ont été fournis par des organismes de soins de santé</p>

	<p>indépendants. Les visites médicales et infirmières représentent le noyau de l'intervention.</p> <p>La surveillance des soins à domicile consistait en une évaluation médicale complète comprenant des signes vitaux, un examen physique, des antécédents médicaux passés, des hospitalisations (et de la durée), des antécédents diagnostiques et des médicaments.</p> <p>Tous les patients ont été surveillés par le même médecin. Les patients ont été sensibilisés à la physiopathologie de l'insuffisance cardiaque, aux symptômes attendus, aux changements de régime (limitation de l'apport de sodium), à la limitation du tabagisme et à la consommation d'alcool, au maintien d'un poids santé et à d'autres changements spécifiques pertinents pour les patients individuels.</p>
Considérations éthiques	Un consentement éclairé et des autorisations pour recueillir les données et conduire l'entrevue ont été obtenus par le médecin.
Devis de recherche	Le devis de recherche (quantitatif) est pertinent quant à l'objectif de recherche.
Modes de collectes de données	<p>Pour recueillir les données, les patients ont été appelés par l'enquêteur et une série de questions pré-écrites leur ont été posées.</p> <p>Les données ont également été recueillies auprès du personnel médical, des soignants, de la famille et du médecin, car certains patients n'ont pas été en mesure de fournir une réponse adéquate compte tenu de la prévalence de patients âgés et malades (la conformité de la prise des médicaments du patient, des symptômes améliorés par un examen physique, etc.). Les caractéristiques des patients ont été déterminées par un examen attentif des tableaux des patients.</p>
Conduite de la recherche	Les données démographiques de base ont été obtenues telles que l'âge, le sexe et la race. Des

	<p>comorbidités ont également été enregistrées pour donner une image plus descriptive de la population de patients et qui peuvent être importantes pour examiner les symptômes, la thérapie et la prédiction du coût total des soins.</p> <p>Les paramètres de comparaison incluait:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre total d'hospitalisations/taux d'hospitalisation au cours d'une période de 6 mois 2. Présence de dyspnée paroxystique nocturne, d'orthopnée, de dyspnée lors de l'effort et/ou d'un œdème 3. Classe de capacité fonctionnelle (échelle I-IV) 4. Régime alimentaire/restriction des liquides et conformité aux médicaments <p>Ces paramètres étaient pris en compte pour la période de 6 mois avant et après le début de l'intervention des soins à domicile pour une analyse statistique comparative.</p> <p>Parmi les autres facteurs d'étude, il y avait les éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durée de l'hospitalisation (avant et après l'intervention des soins à domicile) 2. Nombre de visites de soins à domicile par mois 3. Ajustement du traitement médicamenteux pendant la période de visite des soins à domicile 4. Education thérapeutique des patients pendant la période des visites à domicile 5. Raisons du non-respect ou de la faible conformité du patient 6. Comparaison des coûts pour les soins à domicile et l'hospitalisation
Analyse des données	IBM SPSS Statistics, version 21, a été utilisé pour effectuer toutes les analyses statistiques.

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Le taux moyen d'hospitalisation a diminué de $3,5 \pm 0,3$ hospitalisations/mois à $0,8 \pm 0,2$ hospitalisations/mois ($p < 0,001$). Il s'agit d'une diminution moyenne de 2,8 hospitalisations/mois. La durée moyenne d'hospitalisation pour la population étudiée était de 4 jours.</p> <p>96% des patients ont été visités chaque mois et les autres ont eu des visites supplémentaires (selon leurs besoins) qui ont été à leur frais.</p> <p>Plus de 90% des patients ont ajusté leur traitement médicamenteux. Tous les patients étaient sous un traitement combiné de médicaments: les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les diurétiques, les bêtabloquants et la spironolactone.</p> <p>Quatre symptômes cliniques d'insuffisance cardiaque congestive ont été examinés chez les patients durant les 6 mois précédant l'introduction des soins à domicile et les 6 mois après les interventions de ceux-ci : la dyspnée paroxystique nocturne, l'orthopnée, la dyspnée lors de l'effort et l'œdème.</p> <p>50% des patients ont subi une dyspnée paroxystique nocturne et une orthopnée avant l'introduction des soins à domicile. Cela a chuté à 19% après les interventions des soins à domicile, ce qui a entraîné une diminution de 31%.</p> <p>Cinquante pour cent des patients ont eu des œdèmes avant les soins à domicile, qui a diminué à 24% après les interventions des soins à domicile. Il y a donc une différence de 27%.</p> <p>Un test Wilcoxon a déterminé que les soins à domicile ont entraîné une augmentation statistiquement significative du respect des instructions sur le respect des instructions sur la compliance de la prise du traitement médicamenteux et les restrictions alimentaires/fluides.</p> <p>Avant l'intervention des soins à domicile :</p>

	<p>32 patients (47%) n'ont pas respecté, 25 (37%) ont affiché une mauvaise compliance et 11 (16%) étaient compliants.</p> <p>Pour la période après l'introduction des soins à domicile, 7 patients (10%) étaient non-compliants, 28 patients (41%) présentaient une mauvaise compliance et 33 patients (49%) étaient compliants. Sur la base de ces données, nous avons déterminé que 35 patients sont devenus plus compliants après avoir commencé le programme des soins à domicile, 30 sont restés compliants et 3 sont moins compliants. Les raisons concernant ceux qui ont montré une compliance inférieure ou nulle après 6 mois de soins à domicile sont la démence, l'absence de proche-aidant ou des effets néfastes.</p> <p>Un test de Wilcoxon montre que ce programme de surveillance des soins à domicile a suscité une amélioration statistiquement significative de la classe de capacité fonctionnelle des patients (21 patients se sont améliorés, 46 patients sont restés au même niveau et 1 patient a progressé dans une classe).</p> <p>En ce qui concerne la diminution des coûts de la santé, les soins à domicile étaient environ 85% moins coûteux qu'une hospitalisation moyenne durant une période de 6 mois (ce calcul est basé sur le nombre moyen d'hospitalisations pendant une période de 6 mois; pour cette étude, il y a eu en moyenne 4 hospitalisations).</p> <p>Chaque résultat est accompagné d'un graphique afin d'avoir un apport visuel des différences.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La principale constatation est que ce type de soins semble diminuer le nombre d'hospitalisations.</p> <p>Les visites fréquentes et la rapidité des soins médicaux, ainsi que la familiarité entre le patient</p>

et le médecin à long terme, empêchent le retard dans le traitement, la progression clinique de la maladie et l'hospitalisation récurrente.

Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive, les adultes âgés de 65 ans et plus ont le taux de mortalité le plus élevé (dans cette étude, 85% de la population de patients appartient à ce groupe d'âge).

La classe de capacité fonctionnelle, telle que définie par la New York Heart Association, est une mesure de l'état du patient après une activité physique. Ils ont constaté que cela a été amélioré par les interventions des soins à domicile.

Les données montrent qu'il y a eu une diminution significative du classement, ce qui signifie une amélioration de la tolérance de l'activité physique et une mobilité quotidienne globale chez les patients recevant des soins à domicile.

Le programme de surveillance approprié des soins à domicile semble diminuer de manière significative le taux d'hospitalisation et donc cette diminution représente des économies.

La prévention des ré-hospitalisations diminue les dangers connus associés aux séjours à l'hôpital tels que l'immobilisation, la réduction du volume plasmatique, la perte osseuse accélérée et la privation sensorielle. Ceci est particulièrement problématique chez les personnes âgées.

La limitation de l'étude est que les réponses aux questions d'entrevue ont été « auto-déclarées » et peuvent être sujettes à un biais de rappel, même si des efforts intentionnels ont été faits pour confirmer ces réponses.

Il convient de noter que les résultats sont limités à la région géographique particulière de la banlieue sud de Chicago et se limitent à la plupart des patients ayant une assurance-maladie et à une tranche socio-économique inférieure.

Compte tenu des ressources et de la population de patients, ils ne peuvent utiliser qu'un groupe per et post étude. Ce serait une prochaine étape

	logique d'examiner si la compliance entraîne moins d'hospitalisations.
Conséquences et recommandations	Pour les études futures, il serait utile d'observer les patients avant de commencer les soins à domicile et de suivre les patients pendant plus longtemps après le démarrage du programme.