

Le vécu des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Romane Schwab et Tânia Silva

Promotion 2021-2024

Haute école de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Travail de Bachelor

Sous la direction de :

Domingas Ribeiro

11 juillet 2024

Résumé

Introduction : La réalisation de ce travail de Bachelor s'est faite dans le but de trouver des hypothèses concernant le rôle infirmier dans l'évaluation du vécu des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Mais également de comprendre les besoins des patients pour améliorer leur qualité de vie. En effet, les symptômes dépressifs sont associés à l'insuffisance cardiaque et influencent la qualité de vie des patients. Ces symptômes dépressifs sont souvent sous-diagnostiqués et donc peu évalué dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Méthode : La lecture des articles scientifiques a fait ressortir la problématique du vécu des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Ces six articles ont été trouvés lors de recherches sur les bases de données PubMed et CINAHL. Ils ont été sélectionnés d'après des critères d'inclusions et d'exclusions puis analysés dans des grilles d'analyse scientifique.

Résultats : Lors de la mise en commun des six articles, il est ressorti que les symptômes dépressifs de l'insuffisance cardiaque sont influencés par différents facteurs sociodémographiques (Polikandrioti et al., 2015). Les patients racontent que leur qualité de vie est médiocre depuis l'apparition de leur maladie. Après avoir évalué leur vécu, les patients ont émis le besoin de participer à des entretiens de soutien ou des groupes d'éducation sur l'insuffisance cardiaque en raison de leur manque de connaissances (Lossnitzer et al., 2015).

Conclusion : Pour conclure, le rôle des infirmiers-ères se retrouve dans plusieurs axes principaux comme la perception et l'évaluation précoce des symptômes dépressifs, l'éducation thérapeutique sur les divers traitements et sur la pathologie, le soutien émotionnel et psychologique afin de réduire les symptômes dépressifs, ainsi qu'adapter leur intervention selon le patient.

Mots-clés : insuffisance cardiaque, symptômes dépressifs, expérience des patients, besoin des patients

Tables des matières

Liste des tableaux	4
Liste des figures	5
Problématique	2
Contexte	3
Question de recherche	6
Objectif	7
Cadre de recherche	8
La théorie de la gestion des symptômes	9
Ancrage disciplinaire	12
Concepts principaux de la théorie	12
Concepts eventuels de la problématique	14
Méthode	15
Devis	16
Critères d'éligibilité des études	16
Stratégie de recherche	17
Sélection des articles	19
Inclusion des articles	19
Evaluation de la qualité méthodologique des articles	20
Extractions et synthèse des résultats	20
Résultats	21
Caractérisiques et qualité des articles sélectionnés	22
Synthèse analytique et description des articles	25
Organisation des résultats en catégorie	31
Synthèse des résultats des études	31
Discussion	38
Synthèse générale des résultats	39
Forces et limites de la revue	46
Recommandation pour la pratique et l'éducation	48
Conclusion	49
Remerciements	50
Références	52
Appendices	56

Appendice A : Déclaration d'authenticité	57
Appendice B : Grille de lecture rapide.....	58
Appendice C : Grille récapitulative	81
Appendice D : Grille de cotation basé sur Tétreault, Sorita, Ryan et Ledoux (2013)	88
Appendice E : Tableau synoptique	164

Liste des tableaux

Tableau 1 - Tableau thésaurus	18
Tableau 2 - Equations de recherche	18

Liste des figures

Figure 1 - Schéma de la théorie de gestion des symptômes (traduit du schéma publié par Dodd, Janson, et al.,2001, avec autorisation de John Wiley and Sons).	11
Figure 2 - Diagramme de flux.....	19

Problématique

Contexte

Selon OMS, 2022, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en Suisse. L'insuffisance cardiaque (IC) est influencée par les maladies coronariennes, l'hypertension artérielle, l'abus d'alcool et de stupéfiants, l'obésité, la sédentarité et d'autres maladies chroniques. D'après Polikandrioti, 2022, environ 26 millions de personnes à travers le monde sont touchées par cette pathologie, et chaque année, plus de 960 000 nouveaux cas sont identifiés. D'après la Fondation Suisse de cardiologie (FSC, 2017), environ 200 000 personnes souffrent d'insuffisance cardiaque en Suisse. Selon Nowell, 2023, l'insuffisance cardiaque est définie par l'incapacité du cœur à pomper le sang distribué dans tout le corps. La réduction du flux sanguin, le retour veineux ou les changements qui affaiblissent et rigidifient le cœur ne permettent plus de répondre aux besoins de l'organisme. L'insuffisance cardiaque peut être d'origine droite, gauche ou mixte. Si la pathologie cardiaque est du côté droit, le symptôme principal est une accumulation de liquide qui entraîne des œdèmes au niveau des membres inférieurs. Si l'insuffisance est à gauche, les symptômes principaux sont la dyspnée et la fatigue dues à l'augmentation des pressions veineuses pulmonaires et au débit cardiaque diminué. L'insuffisance cardiaque d'origine mixte est l'ensemble des symptômes cités ci-dessus. L'échelle de la classification New York Heart Association (NYHA) permet de qualifier le stade de l'insuffisance cardiaque par le niveau d'incapacité dans les activités (*Les symptômes de l'insuffisance cardiaque*, 2021). Les critères sont les suivants :

- NYHA I définit une activité physique normale, sans fatigue, dyspnée ou de palpitations excessives.
- NYHA II définit que l'activité physique ordinaire provoque de la fatigue une dyspnée, des palpitations ou un angor.

- NYHA III définit une respiration normale au repos, une activité physique moins intense qu'une activité physique ordinaire provoque de la fatigue, une dyspnée, des palpitations ou un angor.
- NYHA IV définit que les symptômes surviennent au repos et que toute activité physique provoque un malaise.

Selon Grashkoska-Civkaroska & Grossen, 2022, l'IC est la principale cause d'hospitalisation chez les personnes de plus de 65 ans, mais l'insuffisance cardiaque peut également toucher de plus jeunes patients. D'après les articles sélectionnés (Dunbar et al., 2021; Lossnitzer et al., 2015; McPhillips et al., 2019; Patron et al., 2017; Polikandrioti, 2022; Polikandrioti et al., 2015), les symptômes dépressifs liés à l'insuffisance cardiaque surviennent dès 45 ans. Donc, ce travail de Bachelor ne traitera pas que sur la personne âgée, mais aussi sur la personne adulte. D'après Lossnitzer et al., 2015, certains patients atteints d'IC caractérisent des symptômes angoissants tels que la dyspnée, une fatigue ou un épuisement, des œdèmes et une incapacité à réaliser des activités de la vie quotidienne (AVQ). Parmi les maladies chroniques, l'insuffisance cardiaque est celle qui entraîne une plus grande diminution de la qualité de vie (Patron et al., 2017).

D'après FSC, 2023, 40 à 60% des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires sont également atteintes de symptômes dépressifs. D'après SFC, 2022, 20% à 40% des insuffisants cardiaques présentent des symptômes dépressifs. Pourtant, la santé mentale influence l'évolution de la pathologie chronique par l'augmentation des réhospitalisations et le risque de mortalité élevé (Lossnitzer et al., 2015). De plus, les symptômes de l'insuffisance cardiaque provoquent des symptômes dépressifs. Par exemple, la dyspnée se caractérise par une difficulté

respiratoire pouvant entraîner un sentiment d'anxiété et une perturbation des activités (loisirs, physiques, sociales et quotidiennes) par la sensation de devoir fournir un grand effort pour respirer. Un isolement social et une perte de motivation peuvent survenir après la dyspnée. L'isolement social fait partie des symptômes dépressifs, il s'associe à un épuisement vital et se caractérise par une fatigue extrême, des sentiments de démoralisation et une irritabilité augmentée (Polikandrioti, 2022). Ces derniers se trouvent également dans les symptômes angoissants évoqués par les patients atteints d'insuffisance cardiaque. L'incapacité à réaliser les AVQ peut engendrer une faible estime de soi et un sentiment de culpabilité par la perte d'autonomie. D'autres symptômes dépressifs comme les troubles de la concentration, les troubles mnésiques, les troubles du sommeil, les troubles sexuels et les idées suicidaires peuvent aussi être présents chez les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque (FSC, 2023). La fatigue, le manque d'énergie, l'inappétence et la perte de poids sont des symptômes de l'insuffisance cardiaque qui font également partie des symptômes dépressifs ce qui retarde le diagnostic d'une atteinte de la santé mentale. Effectivement, les troubles psychiques comme la dépression ne se manifestent pas toujours, c'est pourquoi ces symptômes sont souvent traités d'après le diagnostic de l'insuffisance cardiaque et non comme symptômes dépressifs. Alors que si ces derniers persistent, ils peuvent amener à un diagnostic de dépression. Ces symptômes dépressifs liés à l'insuffisance cardiaque ont un impact important sur le vécu des patients en restreignant leurs activités quotidiennes et leurs interactions sociales.

Selon Wolf et al., 2014, l'expérience du patient regroupe toutes les interactions et les moments vécus par une personne et son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont influencées non seulement par la manière dont le

parcours est organisé, mais aussi par l'histoire personnelle de la personne concernée. Le vécu est l'image que chaque individu se fait de tout ce qu'il lui est arrivé au cours de sa vie, par laquelle est liée son identité. Par ce vécu, la personne peut trouver ses certitudes et ses forces pour continuer à affronter les épreuves de la vie. Les événements du vécu doivent laisser une trace dans la vie. Effectivement, l'expérience fait partie du passé, mais joue un rôle dans le présent en ressortant des éléments sélectionnés pour influencer les besoins actuels ou futurs. D'après McPhillips et al., 2019, les opinions et les expériences dans le contexte de réadaptation cardiaque sont largement sous-étudiés. Dunbar et al., 2021 met en évidence que les perspectives négatives de l'aggravation des événements d'insuffisance cardiaque sont bien documentées, mais il y a peu de données disponibles sur l'impact de cette maladie du point de vue des patients, notamment en ce qui concerne les symptômes, la qualité de vie et les traitements.

Ce travail de Bachelor ne traitera pas sur deux diagnostics différentiels de dépression et d'insuffisance cardiaque, mais plutôt sur le vécu des symptômes dépressifs causés par l'insuffisance cardiaque. Ce choix de thème est motivé par la complexité et l'importance de comprendre comment les symptômes dépressifs, souvent masqués par ceux de l'insuffisance cardiaque, influencent la qualité de vie des patients, mais aussi l'importance du rôle infirmier-ère dans la prise en charge de ces patients.

Question de recherche

La recension des écrits et la rédaction de la problématique montrent qu'il y a peu d'études sur les besoins spécifiques des patients atteints d'insuffisance cardiaque qui font face à des symptômes dépressifs (Lossnitzer et al., 2015). De ce fait, il est

essentiel de savoir comment les infirmiers-ères peuvent soutenir les patients atteints d'insuffisance cardiaque par l'évaluation de leur expérience des symptômes dépressifs dans le but d'améliorer la qualité de vie et mettre au point une prise en charge sécuritaire et de qualité. Pour atteindre cet objectif, la question de recherche est formulée à l'aide de la méthode PICO. La question de recherche est la suivante :

“ Quel est le rôle des infirmiers-ères dans le vécu des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ? ”

P : Adultes atteints d'insuffisance cardiaque	I : Le rôle des infirmiers-ères par l'évaluation des besoins des patients
C : /	O : Le vécu des symptômes dépressifs

La population comprend des personnes adultes atteints d'insuffisance cardiaque. Les infirmiers-ères vont évaluer le vécu des symptômes dépressifs selon des témoignages et des échelles afin de déceler les meilleurs moyens de soutenir et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Les patients se trouvent à différents moments de l'évolution de leur maladie chronique ce qui amène à des contextes de soins divergents.

Objectif

Le but de ce travail de Bachelor est de démontrer l'importance du rôle des infirmiers-ères par la théorie de la gestion des symptômes en évaluant le vécu des symptômes dépressifs chez les personnes adultes atteints d'insuffisance cardiaque.

Cadre de recherche

Le cadre de recherche se base sur la version française du modèle de la théorie infirmière de la gestion des symptômes (Eicher et al., 2013). Le cadre va permettre de décrire, expliquer ou prédire des relations entre les concepts de la théorie de la gestion des symptômes et ceux du méta paradigme infirmier. En effet, structurer et organiser la pratique infirmière auprès des personnes atteintes d'IC avec une théorie spécifique paraît essentiel. L'expérience vécue de la personne malade à la base du processus de soins infirmiers représente un enjeu pour la pratique des soins. Effectivement, les soignants doivent améliorer l'identification et l'évaluation des symptômes dépressifs chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque (Polikandrioti et al., 2015). Pour ce faire, les infirmiers-ères peuvent utiliser la théorie de la gestion des symptômes pour cibler leur évaluation sur le vécu des symptômes dépressifs et comprendre les interactions avec les autres concepts de cette théorie.

La théorie de la gestion des symptômes

Depuis des années, les infirmiers-ères cherchent à réaliser des actions de soins orientées pour que le patient redevienne autonome dans le maintien de sa santé et le choix de ses activités. Les personnes atteintes d'une maladie chronique vivent avec de multiples symptômes dus à l'évolution de la maladie, aux traitements et aux effets secondaires de ces derniers. Le développement de la recherche sur les symptômes que décrivent les personnes souffrant de maladies chroniques est devenu une priorité. Les chercheurs de la faculté des Sciences infirmières de l'Université de Californie à San Francisco ont écrit la théorie " Symptom Management" ou la théorie de gestion des symptômes (Dodd, Janson, Facione, Faucette, Froelicher, Humphreys, et al., 2001; Humphreys, Lee, Carrieri-Kohlman, Puntillo, Faucett, Janson et al., 2008; Larson, Carrieri –Kohlman, Dodd, Douglas, Faucett, Froelicher et al., 1994) pour guider la recherche sur les symptômes et la pratique infirmière.

Cette pensée a permis d'améliorer les collaborations professionnelles et la manière de voir l'expérience des symptômes, les stratégies de gestion et les résultats obtenus. Elle est devenue une théorie intermédiaire de référence dans le domaine des sciences infirmières.

Pour introduire la théorie de la gestion des symptômes, Dodd, Janson et al., 2001, a défini le symptôme comme une expérience individuelle reflétant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions ou dans la cognition d'une personne. Selon Humphreys, Lee, et al., 2008, les symptômes jouent un rôle important dans l'évaluation de l'état de santé d'une personne, car ils révèlent des dysfonctionnements de son bien-être physique, mental, psychologique ou social. La théorie infirmière intermédiaire sur la gestion des symptômes apporte des informations importantes pour éliminer le symptôme et réduire la détresse survenue après l'expérience vécue du symptôme. D'abord elle permet de guider la pratique clinique par l'évaluation subjective et systématique des symptômes et ensuite de cibler la recherche en proposant des questions ou des hypothèses spécifiques à la gestion des symptômes.

La faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Californie à San Francisco en 1994 a introduit le modèle de gestion des symptômes (Larson, Carrieri-Kohlman et al., 1994). Après avoir analysé des modèles infirmiers déjà écrits, ils ont remarqué qu'aucun ne mettait l'accent sur le rôle des patients dans leur pratique d'autosoins, dans leurs stratégies de gestion des symptômes qu'ils avaient développées et les résultats qu'ils voulaient obtenir. Donc l'équipe de la faculté des Sciences infirmières a élaboré un modèle théorique de gestion des symptômes qui a été affiné par Dodd, Janson et al., 2001 ([Figure 1](#)).

Schéma de la théorie

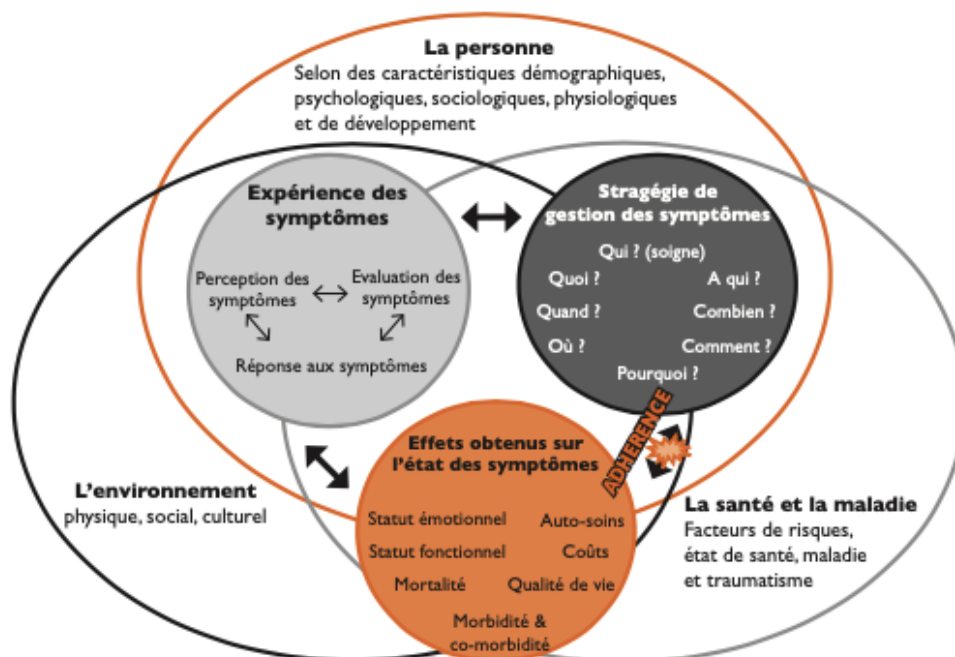


Figure 1 - Schéma de la théorie de gestion des symptômes (traduit du schéma publié par Dodd, Janson, et al., 2001, avec autorisation de John Wiley and Sons).

Des améliorations ont pu être marquées par des échanges entre professeurs et étudiants de la faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Californie à San Francisco (Eicher et al., 2013). Par la suite, Dodd, Janson, et al., 2001, ont proposé six hypothèses pour utiliser la théorie afin de décrire la nature des symptômes, les stratégies de gestion des symptômes et les relations entre les variables dans ce modèle. Trois hypothèses touchent directement l'expérience des symptômes.

Hypothèse 1 : L'évaluation des symptômes doit se baser sur la perception de l'individu qui expérimente le symptôme et qui l'auto-évalue.

Hypothèse 2 : Ce modèle s'applique aux personnes qui vivent une expérience de symptômes, mais il peut être aussi utilisé pour les personnes susceptibles de développer des symptômes à cause de l'influence de variables contextuelles telles

que les conditions de travail. Dans ce cas, des plans d'interventions préventives peuvent être mis en place.

Hypothèse 3 : Lorsque les personnes sont dans l'incapacité de s'exprimer verbalement, les soignants doivent être attentifs à l'interprétation de l'expérience des symptômes exprimée par les proches.

Ancrage disciplinaire

Dans la théorie de la gestion des symptômes, trois concepts sont issus du métaparadigme infirmier dont la personne, l'environnement, la santé et la maladie, qui entre en relation avec les concepts centraux de la théorie (Eicher et al., 2013).

Le concept de la personne fait appel aux variables démographiques, psychologiques, sociologiques, développementales et physiologiques. Ces dernières font partie de la manière dont un individu perçoit et répond à une expérience de symptôme.

Le concept de l'environnement fait appel aux conditions et aux contextes externes à la personne dans lesquels un symptôme apparaît. Ce concept englobe des variables physiques, sociales et culturelles.

Les concepts de la santé et de la maladie comprennent des variables liées à l'état de santé d'une personne et inclut ses propres facteurs de risque, les accidents subis et les handicaps.

Concepts principaux de la théorie

Les trois concepts centraux composant la théorie de Eicher et al., 2013 sont l'expérience des symptômes, la stratégie de gestion des symptômes et les effets

obtenus sur l'état des symptômes. Par la perception d'un symptôme, la personne peut initier des stratégies de gestion et les évaluer pour modifier la perception de ce symptôme. Donc, les concepts sont en interaction les uns avec les autres.

L'expérience des symptômes comprend une perception, une évaluation et une réponse face à un changement dans les sensations habituelles d'une personne. Lorsque le symptôme s'inscrit dans la durée, avec une fréquence et une sévérité suffisante, il est perçu comme une source de désagrément interférant avec la vie quotidienne de la personne.

Cette première étape de la théorie permet de caractériser la population en lien avec les symptômes qu'elle expérimente. La mesure du symptôme est importante et la caractériser permet de cibler les actions à entreprendre. Les recherches de cette théorie ont constaté que les personnes vivant avec une maladie chronique expérimentent rarement la présence d'un symptôme unique. Un des exemples démontre que la connaissance des professionnels de santé sur les symptômes en lien avec la maladie est importante pour mieux informer, accompagner et permettre aux patients de reconnaître les signes et symptômes de détérioration ou une dégradation de leur état de santé.

L'expérience du symptôme influence et dépend aussi des stratégies de gestion des symptômes ainsi que par les résultats sur l'état des symptômes. Les stratégies de gestion des symptômes sont présentes pour réduire la fréquence de l'expérience du symptôme, pour diminuer l'intensité du symptôme et pour trouver comment le soulager. Pour conclure sur ces concepts, la théorie de la gestion des symptômes explique que la prise en compte de l'expérience des symptômes et leur gestion par les personnes est une piste intéressante pour les professionnels de la santé afin de prioriser les interventions et de diminuer les symptômes.

Concepts éventuels de la problématique

L'insuffisance cardiaque provoque la plus grande diminution de la qualité de vie liée à la santé. Mais les symptômes dépressifs sont également associés à une réduction de la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Donc les symptômes dépressifs sont un lien entre l'insuffisance cardiaque et une mauvaise qualité de vie (Patron et al., 2017).

Qualité de vie : Selon la théorie de l'humain devenant de Rizzo Parse, 1994, la qualité de vie se réfère à la manière dont une personne perçoit sa vie et sa situation personnelle, en tenant compte du contexte culturel et des valeurs de sa société. Cela englobe ses objectifs personnels, ses attentes, ses normes et ses préoccupations, de manière complexe. Elle inclut également sa santé physique, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec son environnement spécifique.

Méthode

Devis

La question de recherche permet d'utiliser des articles de devis qualitatifs et de devis quantitatifs. L'approche qualitative favorise la recension des témoignages des personnes souffrant de symptômes dépressifs reliés à leur insuffisance cardiaque. Ce devis est représenté par la phénoménologie en se basant sur la signification que les personnes accordent à l'expérience des symptômes. L'étude de cas prend en compte l'explication des patients sur leurs symptômes dépressifs reliés à l'insuffisance cardiaque. Le devis quantitatif permet d'amener un haut niveau de preuves grâce aux statistiques. Il appuie l'évaluation faite par les infirmiers-ères du vécu des symptômes dépressifs chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ce devis met en lien sous forme d'analyses statistiques, les données des patients récoltées dans les échelles et les questionnaires reconnus que les infirmiers-ères utilisent. Donc, les chiffres vont être utilisés pour appuyer les résultats de la problématique de ce travail.

Critères d'éligibilité des études

Il est essentiel de définir des critères d'inclusions et d'exclusions afin d'amener des précisions pour sélectionner les articles pertinents répondant à la problématique. Ils ont permis de cibler les articles utiles en se basant sur la question de recherche.

Critères d'inclusions	Critères d'exclusions	Les filtres
Hommes et femmes	< 18 ans	Anglais et français
≥ 18 ans	Autogestion de la maladie	Moins de dix ans
Personnes adultes atteints d'insuffisance cardiaque		
Symptômes dépressifs		

Les filtres se trouvent directement sur les bases de données PubMed et Cinahl. En sélectionnant le filtre moins de dix ans, la recherche s'est basée sur des articles plus récents pour obtenir des données actuelles. Les filtres anglais et français permettent d'accentuer les recherches sur des articles écrits en français ou en anglais.

Stratégie de recherche

L'élaboration de la problématique sous forme de question PIO et la transformation des mots-clés en termes MeSH ont permis de créer des équations de recherche efficaces. L'utilisation des mots-clés ([tableau 1](#)), des équations de recherche ([tableau 2](#)), ainsi que divers filtres et critères d'inclusions et d'exclusions ont contribué à la sélection des articles pertinents. Les recherches sont menées sur les bases de données PubMed et CINAHL. La traduction des termes entre le français et l'anglais s'est réalisée via HeTOP, facilitant ainsi l'obtention des termes MeSH nécessaires pour optimiser les recherches. L'association de ces termes MeSH, des filtres et des critères de sélection a significativement amélioré l'efficacité des recherches. Lors de la recherche des articles dans la base de données CINAHL, l'ajout du mot-clé « quality of life » a été nécessaire pour cibler spécifiquement la recherche et identifier un article pertinent pour la problématique.

Résumé des mots-clés pour la recherche dans la base de données

Mots-clés (PIO)	P : personne atteinte d'insuffisance cardiaque	I : rôle infirmier	O : symptômes dépressifs
Synonyme, termes associés, termes liés	Insuffisance cardiaque	Rôle infirmier Évaluation Résultat des patients	Symptômes dépressifs Qualité de vie

Descripteurs HeTop	Défaillance cardiaque	Évaluation des résultats des patients Rôle de l'infirmier	Dépression Qualité de vie
MeSH PubMed	terms « Heart failure » OR « cardiac failure »	« Nurse's role » OR « evaluations »	« Depressive disorder » OR « depressive symptoms »
CINAHL headings	« Heart failure »	« Patient centred outcomes »	« Depressive symptoms » AND « quality of life »

Tableau 1 - Tableau thésaurus

Equations de recherche

Bases de données	Equation de recherche (MeSH terms, CINAHL headings) & Opérateurs booléens & Limites	Nombre d'articles	Articles retenus pour analyse (selon les normes APA)
PubMed	((("heart failure" [MeSH Terms]) AND ("depression/diagnosis"[MeSH Terms]))	96	1. (McPhillips et al., 2019) 2. (Patron et al., 2017) 3. (Lossnitzer et al., 2015)10/07/2024 13:35:00
PubMed	("heart failure"[MeSH Terms]) AND ("depressive disorder"[MeSH Terms])	124	4. (Polikandrioti et al., 2015) 5. (Polikandrioti, 2022)
CINHAL	Heart failure, patient-centered outcomes, depressive symptoms, quality of life	248	6. (Dunbar et al., 2021)

Tableau 2 - Equations de recherche

Sélection des articles

La sélection des articles s'est faite en premier par l'examen du titre des articles, ensuite par l'analyse des résumés dont les mots-clés pour qu'ils correspondent à la problématique de ce travail. Un diagramme de flux a été créé afin d'expliquer le processus de sélection de nos articles ([Figure 2](#)). La lecture totale des articles a permis d'approfondir la problématique, l'étude et le type de devis ainsi que les résultats et les limites de l'étude en finissant par la discussion et la conclusion des six articles retenus. La grille de lecture rapide ([appendice B](#)) et le tableau récapitulatif ([Appendice C](#)) sont utilisés afin d'adopter un premier avis critique sur l'article scientifique et son importance par rapport à la problématique de ce travail. Grâce à cette analyse, l'article peut être considéré comme pertinent pour répondre à la question de recherche. Ensuite, la réalisation de grilles Tétréault pour les six articles retenus permet de prouver la valeur de chaque article, mais aussi la pertinence face à la problématique en adoptant un avis critique plus précis ([Appendice D](#)).

Inclusion des articles

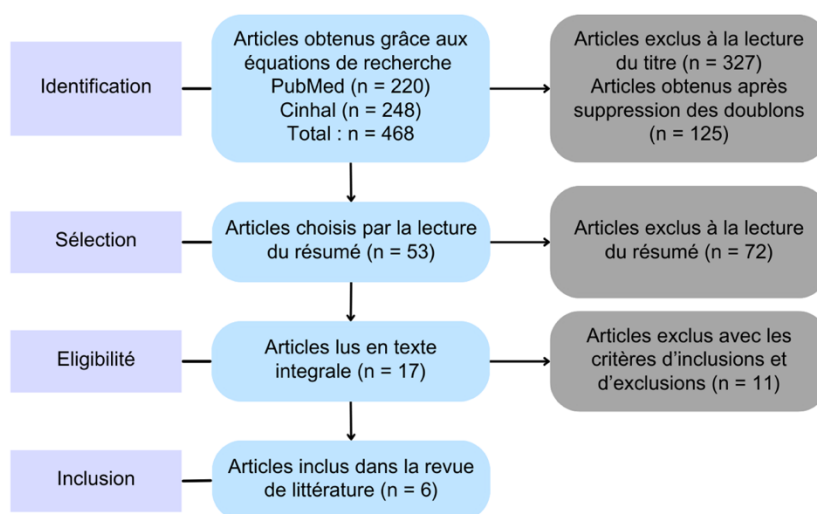


Figure 2 - Diagramme de flux

Évaluation de la qualité méthodologique des articles

La majorité des articles examinés reposent sur un devis quantitatif, ce qui renforce leur niveau de preuves grâce à l'utilisation de statistiques. La lecture des six articles a été facilitée par leur bonne structuration, rendant les informations accessibles et compréhensibles. La plupart des articles citent des sources récentes, pertinentes et cohérentes avec la thématique de ce travail de Bachelor. Pour approfondir l'analyse des articles sélectionnés, des grilles Tétreault ont été réalisées, permettant une évaluation plus rigoureuse et systématique de leur contenu. Ces grilles se trouvent en [Appendice D](#).

Extractions et synthèse des résultats

Certains articles incluent une analyse statistique à la fin de la section méthode. Une grille récapitulative ([Appendice C](#)) ainsi que des grilles de lecture rapide ([Appendice B](#)) ont été élaborées pour permettre une analyse efficace et ressortir les points essentiels. Les articles proviennent de différents continents et amènent une diversité des résultats au niveau mondial. Les études quantitatives fournissent un niveau de preuves élevé, tandis que l'étude qualitative amène des preuves par les témoignages sur le ressenti des patients. Toutes les études sélectionnées avaient un faible échantillonnage ce qui limitait les résultats trouvés. Au niveau des limites des articles, il est difficile de faire une généralisation au sein de la population. Les auteurs soulignent qu'en raison du faible taux d'échantillonnage, des études supplémentaires et plus approfondies sont nécessaires pour renforcer la validité des résultats. Les études sélectionnées sont des études transversales, ce qui limite les résultats à un instant précis. Malgré ces biais, les résultats obtenus répondent à la question de recherche et à l'objectif de ce travail.

Résultats

Caractéristiques et qualité des articles sélectionnés

Devis et dates de publication

Pour répondre à la problématique de recherche, six articles scientifiques rédigés en anglais sont retenus, dont cinq articles portant sur des études quantitatives (Dunbar et al., 2021; Lossnitzer et al., 2015; Patron et al., 2017; Polikandrioti, 2022; Polikandrioti et al., 2015) et un article sur une étude qualitative (McPhillips et al., 2019). Les dates de publication des articles sont comprises entre 2014 et 2022 pour utiliser des données récentes qui ne dépassent pas les 10 ans.

Population, pays et contexte de soins

La population cible des six articles concerne des patients adultes hommes ou femmes atteints d'insuffisance cardiaque qui souffrent de symptômes dépressifs. Les études des six articles viennent de pays différents comme l'Italie (Patron et al., 2017), la Grèce et sa périphérie (Polikandrioti, 2022; Polikandrioti et al., 2015), l'Allemagne (Lossnitzer et al., 2015), l'Angleterre (McPhillips et al., 2019) et pour finir les Etats-Unis (Dunbar et al., 2021). Les études se concentrent sur des milieux de soins différents comme l'hôpital (Polikandrioti et al., 2015), les consultations ambulatoires (Lossnitzer et al., 2015; Patron et al., 2017; Polikandrioti, 2022), le centre de réhabilitation (McPhillips et al., 2019) et à domicile par un questionnaire en ligne (Dunbar et al., 2021).

Éthique

Les auteurs de cinq articles ont demandé aux patients leur consentement éclairé lors de la participation aux études (Dunbar et al., 2021; McPhillips et al., 2019; Patron et al., 2017; Polikandrioti, 2022; Polikandrioti et al., 2015). Quatre articles se sont basés sur la Déclaration d'Helsinki reconnue officiellement par l'Association Médicale Mondiale pour approuver les principes éthiques applicables dans les études de Lossnitzer et al., 2015; Patron et al., 2017; Polikandrioti, 2022; Polikandrioti et al., 2015.

Instruments de mesure

Instruments de mesure concernant les symptômes dépressifs

Deux articles utilisent l'échelle HADs qui évalue la dépression et/ou l'anxiété (McPhillips et al., 2019; Polikandrioti et al., 2015). Dunbar et al., 2021; Lossnitzer et al., 2015 se sont basés sur l'échelle General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) qui traite sur la gravité de l'anxiété. Selon Patron et al., 2017, ils réalisent leur récolte de donnée par un questionnaire qui montre la gravité des symptômes dépressifs et plus précisément l'inventaire de Beck pour l'anxiété. Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8) examine la gravité des symptômes dépressifs qui se retrouve dans l'étude de Dunbar et al., 2021. Pour différencier les symptômes dépressifs affectifs, somatiques et physiques, un article emploie le questionnaire PHQ-9 (Lossnitzer et al., 2015). L'étude d'un article se penche sur le test de Kruskal-Wallis qui permet d'observer l'existence d'une association entre l'isolement social et la fatigue et sur le MFIS en grec qui évalue également la fatigue (Polikandrioti, 2022). L'Insomnia Severity Index (ISI) exprime la gravité de l'insomnie selon Dunbar et al., 2021.

Instruments de mesure concernant les symptômes de l'insuffisance cardiaque

Les articles de 10/07/2024 13:35:00 se basent sur la classification de la New York Heart Association (NYHA) pour la gravité des symptômes dépressifs de l'insuffisance cardiaque. Un article inclut le questionnaire de Kansas City Cardiomyopathy (KCCQ-12) dans son étude pour évaluer la charge des symptômes reliée à la qualité de vie (Dunbar et al., 2021). Le questionnaire du Minnesota Living with Heart Failure (MLHFQ) ainsi que l'indice de comorbidité de Charlson sont présentés dans l'article (Patron et al., 2017).

Instruments de mesure pour la capacité fonctionnelle comportementale

Le test de la marche de 6 min et le score des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) sont choisis par les auteurs pour évaluer la capacité fonctionnelle comportementale citée dans un article (Patron et al., 2017). Selon Lossnitzer et al., 2015, le SF-36 est un instrument multidimensionnel qui observe les symptômes de l'insuffisance cardiaque et les symptômes dépressifs par des scores mentaux et physiques.

Récolte de données

Les études des six articles se basent sur des questionnaires pour leur intervention dans la pratique, mais par des approches différentes. Quatre articles ont fait des entretiens de suivi (Lossnitzer et al., 2015; McPhillips et al., 2019; Patron et al., 2017; Polikandrioti, 2022). Selon Dunbar et al., 2021, 2021, les auteurs ont envoyé le questionnaire par courrier directement chez les participants. Pour finir, dans l'article écrit par Polikandrioti et al., 2015, les participants ont répondu aux questions pendant leur hospitalisation.

Synthèse analytique et description des articles

Analyse de chaque étude

L'étude de l'article qualitatif de McPhillips et al., 2019 menée auprès de 46 patients dépistés positivement pour l'anxiété et/ou la dépression sont examinés par le personnel soignant pour déterminer leur éligibilité à être inclus dans l'essai PATHWAY. Ce dernier est un essai contrôlé randomisé qui compare la réadaptation cardiaque (RC) habituelle seule à la RC habituelle avec six séances de thérapie métacognitive en groupe. Les critères d'inclusions étaient l'âge de ≥ 18 ans, l'échelle HADs positive et la compréhension de l'anglais pour donner un consentement éclairé. Cette étude a pour but d'explorer comment les patients décrivaient et comprenaient leur détresse, l'efficacité de la réadaptation cardiaque et les soins de routine, mais aussi comment les patients voyaient le rôle des interventions psychologiques formelles et actuelles pour répondre aux besoins psychologiques. En plus de connaître l'opinion des patients, l'étude contribue à aider et à comprendre pourquoi la réadaptation cardiaque a des effets limités sur la détresse psychologique. Les résultats principaux ressortis sont que les patients se sentent déprimés, ils éprouvent également des inquiétudes telles que l'appréhension d'avoir de nouveaux événements cardiaques, les restrictions possibles de la vie quotidienne, les finances et les relations familiales. Selon certains patients l'inquiétude devient incontrôlable et ils souhaitent redevenir « normaux ». Selon la hiérarchie des preuves, cette étude, comportant l'essai randomisé contrôlé, est au niveau II de la pyramide. Cependant, il faut noter que les patients ne sont pas atteints que d'IC, mais aussi d'autres pathologies cardiaques. Pourtant, les résultats obtenus de ces différentes pathologies cardiaques restent similaires. Le choix de l'article qualitatif s'explique dans l'auto-évaluation de l'expérience des participants atteint d'une maladie cardiaque avec des symptômes dépressifs.

L'article de Patron et al., 2017 se base sur un devis quantitatif avec 59 patients présentant une IC et porteurs d'un défibrillateur automatique implantable. Les patients devaient répondre aux critères d'inclusions suivants : patients âgés de ≥ 18 ans et présentent une fraction d'éjection ventriculaire gauche $\leq 40\%$. Le but de cet article est d'évaluer l'influence différentielle des symptômes dépressifs somatique-affectifs par rapport aux symptômes dépressifs cognitifs sur la qualité de vie et la capacité fonctionnelle comportementale chez les patients atteints d'IC. L'article émet l'hypothèse que les symptômes dépressifs de nature somatiques et affectifs, contrairement aux symptômes dépressifs cognitifs ou à l'anxiété, pourraient être liés à une diminution de la qualité de vie et à la capacité fonctionnelle comportementale chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Des échelles sont appliquées pour argumenter les résultats comme la classification NYHA, l'indice de comorbidité de Charlson, BDI-II par un questionnaire d'auto-déclaration, l'inventaire de l'anxiété de Beck, l'auto-évaluation IADL, le Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, l'activité physique et sexuelle, l'interaction sociale, le travail et les émotions. Les résultats ressortent une majorité d'hommes (85.5%) avec un âge moyen (écart type de 73 ans) et une éducation moyenne (5.8 ans) avec une classification de NYHA II en supériorité (47.3% = 26 patients). En ce qui concerne la dépression, il est constaté que 29,1% des patients souffraient de dépression minime, 27,3% de dépression légère, 20% de dépression modérée et 23,6% de dépression sévère. De plus, 18,2 % des patients présentent une anxiété minimale, 27,3% une anxiété légère, 25,4% une anxiété modérée et 29,1% une anxiété sévère. Pour la capacité fonctionnelle comportementale, le score de la marche dépend des facteurs dépressifs. Les symptômes plus graves sont associés à une distance plus faible lors du test de la marche. Le score BDI-II des symptômes somatiques-affectifs influence le score de l'IADL en dehors de l'âge et de la classification NYHA ainsi que le score de Charlson.

Plus les symptômes sont graves, plus la capacité fonctionnelle comportementale de l'IADL est faible. Le score BDI-II des symptômes somatiques-affectifs plus grave est associé au score total de l'échelle MLHFQ plus élevé, donc une qualité de vie plus faible. Le niveau de preuve correspond au niveau IV de la pyramide hiérarchique des preuves. L'article est limité par son faible échantillonnage et sa diversité vu que la majorité sont des hommes. Le choix de l'article s'est porté sur la réponse des patients aux questionnaires sur leur vécu.

Dans l'article de Lossnitzer et al., 2015, l'étude de devis quantitatif contient 85 patients répondant aux critères d'un trouble dépressif. Les critères d'inclusions des participants sont une insuffisance cardiaque systolique stable et documentée, des personnes âgées de ≥ 18 ans, la clarification des idées suicidaires et des idées d'automutilation. La question de recherche explore les préférences de types de traitements des patients déprimés atteints d'insuffisance cardiaque en fonction de leur situation personnelle avec des conditions telles que la fatigue, l'essoufflement ou d'autres diagnostics comorbides. Le but de cette étude est d'examiner les préférences et les objections des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique à l'utilisation des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Le deuxième but de cette étude est d'observer l'utilisation de ces traitements lors d'un suivi de 3 mois. La collecte de données de l'étude se réalise pendant des entretiens prévus en donnant des questionnaires sur les différentes variables comme l'anxiété (GAD-7), la dépression (PHQ-9), la classification de l'insuffisance cardiaque (NYHA) et la qualité de vie (SF-36). Dans les résultats principaux, la meilleure option est les entretiens de soutien réguliers avec des sujets comme la qualité de vie, les facteurs de stress financiers, la santé globale et les relations sociales. Les patients sont également favorables à des groupes d'éducation sur l'insuffisance cardiaque (55,3%). 24,7% des patients ont utilisé les discussions de soutien régulières et les groupes

d'exercices pour l'insuffisance cardiaque après le suivi de 3 mois. Mais 56,5% des participants refusent un antidépresseur par peur des effets indésirables et l'interaction négative avec leurs médicaments de l'insuffisance cardiaque. Les refus sont aussi dus à la volonté de ne jamais prendre d'antidépresseurs ou la conviction qu'ils sont inutiles. 47,1% des patients ne peuvent également pas envisager d'adhérer à des séances de psychothérapie hebdomadaires régulières, car ils sont convaincus de ne jamais avoir besoin ou ils ne sont pas convaincus de leur utilité ou encore, car ces entretiens sont trop épuisants et prennent trop de temps. Les limites de cette étude comportent un échantillon de patients en service d'ambulatoire qui ne permet pas de représenter une population générale. Un faible taux de participation à l'étude (67%) peut aussi affecter la concrétisation des résultats. Des variables ont été exclues, car elles ne rentraient pas avec $p < 0.05$ dans les analyses. Les méthodes utilisées pour mesurer les préférences des traitements n'ont pas de données valides et fiables, car elles sont basées sur des questions standardisées ce qui diminue le niveau de preuves. Selon la pyramide hiérarchique des preuves, cette étude observationnelle se trouve dans le niveau IV.

L'étude de Polikandrioti et al., 2015 repose sur une étude quantitative avec la participation de 190 patients atteints d'insuffisance cardiaque hospitalisés. Les patients devaient répondre à des critères d'inclusions comme être diagnostiqué d'insuffisance cardiaque, avoir une fraction d'éjection du ventriculaire gauche à 40%, minimum trois jours d'hospitalisation à cause de l'insuffisance cardiaque et une compréhension suffisante de la langue grecque. Le but de l'étude est d'explorer les facteurs associés à l'anxiété et à la dépression chez les patients hospitalisés pour l'insuffisance cardiaque. L'étude se base sur les réponses du questionnaire HADs donné aux patients pendant leur hospitalisation. Les résultats ressortent que 24,7% présentent un niveau d'anxiété modéré et 32,6% un niveau d'anxiété élevé. 17,4%

des patients semblaient souffrir de dépression moyenne et 24,2% de dépression majeure. La durée de maladie plus longue est associée à une plus grande probabilité de dépression élevée ($p= 0.041$). Les patients célibataires, divorcés ou veufs (35,6%) sont plus à risque de souffrir de dépression majeure que ceux qui sont mariés (19,2%). Les limites sont liées au fait que ce soit une étude transversale par des données à un moment précis, ce qui ne prend pas en compte les changements et les différences dans le temps. La généralisation du questionnaire HADs fait partie des limites qui influencent les résultats. Selon la pyramide hiérarchique, cette étude se trouve dans le niveau IV de preuves.

L'article quantitatif de Polikandrioti, 2022 a un échantillonnage de 100 patients hospitalisés ou en consultation externe. Ils devaient remplir les critères de ≥ 18 ans, diagnostiqués d'IC évalué par le cardiologue et confirmé par les dossiers médicaux, la capacité d'écrire, de lire et de comprendre la langue grecque et la capacité de lire et de signer le formulaire de consentement éclairé. Cette étude a pour but d'évaluer les facteurs associés à l'isolement social et d'évaluer l'impact de la fatigue sur l'isolement social. Les participants ont répondu à plusieurs questionnaires comme le test de MFIS, la classification NYHA et le test de Kruskal-Wallis. Un test d'indépendance est effectué afin d'évaluer l'association entre l'isolement social et les caractéristiques des patients. Les résultats de l'étude indiquent que 78% des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ont rapporté se sentir socialement isolés. Les facteurs comme le sexe féminin, la classification NYHA de stade IV, le stress lié à l'insuffisance cardiaque, la dyspnée nocturne paroxystique, l'œdème des membres inférieurs, la polymédication, les changements dans l'image corporelle, ainsi que la non-conformité aux restrictions de liquide et de sodium sont liés à l'isolement social. Le niveau de preuve correspond au niveau IV de la pyramide hiérarchique des preuves.

Le dernier article est celui de Dunbar et al., 2021 qui utilise un devis quantitatif et se compose d'un échantillon de 512 patients. Les participants sont sélectionnés en deux groupes. Ils doivent remplir les critères suivants : âgés de ≥ 18 ans, diagnostiqués d'une insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection réduite, résidents aux États-Unis, capables de lire et d'écrire en anglais, et capables de fournir un consentement éclairé. Le but de cette étude est d'observer les résultats centrés sur les patients atteints d'IC à fraction d'éjection réduite, mais aussi de comparer les patients qui ont eu une aggravation de l'insuffisance cardiaque avec ceux qui sont restés stables. Les principaux instruments utilisés sont le KCCQ-12, le PHQ-8, le GAD-7, et le ISI. L'étude montre que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ayant récemment subi une décompensation éprouvent davantage de symptômes de stress psychologique, et de contraintes financières comparé à ceux n'ayant pas connu de décompensation. Ils sont également plus favorables à investir dans des traitements visant à améliorer leur santé. Ces patients expriment une mauvaise satisfaction envers leurs médicaments et ont tendance à suivre leurs traitements prescrits avec moins de rigueur. Les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite présentent souvent des signes de dépression (40,2 %), de trouble d'anxiété généralisée (32,6 %) et d'insomnie (61,9 %). Ces troubles étaient encore plus fréquents chez les patients ayant vécu une décompensation récente, avec des taux de dépression de 55,3% contre 24% avec un trouble d'anxiété généralisée plus répandu. L'article présente certaines limites, notamment la possibilité de biais dus à des variables omises, comme l'environnement des patients et le type de communauté qui influencent les résultats. Le niveau de preuves correspond au niveau IV de la pyramide hiérarchique des preuves.

Organisation des résultats en catégorie

La mise en commun des six articles a permis de mettre en lumière les thèmes principaux qui se retrouvent dans le tableau [appendice E](#). Le vécu des patients, le manque de connaissances et les besoins des patients sont les trois grandes catégories. Il est nécessaire de séparer ces catégories en concepts pour apporter plus de précision. Les facteurs démographiques et l'expérience des symptômes reprise de la théorie de la gestion des symptômes pour spécifier le vécu des patients. La stigmatisation et l'adhérence aux traitements concernent le manque de connaissances des patients et des professionnels soignants. Pour finir, les besoins des patients se concentrent sur les entretiens de soutien et les groupes d'éducation. Parmi ces thèmes, il y a les attributs qui sont tirés des résultats et qui apportent des précisions concernant la problématique.

Synthèse des résultats des études

Catégorie 1 : Vécu des patients

Facteurs démographiques

Le vécu des symptômes dépressifs des patients atteints d'insuffisance cardiaque est influencé par les facteurs démographiques. L'âge fait partie des facteurs démographiques qui influencent l'anxiété. Le haut degré d'anxiété est plus ressenti chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque âgées de < 50 ans (46,2%) que chez les personnes âgées de >70 ans (34,1%) selon Polikandrioti et al., 2015 ($p=0,613$). L'état civil est également une variable qui procure de l'anxiété chez les personnes atteintes d'IC. Dans l'étude réalisée par Polikandrioti et al., 2015 ($p=0,286$), les patients célibataires, divorcés ou veufs (37,3%) sont plus à risque de souffrir d'anxiété majeure que ceux qui sont mariés (30,8%). Dans cette même étude,

il est intéressant de relever le contexte de travail comme facteurs d'anxiété. Les employés d'entreprises privées sont les plus touchés par un niveau d'anxiété élevé (48,1%) comparé à ceux qui travaillent à la maison (38,1%) ($p=0.232$). L'étude révèle également que >5 ans après le diagnostic d'insuffisance cardiaque, l'anxiété devient de plus en plus significative (37%) en comparaison avec les patients ayant été diagnostiqués dans la première année (31,0%) (Polikandrioti et al., 2015, $p=0,258$).

Concernant la dépression, les types de variables sont identiques que celles de l'anxiété. Selon Polikandrioti et al., 2015 ($p=0,128$), le haut degré de dépression est autant ressenti chez les personnes atteintes d'IC âgées de <50 ans (30,8%) que chez les personnes âgées de >70 ans (30,7%). Comme pour l'anxiété, les personnes célibataires, divorcées ou veuves (35,6%) sont plus à risque de développer un niveau de dépression élevé que les personnes mariées (19,2%) ($p=0.046$). Dans le même article, l'évolution de la maladie est une variable significative par rapport au degré de la dépression. Effectivement, la dépression est également plus présente à >5 ans post-diagnostic (35,6%) comparé à la première année post-diagnostic (14,3%) (Polikandrioti et al., 2015, $p=0,041$). Dans l'étude de Polikandrioti, 2022, la majorité des patients (70%) expriment éprouver du stress en raison de l'évolution de la maladie. Dans la même étude, la classification NYHA joue aussi un rôle dans le niveau des symptômes dépressifs. Plus précisément, la majorité des patients percevant un isolement social important avaient une classe IV de la NYHA (57,9 %) tandis que les autres patients de classe I-III étaient à 42,1% ($p=0,001$).

Expérience des symptômes

Selon l'étude qualitative de McPhillips et al., 2019, certains patients déclarent : "se sentir déprimés" [P45] ou "avoir peur" [P08] face à de nouveaux événements

cardiaques. Ils se sentent coupables de ce qu'il leur arrive. Des inquiétudes constantes sont exprimées quant à la vigilance et au comportement à adopter avec leur pathologie. Les patients se décrivent comme : "*stupides de ressentir cela*" [P30], qu'ils sont devenus "*pathétiques*" [P39] ainsi que "*vieux et inutiles*" [P30] dans les témoignages de l'article de McPhillips et al., 2019. Selon Lossnitzer et al., 2015, la majorité des patients éprouvent des symptômes angoissants qui impactent leur vécu tels que la dyspnée, une diminution de la capacité fonctionnelle et des œdèmes périphériques. Selon Patron et al., 2017, la qualité de vie est également reliée à la capacité fonctionnelle comportementale. Plus les symptômes dépressifs somatique-affectifs sont graves, plus la capacité fonctionnelle comportementale mesurée par le score des activités instrumentales de la vie quotidienne est faible. L'étude de Dunbar et al., 2021 ($p = 0,001$) raconte que le vécu des symptômes comme l'essoufflement (65,9%), les douleurs thoraciques (57,6%), et l'œdème (55,1%) incite les patients à consulter un médecin. En effet, selon Polikandrioti, 2022, 71,7% des patients présentent une dyspnée paroxystique nocturne ($p = 0,030$), 77,6% souffrent d'œdèmes des membres inférieurs ($p = 0,001$), et 83,8% signalent un changement dans leur image corporelle ($p = 0,032$). De plus, 78,9% sont stressés par leur insuffisance cardiaque ($p = 0,002$). L'insuffisance cardiaque a également des effets modérés à élevés sur la fatigue. D'après Patron et al., 2017, les activités quotidiennes sont perturbées par des symptômes dépressifs somatique-affectifs graves de la dépression qui sont associés à des scores du questionnaire du MLHFQ élevés. Ce résultat indique une faible qualité de vie liée à la santé. En effet, la qualité de vie des patients est atteinte par les changements dans leurs habitudes. Dans l'étude de McPhillips et al., 2019, beaucoup de patients décrivent le sentiment de restriction par les changements de mode de vie cliniquement recommandés. Les AVQ sont altérées, la vie sociale ainsi que les relations avec les proches deviennent limitées (Lossnitzer

et al., 2015). Polikandrioti, 2022 montre dans son étude que 78% des participants atteints d'insuffisance cardiaque subissent un isolement social, dont 40% avec un niveau élevé. En effet, selon Polikandrioti, 2022, l'isolement social est associé au vécu de symptômes évoqués précédemment comme la dyspnée, les œdèmes des membres inférieurs, le changement de l'image corporelle et la fatigue. Concernant le score du MFIS, 25% des patients présentent de la fatigue physique avec un score de 49/55 points et un score de 33/50 points pour la fatigue mentale. La fatigue totale est associée à l'isolement social perçu par les patients ($p= 0,001$).

Catégorie 2 : Manque de connaissances

Adhérence au traitement

Selon Dunbar et al., 2021, les patients comptent une moyenne de six médicaments sur ordonnance par jour. Effectivement, Selon Dunbar et al., 2021, ($p= 0.001$), les personnes atteintes d'aggravation des événements d'insuffisance cardiaque (WHFE - Worsening Heart Failure Event) ont signalé des symptômes plus importants, un fonctionnement plus médiocre, des traitements lourds et donc une qualité de vie moins bonne que ceux sans signes d'aggravation. Une étude évoque les inquiétudes vis-à-vis de la non-observance des traitements. Certains patients disent avoir oublié s'ils ont pris leurs traitements (McPhillips et al., 2019). D'après Dunbar et al., 2021, $p= 0,459$, 81,4% des patients oublient également la prise de leurs traitements. D'autres raisons de la non-adhésion relevées dans l'étude ci-dessus incluent le manque de moyens de transport pour se rendre à la pharmacie chez 67,8% des patients ($p= 0,110$), la remise en question de l'utilité du traitement chez 58,3% des patients ($p= 0,004$), et la peur des effets à long terme chez 56,6% des participants ($p= 0,001$). En effet, les participants de l'étude de Dunbar et al., 2021, évoquent les raisons statistiquement significatives de la non-adhérence des traitements comme les

effets secondaires, l'efficacité du traitement, la commodité d'utilisation, l'impact sur les activités quotidiennes, les soins médicaux et la satisfaction globale ($p= 0,001$). Les patients ayant une décompensation de l'IC reçoivent plus fréquemment une aide de leur famille, amis ou partenaires de soins pour la gestion des médicaments (28,2%) et/ou un soutien au niveau financier (23,7%) (Dunbar et al., 2021, $p= 0,001$). Dans l'étude précédente, les patients déclarent payer entre 25\$ et 50\$ pour les traitements prescrits. Plus de 47,5% ont demandé une alternative en remplaçant les traitements par leurs génériques ($p= 0,020$). 18,4% des participants de l'étude de Dunbar et al., 2021, expriment avoir sauté une dose ou fractionné des comprimés ($p= 0,191$). Les patients qui subissent une décompensation de l'IC se sont inscrits pour obtenir une carte de réduction Medicare chez une assurance complémentaire afin d'avoir des prix réduits sur les traitements (24,2%) (Dunbar et al., 2021, $p= 0,001$). Dans l'étude écrite par Polikandrioti, 2022, 97,4% des participants qui prennent de nombreux médicaments perçoivent un isolement social ($p= 0,001$).

Stigmatisation

L'étude de Lossnitzer et al., 2015 ressort que 56,5% des patients atteints de symptômes dépressifs liés à l'insuffisance cardiaque affirment qu'ils refuseraient de prendre un antidépresseur. Parmi ceux qui ont refusé, la moitié craignaient des effets indésirables et/ou des interactions négatives avec leurs traitements de l'insuffisance cardiaque. L'autre raison évoquée de refuser les antidépresseurs comprenait la conviction que les médicaments sont inutiles. Lors de l'étude qualitative (McPhillips et al., 2019), les patients ont généralement une perception négative des interventions psychologiques. Ces interventions étaient des cours de gestion du stress et de relaxation. Seulement 5/15 personnes trouvent des bénéfices à ces interventions. D'autres personnes de l'étude de McPhillips et al., 2019 qui avaient refusé la

participation, considéraient les cours comme inutiles sans avoir essayé. Certains participants expriment leur réticence à se confier à des étrangers (McPhillips et al., 2019). Dans l'étude écrite par Lossnitzer et al., 2015, 47,1% des participants ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas envisager de suivre régulièrement des séances hebdomadaires de psychothérapie. Les raisons principales incluent la conviction de ne jamais avoir besoin de psychothérapie, le scepticisme quant à son efficacité, ainsi que la perception que des rendez-vous hebdomadaires seraient trop fatigants (Lossnitzer et al., 2015). L'étude de Polikandrioti et al., 2015 dévoile que les patients sont parfois réticents à parler de leur état émotionnel, par crainte d'être stigmatisés comme ayant une maladie mentale. On parle ici d'une auto-stigmatisation.

Catégorie 3 : Besoins des patients

Entretien de soutien

Selon l'étude de Lossnitzer et al., 2015, l'option de traitement préférée des patients atteints d'insuffisance cardiaque qui souffrent de symptômes dépressifs sont les entretiens de soutien réguliers (64,7%). La demande des patients portait sur des discussions axées sur la qualité de vie, les facteurs de stress financiers, la santé globale et les relations sociales. Effectivement, l'article de Polikandrioti, 2022, basé sur l'isolement social démontre que 40% de l'échantillon perçoit de l'isolement social. L'article de McPhillips et al., 2019, fait également ressortir le questionnement des patients sur des préoccupations comme le manque d'argent : *"C'est surtout l'argent... je n'ai pas d'argent"* [P10] ou sur les relations sociales : *"Ma femme est partie... les enfants en sont bouleversés, c'est ce qui me préoccupe le plus, c'est assez difficile à gérer"* [P45]. Les patients ont trouvé une comparaison entre le temps excessif qu'ils passent à s'inquiéter et la sensation qu'ils ne savent pas comment s'arrêter de s'inquiéter (McPhillips et al., 2019). C'est pourquoi, quinze patients ont confié qu'une

aide psychologique impliquant de parler de leurs problèmes émotionnels serait utile. Comme dans l'article de McPhillips et al., 2019, les patients se confient sur le besoin d'avoir une personne pour les guider : *"Quelqu'un pour m'aider à m'examiner"* [P44] ou la volonté *"D'orienter mes pensées vers de meilleures voies que celles que j'emprunte actuellement"* [P42]. Certains patients expriment avoir besoin de parler à quelqu'un, mais il est observé que les patients ne veulent pas vraiment se dévoiler à un étranger (McPhillips et al., 2019). Pour revenir sur l'étude de Lossnitzer et al., 2015, 42,4% des patients ont la volonté de participer aux traitements, mais seulement 24,7% les ont vraiment utilisés après un suivi de trois mois. Effectivement, parmi ces options, les discussions de soutien régulières ainsi que les groupes d'exercices sur l'insuffisance cardiaque sont les plus utilisés (Lossnitzer et al., 2015).

Groupe d'éducation sur l'insuffisance cardiaque

Dans l'article de Lossnitzer et al., 2015, les groupes d'exercices sur l'insuffisance cardiaque ressortent utiles pour les patients. Ils se questionnent sur leur propre comportement par peur d'une décompensation ou d'un nouvel accident cardiaque, en se demandant par exemple : *"Est-ce que j'en fais trop ?"* [P24] ou *"Ai-je pris les médicaments ?"* [P12] (McPhillips et al., 2019).

L'article de McPhillips et al., 2019, souligne que les patients se plaignent souvent du personnel soignant comme : *"Occupé"* [P20], *"Ayant d'autres patients à gérer"* [P07] ou *"Etant là pour s'occuper du physique... juste pour les exercices"* [P12]. Cependant, les patients ont directement relié ces attributions avec leur propre inconfort à l'idée de discuter de questions personnelles ou privées avec les soignants. Par les mots des patients : *"L'inconfort s'aggrave parce que les infirmières changent constamment..., vous aviez alors la semaine suivante une infirmière différente que vous ne connaissiez pas"* [P37].

Discussion

Ce chapitre se consacre à l'interprétation des résultats en mettant en lumière les forces et les limites de ce travail. Il établit des liens avec le cadre théorique et évalue la qualité des preuves présentées dans les différents articles sélectionnés. La réponse à la question de recherche est discutée pour ensuite formuler des recommandations.

Synthèse générale des résultats

Les articles sélectionnés dans le chapitre méthode de ce travail fournissent des résultats pertinents pour répondre à la question de recherche concernant le rôle des infirmiers-ères dans le vécu des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Le concept de l'expérience des symptômes retrouvé dans les six articles permet d'argumenter les résultats.

Les facteurs démographiques jouent un rôle significatif dans l'expérience des symptômes dépressifs chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, comme le démontre les études de Lossnitzer et al., 2015; Polikandrioti, 2022. Effectivement, le concept de l'expérience des symptômes est influencé par le concept de la personne pris dans le métaparadigme infirmier comprenant les caractéristiques sociodémographiques des personnes (Dodd, Janson et al., 2001). Dans la théorie de la gestion des symptômes (TGS) traduite par Dodd, Janson et al., 2001, les variables font parties de la manière dont une personne ressent et répond à une expérience de symptôme. Elles sont comprises dans le stade de développement d'une personne et s'adaptent d'après les symptômes. Bien que la majorité des participants des études choisies soient des hommes, ce sont les femmes qui présentent le plus de symptômes dépressifs (Polikandrioti, 2022; Polikandrioti et al., 2015). Les variables démographiques telles que le sexe, l'âge, l'état civil, le contexte professionnel et la

durée depuis le diagnostic influencent significativement les niveaux d'anxiété et de dépression chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque (Polikandrioti et al., 2015). D'après l'étude précédente, les personnes de moins de 50 ans ressentent un degré d'anxiété plus élevé. Tandis que le degré de dépression plus élevé touche les moins de 50 ans, mais aussi les plus de 70 ans. De plus, l'anxiété est fortement influencée par l'état civil. Les patients célibataires, divorcés ou veufs sont plus susceptibles de souffrir d'anxiété majeure et de dépression que ceux qui sont mariés, soulignant l'importance du soutien social dans la gestion de ces symptômes (Polikandrioti et al., 2015). Les patients ayant été diagnostiqués depuis > de 5 ans montrent des niveaux de dépression plus élevés comparés à ceux diagnostiqués depuis moins d'un an (Polikandrioti et al., 2015). Cette observation suggère que la chronicité de la maladie et l'accumulation de ses impacts peuvent exacerber les symptômes dépressifs. Cette relation entre la gravité de la maladie et l'isolement social renforce l'idée que l'insuffisance cardiaque sévère affecte profondément la vie sociale et émotionnelle des patients. Selon la TGS, il est vrai que lorsqu'un symptôme dure dans le temps, avec une fréquence et une grande sévérité, il est vécu comme une source de désagrément qui influence également la vie quotidienne du patient (Dodd, Janson et al., 2001).

Les résultats des études analysées révèlent une diversité d'expériences émotionnelles et physiques chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les patients décrivent souvent des sentiments de dépression et de peur face à de nouveaux événements cardiaques ainsi que de la culpabilité (McPhillips et al., 2019). Les symptômes physiques considérés comme symptômes angoissants incluent la dyspnée, une diminution de la capacité fonctionnelle, et des œdèmes périphériques (Dunbar et al., 2021; Lossnitzer et al., 2015). D'après la TGS, l'expérience des symptômes commence par la perception des patients dans les changements de leurs

sensations habituelles (Dodd, Janson et al., 2001). Les pourcentages élevés de patients présentant une dyspnée paroxystique nocturne, des œdèmes des membres inférieurs, et des changements dans leur image corporelle, confirment l'importance de ces symptômes dans la vie quotidienne des patients (Polikandrioti, 2022). Les patients atteints d'une décompensation de leur insuffisance cardiaque ont une charge de symptômes plus importante en lien avec une qualité de vie plus mauvaise que les patients n'ayant jamais eu de décompensation de leur maladie (Dunbar et al., 2021). Ce qui montre la gravité de l'impact physique des fluctuations de la maladie cardiaque sur la vie quotidienne des patients et sur leur qualité de vie. Le diagnostic de symptômes dépressifs peut être difficile à repérer car certains symptômes peuvent être similaires à ceux de l'insuffisance cardiaque (Dunbar et al., 2021). Les symptômes dépressifs prévoient la mortalité, les réhospitalisations et une augmentation de la charge symptomatique et psychologique chez les patients atteints d'IC (Lossnitzer et al., 2015; Polikandrioti et al., 2015). Les symptômes tels que la fatigue, la dyspnée, les œdèmes, le changement corporel, le stress et la perte d'autonomie proviennent de la pathologie, mais peuvent provoquer des symptômes dépressifs, dont l'isolement social. La TGS améliorée par Dodd, Janson et al., 2001, permet par ses concepts et ses hypothèses de comprendre les liens qui influencent l'expérience des symptômes, d'analyser les interventions et de proposer des résultats centrés sur le patient. Effectivement cette théorie met l'accent sur l'exploration des symptômes vécus par le patient mais aussi sur leurs proches.

L'étude de Polikandrioti, 2022, montre que l'insuffisance cardiaque provoque une fatigue significative, impactant modérément à sévèrement les patients. La fatigue affecte non seulement les activités quotidiennes, mais limite aussi la vie sociale et les relations avec les proches (Lossnitzer et al., 2015; Polikandrioti, 2022). Ce phénomène est étroitement lié à l'isolement social. La majorité des patients ont

rapporté ressentir un isolement social, influencé par divers facteurs démographiques et cliniques. Les patients atteints de symptômes physiques sévères se voient donc limités dans la participation sociale (Polikandrioti, 2022). L'isolement social est particulièrement marqué chez ceux en classe IV NYHA, qui souffrent d'une qualité de vie nettement dégradée. Plus la maladie progresse, plus la qualité de vie des patients est médiocre par l'apparition des symptômes dépressifs et la perte d'autonomie (Polikandrioti et al., 2015). La pression liée à l'insuffisance cardiaque et la perte de liens sociaux renforcent les réactions au stress et diminuent les capacités d'adaptation. La fatigue mentale est étroitement liée à l'isolement social, réduisant encore la capacité des patients à gérer leurs activités quotidiennes et sociales (Polikandrioti, 2022). Ce qui s'explique par les concepts du métaparadigme infirmier de la TGS, l'environnement social qui définit le réseau de soutien et les relations interpersonnelles sont touchés par la perception et la réponse aux symptômes (Dodd, Janson et al., 2001).

Les changements corporels affectent également l'intégration sociale des patients, et la prise de nombreux médicaments reflète souvent la gravité de la maladie et contribue à l'isolement. Les participants qui mentionnent prendre de nombreux médicaments se sentent isolés (Polikandrioti, 2022). Ce résultat pourrait refléter la présence de comorbidités ou la gravité de leur maladie. La polymédication est un problème connu chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Elle est associée à des résultats cliniques nuisibles, tels que les chutes, les invalidités et des hospitalisations (Polikandrioti, 2022). Ce fardeau supplémentaire associé à l'isolement social, peut inciter les patients à interrompre leurs traitements.

Par ces informations, les symptômes somatiques peuvent mener aux symptômes dépressifs (Patron et al., 2017). La perception de déclin fonctionnel conduit au désespoir et à l'isolement social (Polikandrioti, 2022). Les menaces perçues

augmentent la vigilance et le sentiment de vulnérabilité, ce qui impacte négativement la santé physique et mentale (Polikandrioti, 2022). Les patients isolés ont un risque plus élevé de mortalité, d'hospitalisation et de réadmission que ceux qui ne le sont pas (Polikandrioti, 2022). Ces patients voient leur qualité de vie altérée par les changements dans leurs habitudes de vie (Dunbar et al., 2021; Patron et al., 2017; Polikandrioti et al., 2015). Les restrictions physiques et la baisse de confiance en soi empêchent de maintenir des interactions sociales, ce qui est exacerbé par un manque de soutien approprié des professionnels de santé (Polikandrioti et al., 2015). La dépression se manifeste souvent par des symptômes physiques, orientant ainsi les patients vers d'autres spécialités plutôt que vers la psychiatrie (Polikandrioti et al., 2015). Elle peut également se traduire par de l'hostilité envers le personnel soignant, un retrait social et un non-respect des instructions. Ne pas reconnaître l'importance de diagnostiquer l'anxiété et la dépression expliquerait en partie pourquoi ces affections restent associées à une morbidité et à une mortalité élevées (Polikandrioti et al., 2015). L'idéal du rôle infirmier à ce stade serait de percevoir et d'évaluer au plus vite les signes et symptômes somatiques et dépressifs afin de mener une prise en charge rapide et une augmentation de la qualité de vie (Patron et al., 2017). Pour améliorer la qualité de vie des patients, il est essentiel d'intégrer des interventions de soutien régulières prenant en compte les aspects médicaux, mais aussi les dimensions sociales et émotionnelles de leur vie (Dunbar et al., 2021; Polikandrioti et al., 2015). D'après Dodd, Janson et al., 2001, la réponse donnée par le patient va se concentrer sur la recherche d'une aide externe et de nouvelles stratégies pour diminuer les symptômes. Donc, la TGS montre que le patient va se servir de personnes ressources pour le guider dans l'essai de nouvelles interventions dans le but de soulager ses symptômes.

Les traitements médicamenteux psychiatriques font parties des interventions pour traiter les symptômes dépressifs (Dunbar et al., 2021). Les patients ne veulent pas adhérer à cette approche à cause du manque de recul sur les effets et l'interaction des antidépresseurs avec les traitements de l'insuffisance cardiaque (Dunbar et al., 2021). Ce qui montre un manque de connaissances des patients sur les interventions proposées par les soignants. Le manque d'études sur les traitements antidépresseurs amène aussi aux connaissances insuffisantes du personnel soignant (Dunbar et al., 2021). Dans la TGS de Dodd, Janson et al., 2001, ils évoquent l'adhérence comme un lien influençant les concepts centraux de la théorie. La non-adhérence serait présente quand les interventions sont trop exigeantes, non applicables ou avec des informations incohérentes. Dans l'article de Polikandrioti, 2022, les patients oublient régulièrement de prendre leurs médicaments à cause de raisons supplémentaires que l'efficacité ou les interactions de ces derniers. Les moyens d'accès aux traitements ou encore l'aspect financier sont de réels facteurs de stress dans les interventions proposées. Malgré tout, une anxiété généralisée élevée rend les patients plus ouverts aux antidépresseurs et à la psychothérapie, tandis qu'un niveau d'anxiété bas augmente la non-adhérence (Lossnitzer et al., 2015). L'évaluation de l'anxiété devait être pris en compte lors de la proposition aux patients de prendre des antidépresseurs. Malheureusement, le manque d'études et d'articles scientifiques rendent les patients réticents à se positionner sur les effets et l'efficacité des traitements psychiatriques (Lossnitzer et al., 2015). De plus, La majorité des patients qui prennent de nombreux médicaments se sentent socialement isolés, ce qui s'ajoute au fardeau de leur symptômes (Polikandrioti, 2022). Il est vrai que les facteurs liés à la personne, la santé et la maladie ainsi que l'environnement influencent également l'adhérence aux soins (Dodd, Janson et al., 2001). Dans ce contexte-là, l'environnement social revient encore touché mais cette fois-ci par la

prise de traitements antidépresseurs ou d'autre propositions d'interventions. Dans l'article écrit par McPhillips et al., 2019, les patients sont défavorables aux interventions psychologiques comme les cours de gestion du stress et de relaxation car ils ne voient pas leurs utilités. Les patients ont besoin de connaissances suffisantes et concrètes pour pouvoir s'imaginer participer à des cours thématiques.

L'adhérence aux soins et en lien avec la stigmatisation des patients par le refus à rechercher de l'aide pour leurs problèmes émotionnels (Lossnitzer et al., 2015; McPhillips et al., 2019; Polikandrioti et al., 2015). L'étude de Polikandrioti et al., 2015, souligne que les patients hésitent à révéler leur état émotionnel de peur d'être perçus comme souffrant d'une maladie mentale (Polikandrioti et al., 2015). Cette crainte de stigmatisation empêche les patients de bénéficier de soins appropriés pour leurs symptômes dépressifs. Pourtant, les patients ne savent pas comment arrêter de s'inquiéter ce qui démontre un besoin d'aide des infirmiers-ères par du soutien, un apport en connaissance pour gérer leur anxiété et des conseils (Dunbar et al., 2021; Polikandrioti et al., 2015). Le rôle des infirmiers-ères est également présent par l'apport d'espoir dans la vie des patients en dirigeant leurs pensées vers du positif (Polikandrioti et al., 2015).

Une des options de traitements la plus appréciée des patients concerne les entretiens de soutien. Dans l'article de Lossnitzer et al., 2015, les patients soulèvent le besoin de discuter de la qualité de vie, des facteurs de stress financiers, la santé globale et les relations sociales. Dans la TGS de Dodd, Janson et al., 2001, les interventions centrées sur la base de l'évaluation de l'expérience des symptômes vécus par les patients offrent une perspective d'amélioration de leur qualité de vie et de leur future autogestion. Ces patients sont également intéressés à participer à des groupes d'éducation sur l'insuffisance cardiaque (McPhillips et al., 2019). Ils ont besoin de réponses sur leur comportement face à l'évolution de leur maladie et sur leur

perception des symptômes dépressifs surajoutés. Dans ces groupes d'éducation, le but serait également de parler des médicaments et d'améliorer leurs connaissances sur l'ensemble de l'insuffisance cardiaque mais aussi sur le vécu des symptômes dépressifs (Lossnitzer et al., 2015; McPhillips et al., 2019; Polikandrioti, 2022; Polikandrioti et al., 2015).

Pour finir, les symptômes dépressifs sont souvent sous-diagnostiqués et sous-traités pour des raisons comme la difficulté des patients à parler de leurs émotions, les croyances, la stigmatisation sur les symptômes psychologiques ou sur les traitements et thérapies psychiatriques, le manque de connaissances relié à l'éducation thérapeutique et le manque de soutien ou de temps de la part du personnel soignant. Les patients hospitalisés pour leur insuffisance cardiaque ressentent la surcharge de travail des infirmiers-ères lors des discussions et n'osent donc pas évoquer leurs préoccupations (Polikandrioti et al., 2015).

Forces et limites de la revue

La première force concerne le choix du thème de ce travail qui a poussé l'intérêt des rédactrices à son maximum. Une autre force de cette étude réside dans la modernité des articles sélectionnés, dont la majorité date de moins de dix ans. Ce filtre garantit que les données et les résultats sont basés sur des recherches actuelles et pertinentes, reflétant les avancées dans la compréhension de l'insuffisance cardiaque et ses implications. La qualité rédactionnelle des articles est élevée, facilitant ainsi leur lecture et leur compréhension. Cette recension permet une meilleure interprétation des résultats et une intégration plus fluide des informations

dans la discussion. Un autre atout majeur est la diversité géographique des articles sélectionnés. Provenant de différents continents, ces articles offrent une perspective globale sur les expériences des patients atteints d'IC. Cette diversité enrichit la revue en fournissant des données comparatives et en soulignant les différences et similitudes dans la gestion de l'IC à travers le monde.

Malgré ces points forts, certaines limitations sont notables. L'expérience des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes d'IC reste un domaine de recherche relativement peu exploré. De plus, il n'y a pas beaucoup d'articles par rapport à l'expérience et au rôle infirmier. Cette lacune dans la littérature limite la profondeur et la portée des conclusions que l'on peut tirer. Initialement, le travail visait à inclure des articles de devis qualitatif pour obtenir des résultats plus profonds et nuancés par des témoignages. Cependant, en raison du nombre limité des études, la recherche s'est axée sur des articles quantitatifs et un article qualitatif, ce qui a amené une force par rapport au haut niveau de preuves. La plupart des articles disponibles comprenaient des échantillons de petite taille, ce qui limite la généralisation des résultats de ce travail de Bachelor. Un échantillonnage plus large aurait permis d'obtenir des données plus fiables et de renforcer la validité des résultats. Cette limitation souligne la nécessité de mener davantage de recherches avec des échantillons plus substantiels pour mieux comprendre les implications des symptômes dépressifs chez les patients atteints d'IC. Le temps est un défi personnel dans ce travail. En effet, il est dur de s'organiser avec les différents travaux que demande la formation.

Recommandation pour la pratique infirmière inspirée de la TGS

En lien avec les résultats de ces six articles, des recommandations sont pertinentes pour les études futures ou pour la pratique des soins infirmiers. Effectivement, un nombre plus élevé d'études sur le vécu des symptômes dépressifs de l'insuffisance cardiaque serait nécessaire pour rendre les résultats plus concrets et permettre une meilleure généralisation. Pour la pratique, des interventions spécifiques à la psychiatrie peuvent être mises en place dans les centres de réadaptation cardiaque pour prendre en charge les symptômes dépressifs (McPhillips et al., 2019). Ces interventions seraient basées par exemple sur le renforcement des liens sociaux en faisant des protocoles de soins adaptés, en intégrant une évaluation plus approfondie de l'isolement social et de l'anxiété, en sensibilisant l'importance des facteurs psychosociaux dans la prise en charge cardiaque (Polikandrioti, 2022). Par la comparaison avec la théorie de la gestion des symptômes de Dodd, Janson et al., 2001, les entretiens de soutien et les groupes d'éducation seraient intéressants d'être approfondis dans une meilleure prise en charge des patients souffrant de symptômes dépressifs. La relation thérapeutique avec le patient et l'amélioration des connaissances favoriseraient la plus-value infirmière.

Conclusion

Le but de ce travail de Bachelor est de montrer l'importance du rôle des infirmières par la théorie de la gestion des symptômes en évaluant le vécu des symptômes dépressifs chez les personnes adultes atteints d'insuffisance cardiaque. En effet, les symptômes dépressifs sont fréquemment associés à l'insuffisance cardiaque et influencent de manière significative la qualité de vie des patients. Les facteurs démographiques, les symptômes physiques sévères, les changements corporels, les nombreux traitements et l'isolement social, jouent un rôle crucial dans l'apparition et l'intensification des symptômes dépressifs chez les patients atteints d'IC. Les études démontrent que les symptômes dépressifs sont souvent sous-diagnostiqués et donc pas pris en charge pour des raisons comme la difficulté des patients à parler de leurs émotions, les croyances, la stigmatisation des patients sur les maladies psychologiques ou sur les traitements ou sur les thérapies psychiatriques, le manque de connaissances relié à l'éducation thérapeutique, le manque de soutien et un potentiel manque de temps de la part du personnel soignant. Il est primordial d'identifier les obstacles à la communication cités ci-dessus lors de l'évaluation des symptômes dépressifs afin d'assurer une prise en charge de qualité. De plus, les besoins principaux relevés par les patients évoquent le soutien des proches et des soignants ainsi que l'apport en connaissances sur la prise en charge des symptômes dépressifs, la pathologie et les traitements, ce qui améliorerait l'adhérence aux soins. Finalement, les patients soulèvent l'importance et la nécessité d'un suivi infirmier dans le soutien du vécu des symptômes dépressifs en intégrant la qualité de vie et les facteurs de stress.

Ce travail de Bachelor renforce une future question : « Serait-il pertinent de se concentrer davantage sur la gestion des symptômes dépressifs en fonction des facteurs sociodémographiques et des facteurs de stress, pour améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ? »

Remerciements

Nous tenons à remercier la directrice de ce Travail de Bachelor, Madame Domingas Ribeiro, pour son encadrement précieux, ses conseils avisés, sa disponibilité et son soutien tout au long de ce projet. Nous souhaitons remercier également notre enseignante des cours de travail d'écriture, Madame Françoise Schwander-Maire, qui nous a apporté une aide dans la réalisation de ce projet. Pour finir, nous adressons toute notre gratitude à notre entourage pour le soutien apporté durant cette période pleine de défis et de satisfactions.

Références

- Haute Autorité De Santé. (25 juin 2015). *Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi*. Consulté le 22 décembre 2023. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi#:~:text=La%20d%C3%A9marche%20centr%C3%A9e%20sur%20le,soin%20ajustement%20dans%20le%20temps
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C. & Viens Python, N. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, (N°112, p.14-25). Consulté le 22 décembre 2023. <https://doi.org/10.3917/rsi.112.0014>
- Heart Failure Matters. (2021, 19 juillet). *Faire face à la dépression et à l'anxiété lors de l'insuffisance cardiaque*. Consulté le 9 janvier 2024. <https://www.heartfailurematters.org/fr/comprendre-linsuffisance-cardiaque/depression-et-anxiete/#:~:text=D%C3%A9pression%20et%20anxi%C3%A9t%C3%A9,-Augmenter%20la%20taille&text=Il%20arrive%20fr%C3%A9quemment%20que%20les,peuvent%20entra%C3%A9ner%20%C3%A9puisement%20et%20exasp%C3%A9ration>
- Grashkoska-Civkaroska, S., & Grossen, C. (2022, septembre). *Insuffisance cardiaque chronique : Service de médecine de premier recours*. HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. Consulté le 22 février 2024. https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2022-09/strategie_insuffisance_cardiaque_final_2.pdf
- Cardio-Online SFC. (14 avril 2022). *La dépression est associée au risque de développer une insuffisance cardiaque*. Consulté le 22 février 2024. <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/La-depression-associee-risque-developper-insuffisance->

[cardiaque#:~:text=Entre%2020%25%20et%2040%25%20des,cardiaques%20rapportent%20des%20sympt%C3%B4mes%20d%C3%A9pressifs](#)

- Heart Failure Matters. (2021, 25 juin). *Les symptômes de l'insuffisance cardiaque*. Consulté le 3 mars 2024. <https://www.heartfailurematters.org/fr/comprendre-linsuffisance-cardiaque/symptomes-de-linsuffisance-cardiaque/>
- Hôpitaux Universitaires de Genève. *L'insuffisance cardiaque : symptômes et diagnostics*. Consulté le 3 mars 2024. <https://www.hug.ch/cardiologie/linsuffisance-cardiaque>
- Nowell, M. F., & Msd, M. (2023, January 18). *Insuffisance cardiaque (IC)*. Manuels MSD Pour Le Grand Public. Consulté le 22 février 2024. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cardiaques-et-vasculaires/insuffisance-cardiaque/insuffisance-cardiaque-ic>
- Fondation Suisse de Cardiologie (19 nov. 2023). *Problèmes psychiques*. Consulté le 22 février 2024. <https://swissheart.ch/fr/maladies-et-urgences/la-maladie-au-quotidien/probl%C3%A8mes-psychiques>
- Rizzo Parse, R. (1994). *Quality of life: sciencing and living the art of Human Becoming*. Nursing Science Quaterly. (p.7). Consulté le 22 décembre 2023.
- Fondation Suisse de cardiologie. (2017). *Vivre avec l'insuffisance cardiaque*. Consulté le 3 mars 2024. <https://www.coeuraffaibli.ch/>
- Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. (2014). *Définir l'expérience du patient*. Journal de l'expérience du patient. Consulté le 22 juin 2024. <https://pxjournal.org/journal/vol1/iss1/3/>
- World Health Organization : WHO. (17 juin 2022). *Santé mentale : renforcer notre action*. Consulté le 3 mars 2024. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Articles choisis :

Article 1 : McPhillips, R., Salmon, P., Wells, A., & Fisher, P. (2019). Cardiac Rehabilitation Patients' Accounts of Their Emotional Distress and Psychological Needs: A Qualitative Study. *Journal of the American Heart Association*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6585358/>

Article 2 : Patron, E., Messerotti Benvenuti, S., Lopriore, V., Aratari, J., & Palomba, D. (2017). Somatic-Affective, But Not Cognitive-Depressive Symptoms are Associated With Reduced Health-Related Quality of Life in Patients With Congestive Heart Failure. *Psychosomatics*, 58(3), 281-291.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.01.001>

Article 3 : Lossnitzer, N., Herzog, W., Schultz, J. H., Taeger, T., Frankenstein, L., & Wild, B. (1 juin 2015). A patient-centered perspective of treating depressive symptoms in chronic heart failure: What do patients prefer? *Patient Education and Counseling*, 98(6), 783-787. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.008>

Article 4 : Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, L. K., Koutelekos, J., Kyristi, H., Tzialas, D., & Elisaf, M. (2015). Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. *Hellenic journal of cardiology : HJC = Hellenike kardiologike epitheorese*, 56, 26-35.
https://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2015/1/2015_1_26.pdf

Article 5 : Polikandrioti M. (2022). Perceived Social Isolation in Heart Failure. *The Journal of innovations in cardiac rhythm management*, 13(6), 5041–5047.
<https://doi.org/10.19102/icrm.2022.130606>

Article 6 : Dunbar, S. B., Tan, X., Lautsch, D., Yang, M., Ricker, B., Maculaitis, M. C., Nagle, T., Clark, L. T., Hilkert, R., Brady, J. E., & Spertus, J. A. (2021). Patient-centered Outcomes in HFrEF Following a Worsening Heart Failure Event: A

Survey Analysis. *Journal of Cardiac Failure*, 27(8), 877-887.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1071916421002104#sec0022>

Appendices

Appendice A : Déclaration d'authenticité

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

Lieu, date et signature

Fribourg, le 10.07.24 P. Schuel

Lieu, date et signature

Fribourg, le 10.07.24

Appendice B : Grille de lecture rapide

Article 1

McPhillips, R., Salmon, P., Wells, A., & Fisher, P. (2019). Cardiac Rehabilitation Patients' Accounts of Their Emotional Distress and Psychological Needs: A Qualitative Study. <i>Journal of the American Heart Association</i> . https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6585358/	
Le nom de la publication	Récits de patients en réadaptation cardiaque sur leur détresse émotionnelle et leurs besoins psychologiques : une étude qualitative
L'année de publication « 5-10 ans »	4 juin 2019
Le titre et les sous titres Population ? variables ? devis ?	Il est précisé que ce sont des patients en réadaptation cardiaque. La maladie cardiaque n'est pas précisée sur le titre. Le titre évoque également le sujet de la santé mentale. Le devis qualitatif est précisé.
La structure Article scientifique ? = présence du résumé ? (Abstract en anglais), introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion. Les objectifs La méthodologie : devis Les résultats : intérêt pour votre TB	PATHWAY est un essai contrôlé randomisé comparatif. Cet article a un résumé, mais ne contient pas de discussion à cet endroit. Cette étude vise à comprendre comment les patients cardiaques en détresse décrivent leurs besoins émotionnels et la réponse de la RC. L'intérêt pour notre TB est la description des besoins émotionnels des patients. L'étude a été faite auprès de 46 patients dépistés positivement pour des besoins émotionnels. La méthodologie qualitative est celui le plus adapté à notre TB.

<p>Les titres de graphiques, schémas, tableaux et image <i>Complément d'informations</i> afin de valider l'intérêt pour votre TB</p>	<p>Il y a des tableaux qui comparent les différences de chaque patient le sexe, l'âge, origine, maladie et antécédent, ...</p>
<p>L'introduction Chercher l'idée principale – connaître les connaissances préalables à l'étude sur le phénomène étudié (population cible, conséquences, besoins) solutions existantes (satisfaisant – insuffisant – insatisfaisant ?) – hypothèses ou question de recherche et approche : comment les chercheurs vont essayer de répondre à la question ?</p>	<p>La population est les patients atteints de maladie coronarienne en réadaptation cardiaque. La réadaptation cardiaque (RC) est largement considérée comme un moyen d'intervention psychologique auprès des patients cardiaques. De plus, à notre connaissance, une seule étude qualitative a exploré le point de vue des patients déprimés sur les soins psychologiques en CR. Il y a très peu d'études concernant l'expérience des symptômes dépressif. Cela montre que le sujet n'est pas assez pris en charge ou est peu abordé. Les chercheurs ont exploré comment les patients décrivaient et comprenaient leur détresse, dans quelle mesure, ils pensaient que la RC et les soins de routine actuels répondaient à leurs besoins psychologiques et comment ils considéraient le rôle potentiel des interventions psychologiques formelles.</p>
<p>Méthodologie Devis : avec qui ? comment ? Instruments de mesure : qu'est-ce qui est mesuré (variable) avec quoi ? Analyse :</p>	<p>Cette étude a été menée dans le cadre de l'essai PATHWAY (amélioration de l'efficacité des interventions psychologiques pour la dépression et l'anxiété dans la réadaptation cardiaque PATHWAY utilisant la thérapie métacognitive de groupe). PATHWAY est un essai contrôlé randomisé (ECR), qui compare la RC habituelle seule avec la RC habituelle plus 6 séances de thérapie métacognitive de groupe (MCT), dispensé par du personnel cardiaque qualifié ou des infirmières de recherche.</p>

Les résultats Comment sont organisé les résultats ? noter les noms des paragraphes, titre des	Les résultats sont donnés sous forme de thèmes et mis dans le texte entre les guillemets. Il n'y a pas toutes les réponses, mais une grande partie est dévoilé. Les diverses préoccupations, un autre évènement cardiaque, la vie devient restreinte, autocritique, préoccupations sans rapport avec la santé cardiaque, Préoccupations selon lesquelles l'inquiétude pourrait être nuisible, s'inquiéter semblait incontrôlable, revenir à la normale, patients généralement négatifs quant à ce qu'ils considéraient comme une intervention psychologique.
Discussion Interprétation des résultats en revenant sur la question principale ou l(es) hypothèse(s) et le lien avec la littérature existante.	<p>Ils ont exprimé des préoccupations allant au-delà de leur santé physique, incluant des inquiétudes antérieures à leur maladie cardiaque, et ont perçu l'inquiétude comme incontrôlable et nuisible, cherchant à revenir à la normale mais se sentant piégés dans un cycle de pensées négatives.</p> <p>Bien que souhaitant être rassurés, la plupart des patients étaient réticents à parler de leurs inquiétudes dans le contexte de la réadaptation cardiaque, et ils ont trouvé les techniques de gestion du stress et de relaxation guidée superficielles et inutiles.</p> <p>Les résultats suggèrent que les approches psychologiques existantes pour la détresse des patients en réadaptation cardiaque ne répondent pas adéquatement à leurs besoins, soulignant un besoin d'intervention qui adresse les diverses inquiétudes et croyances métacognitives des patients.</p> <p>Le modèle de thérapie métacognitive offre une solution potentielle en ciblant les processus métacognitifs et en permettant aux patients de garder le contenu de leurs inquiétudes privé, offrant ainsi une approche efficace pour traiter la détresse psychologique chez les patients en réadaptation cardiaque.</p>
Intérêt : Cet article est intéressant et répond parfaitement à notre problématique. De plus, c'est en réadaptation ce qui peut nous apporter des infos complémentaires que pendant des soins aigus. On peut y voir les transcriptions des discours des patients ce qui est très pertinent dans notre TB.	

Article 2

Patron, E., Messerotti Benvenuti, S., Lopriore, V., Aratari, J., & Palomba, D. (2017). Somatic-Affective, But Not Cognitive-Depressive Symptoms are Associated With Reduced Health-Related Quality of Life in Patients With Congestive Heart Failure. <i>Psychosomatics</i> , 58(3), 281-291. https://doi.org/10.1016/j.psym.2017.01.001	
Le nom de la publication	Les symptômes dépressifs somatiques et affectifs, mais non cognitifs, sont associés à une réduction de la qualité de vie liée à la santé chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive.
L'année de publication « 5-10 ans »	Mai - juin 2017
Le titre et les sous titres Population ? variables ? devis ?	La population est présente dans le titre ainsi que les variables (somatique et affectif). Le devis n'est pas clairement cité, mais au vu des statistiques, probablement quantitative et comparative (entre les différents symptômes dépressifs)
La structure Article scientifique ? = présence du résumé ? (Abstract en anglais), introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion. Les objectifs La méthodologie : devis Les résultats : intérêt pour votre TB	Présence d'un résumé, introduction, méthode, analyse statistique, résultats sous forme de textes et de tableaux, discussion, conclusion et remerciements avec des références L'objectif de cette étude est clairement défini = examiner l'influence différentielle des symptômes somatique-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs-dépressifs sur la qualité de vie et la capacité fonctionnelle comportementale chez les patients atteints d'IC. Méthode : les résultats sont intéressants car ils ont été évalués par des échelles connues de l'anxiété ou de la dépression. Ils comparent donc les symptômes somatiques affectifs à ceux de cognitifs-dépressifs. Les critères de choix de population sont également intéressants (degré NYHA, fraction d'éjection, âge, sexe, traitements reçus) et ressortent dans les résultats.
Les titres de graphiques, schémas, tableaux et image Complément d'informations afin de valider l'intérêt pour votre TB	Chaque tableau a un titre en haut et un texte explicatif en-dessous. Il y a 4 tableaux qui sont numérotés.

<p>L'introduction Chercher l'idée principale – connaître les connaissances préalables à l'étude sur le phénomène étudié (population cible, conséquences, besoins) solutions existantes (satisfaisant – insuffisant – insatisfaisant ?) – hypothèses ou question de recherche et approche : comment les chercheurs vont essayer de répondre à la question ?</p>	<p>L'introduction présente des statistiques sur les liens entre la dépression et les maladies cardiovasculaires. Montrant aussi la qualité de vie et l'anxiété comme étant des facteurs touchés par les 2 en utilisant la capacité fonctionnelle comportementale.</p> <p>Il y a également les explications des différents symptômes de la dépression (cognitifs ou somatiques-affectifs).</p> <p>Il montre donc 2 objectifs de l'étude qui n'ont pas encore été traité dans des études plus anciennes.</p> <p>La présentation de l'étude est faite avec différents questionnaires ou échelles déjà validées selon des chercheurs et également par des médecins.</p>
<p>Méthodologie Devis : avec qui ? comment ? Instruments de mesure : qu'est-ce qui est mesuré (variable) avec quoi ? Analyse :</p>	<p>59 patients ambulatoires (visites) avec insuffisance cardiaque congestive et avec défibrillateur cardiovertteur implantable.</p> <p>Critères d'inclusions = homme ou femme de plus de 18 ans, fraction éjection < 40%.</p> <p>Exclusion de 4 patients donc 55 patients restent pour l'étude.</p> <p>Les patients ont signé la déclaration d'Helsinki et le consentement écrit.</p> <p>L'étude fait partie d'un projet de recherche mené à l'hôpital de Monopoli en Italie.</p> <p>Explications des variables = état fonctionnel et comorbidité, QQA anxiété et symptômes dépressifs, capacité fonctionnelle comportementale, évaluées chacune par des échelles.</p> <p>L'étude présence d'une analyse statistique en fin de méthode.</p>
<p>Les résultats Comment sont organisé les résultats ? noter les noms des paragraphes, titre des</p>	<p>Caractéristiques de base = critères inclusions et statistiques avec tableaux et explications.</p>

	<p>L'influence des symptômes somatiques-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs-dépressifs et de l'anxiété sur la QVRH = 2 tableaux avec leurs explications (analyse régression linéaire avec score totaux et analyse de la régression linéaire avec scores physiques et émotionnels).</p> <p>L'influence des symptômes somatiques-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs-dépressifs et de l'anxiété sur la capacité fonctionnelle comportementale = explications avec tableau et explications.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats en revenant sur la question principale ou l(es) hypothèse(s) et le lien avec la littérature existante.</p>	<p>Les résultats actuels sont conformes à ceux des études précédentes montrant que les symptômes dépressifs sont associés à une mauvaise qualité de vie chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Il s'agit de la première étude montrant que les symptômes somatique-affectifs, mais non cognitifs-dépressifs, étaient associés non seulement à la qualité de vie, mais aussi à une faible capacité fonctionnelle comportementale chez les patients atteints d'IC.</p> <p>L'importance d'inclure une évaluation psychologique de la dépression, qui, à son tour, peut améliorer l'exactitude des méthodes existantes utilisées pour évaluer les patients ayant un état fonctionnel IC.</p> <p>Ceci est important dans l'IC, où les symptômes physiques qui chevauchent apparemment les symptômes dépressifs somatiques-affectifs (par exemple, les difficultés de sommeil et la fatigue) peuvent augmenter le risque de faible reconnaissance de la dépression chez les patients atteints d'IC.</p> <p>Il est possible que les interventions visant à améliorer la reconnaissance et le traitement de la dépression peuvent être importantes pour réduire la mortalité chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive.</p>

	<p>Finalement, cette étude montre le besoin de mettre en œuvre des interventions bio comportementales visant à traiter les symptômes dépressifs somatiques-affectifs et les mécanismes physiopathologiques chez les patients cardiovasculaires.</p> <p>La dépression a été associée à un faible niveau d'éducation chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>La discussion montre également les limites de cette études (échantillon faible : possibilité de refaire des résultats, beaucoup d'homme : généralisation difficile, évaluation de la dépression par une échelle et non une évaluation clinique complète (DSM 5)).</p>
<p>Intérêt :</p> <p>Cet article est intéressant pour notre TB car il rappelle l'importance de la problématique par les statistiques et les résultats montrant donc un besoin d'évaluer et de traiter la dépression pour améliorer la qualité de vie et la mortalité des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Par les résultats, le rôle des soignants est clairement défini dans l'éducation des connaissances ainsi que l'évaluation clinique des patients.</p> <p>L'étude montre également la perspective d'ouvrir d'autres études plus complètes.</p> <p>Seul inconvénient pour le TB serait que l'étude à des critères d'inclusions plus précis que ceux mentionnés dans la question de recherche.</p>	

Article 3

Lossnitzer, N., Herzog, W., Schultz, J. H., Taeger, T., Frankenstein, L., & Wild, B. (1 juin 2015). A patient-centered perspective of treating depressive symptoms in chronic heart failure: What do patients prefer? <i>Patient Education and Counseling</i> , 98(6), 783-787. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.008	
Le nom de la publication	Une perspective centrée sur le patient sur le traitement des symptômes dépressifs de l'insuffisance cardiaque chronique : que préfèrent les patients ?
L'année de publication « 5-10 ans »	19 février 2015
Le titre et les sous titres Population ? variables ? devis ?	Population : 85 patients atteints d'insuffisance cardiaque du département ambulatoire de l'hôpital Médical Universitaire de Heidelberg. Le devis n'est pas cité clairement, mais présence de statistiques donc plutôt quantitatif avec la régression logistique.
La structure Article scientifique ? = présence du résumé ? (<i>Abstract</i> en anglais), introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion. Les objectifs La méthodologie : devis Les résultats : intérêt pour votre TB	L'article présente un résumé en anglais avec l'objectif clairement cité en début de texte. L'introduction et méthodes avec plusieurs sous titres, les résultats avec également des sous-titres et 1 tableau et 1 graphique, discussion et conclusion avec des sous-titres et une implication dans la pratique pour les soignants ainsi que les remerciements.
Les titres de graphiques, schémas, tableaux et image Complément d'informations afin de	Présence d'un tableau avec le titre et un texte explicatif en dessous comprenant des statistiques en %. Présence d'un graphique avec titre et texte explicatif du graphique avec statistiques en %.

valider l'intérêt pour votre TB	
L'introduction Chercher l'idée principale – connaître les connaissances préalables à l'étude sur le phénomène étudié (population cible, conséquences, besoins) solutions existantes (satisfaisant – insuffisant – insatisfaisant ?) – hypothèses ou question de recherche et approche : comment les chercheurs vont essayer de répondre à la question ?	<p>L'introduction définit l'insuffisance cardiaque avec ses symptômes.</p> <p>Statistiques expriment que 1/5 personne atteinte d'insuffisance cardiaque souffre de dépression.</p> <p>L'étude parle des études passées sur le sujet et leurs résultats</p> <p>Il y a des contradictions dans les études donc montre l'importance de nouvelles études dont celle-ci avant de faire des conclusions ou des généralisations.</p> <p>Question = Quel type de traitement les patients atteints d'IC déprimés préfèrent-ils en ce qui concerne leur situation personnelle avec des conditions telles que la fatigue, l'essoufflement ou d'autres diagnostics comorbides ? Et de plus, quel type de traitement acceptent-ils, en fait, s'ils ont le choix ? (Seulement enquête marginale déjà faite sur le sujet, mais pas plus de précision)</p> <p>Ils vont analyser les préférences et les objections des patients sur diverses options de traitements après 3 mois.</p>
Méthodologie Devis : avec qui ? comment ? Instruments de mesure : qu'est-ce qui est mesuré (variable) avec quoi ? Analyse :	<p>Population = patients du département ambulatoire de l'hôpital Médical de l'Université de Heidelberg ayant terminé le questionnaire en 9 points sur la santé des patients (PHQ-9).</p> <p>Les critères inclusions = insuffisance cardiaque systolique et âgés > 18 ans. ≥2 éléments du PHQ-9 ont été signalés "sur plus de la moitié de la journée", et si au moins un de ces éléments était une humeur dépressive ou une anhédonie.</p> <p>L'étude est conforme à la déclaration d'Helsinki.</p> <p>Les variables présentes sont = l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'emploi, la situation de vie, l'étiologie de l'insuffisance cardiaque chronique, la fraction d'éjection du ventricule gauche, la classification NYHA, la qualité de vie avec SF-36, l'anxiété avec échelle (GAD-7) et les médicaments actuels.</p>

	<p>L'évaluation de préférences sur les traitements lors d'une entrevue = explications des options de traitements, interrogatoire sur les préférences et les objections, envisager d'adhérer à certains traitements ? Les raisons ? Ensuite choix d'une option et essai pendant 3 mois avec suivi pour évaluer qui a vraiment participé au traitement.</p> <p>L'analyse de fréquence pour les données catégoriques et analyses descriptives pour les données continues. Modélisation de régression logistique pour les options de traitements.</p>
<p>Les résultats Comment sont organisés les résultats ? noter les noms des paragraphes, titre des</p>	<p>Les résultats sont organisés par plusieurs titres :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sujets = 85 patients mais 41 patients ont refusé de participer, 3 patients exclus pour manque de données, post 3 mois = 68 patients réévalués, 2 patients sont décédés et 15 patients ont perdus le suivi. – Tableaux pour illustrer. – Préférences de traitement des patients en utilisation d'un traitement = les conférences de soutien régulières est l'option préférée. – Antidépresseurs = refus de 48 patients car idées d'effets indésirables et mauvaise interaction avec leur traitement d'insuffisance cardiaque ou jugeait inutile. – Psychothérapie = 40 patients ne pouvaient pas envisager y participer car ne ressentaient pas la nécessité d'y participer. – Utilisation du traitement à 3 mois de suivi = près d'un quart de nos patients présentant des symptômes dépressifs ont utilisé l'une des offres de traitement après le suivi de trois mois.
<p>Discussion Interprétation des résultats en revenant sur la question principale ou</p>	<p>Dans l'étude, le but était de poursuivre l'objectif, d'obtenir plus d'informations sur le point de vue des patients atteints d'IC sur le traitement des symptômes dépressifs.</p>

<p>l(es) hypothèse(s) et le lien avec la littérature existante.</p>	<p>Au total, plus de la moitié de l'échantillon interrogé a déclaré qu'il pouvait envisager d'adhérer à des entretiens de soutien réguliers sur un intervalle de temps prolongé, également la plus utilisée après les 3 mois de suivi. Avec des sujets abordés tels que la qualité de vie, l'aspect financier, les facteurs de stress et les relations sociales.</p> <p>Recherches futures = si des discussions de soutien sur une période prolongée pourraient aider à réduire les symptômes dépressifs. Par les convictions des patients sur les antidépresseurs, il y a un manque d'études sur l'efficacité des traitements antidépresseurs chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Corrélation entre le niveau d'anxiété et la participation à un traitement = plus l'anxiété était élevée moins y avait de chance que le patient prenne des antidépresseurs. Plus l'anxiété était élevée plus les chances de participer à un traitement après 3 mois étaient favorables.</p> <p>Limitations = service ambulatoire donc ne concerne pas la population en générale, taux seulement de 67% de participation, acceptation de variables, méthodes avec des questions normalisées donc pas de données sur la validité et la fiabilité des réponses.</p> <p>Conclusion et implications pratiques = résultats utiles pour d'autres recherches. Tenir compte de l'anxiété dans les futures études et les traitements.</p> <p>Remerciements</p>
<p>Intérêt :</p> <p>Cette étude montre l'impact des symptômes dépressifs dans plusieurs aspect de la vie des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Elle parle plus des possibilités de traitements et de l'adhérence des patients à ses propositions avec un suivi sur 3 mois d'essai. Les recherches montrent donc que c'est un réel problème dans la vie des patients sans forcément de solution directe avec encore des futures études à concrétiser.</p> <p>Donc avec cette étude, nous pouvons voir l'importance des symptômes dépressifs relié à l'insuffisance cardiaque mais également la volonté des patients à trouver un traitement qui pourrait améliorer leur anxiété et/ou leur qualité de vie.</p>	

Article 4

Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, L. K., Koutelekos, J., Kyristi, H., Tzialas, D., & Elisaf, M. (2015). Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. <i>Hellenic journal of cardiology : HJC = Hellenike kardiologike epitheorese</i> , 56, 26-35. https://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2015/1/2015_1_26.pdf	
Le nom de la publication	Facteurs associés à la dépression et à l'anxiété des patients hospitalisés atteints d'insuffisance cardiaque.
L'année de publication « 5-10 ans »	2015
Le titre et les sous titres Population ? variables ? devis ?	Population = l'étude évalue 190 patients hospitalisés avec insuffisance cardiaque dans quatre hôpitaux publics par un questionnaire avec une échelle de l'anxiété et de dépression hospitalière. Variables = démographique et clinique Devis = pas cité clairement, mais analyses statistiques donc plutôt quantitatif avec une régression logistique
La structure Article scientifique ? = présence du résumé ? (Abstract en anglais), introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion. Les objectifs La méthodologie : devis Les résultats : intérêt pour votre TB	C'est un article scientifique comprenant un résumé en anglais qui se suit d'une introduction, de la méthode, des résultats avec 2 tableaux explicatifs, la discussion avec également 3 tableaux explicatifs et les limitations de l'étude, la conclusion et enfin les références. Objectif = Explorer les facteurs associés à l'anxiété et à la dépression rencontrés par les patients hospitalisés avec insuffisance cardiaque.
Les titres de graphiques, schémas, tableaux et image Complément d'informations afin de	Les résultats comptent 2 tableaux : le 1er avec un titre et un texte explicatif précédant le tableau concernant les caractéristiques démographiques et cliniques des patients, le 2ème avec un titre et un texte explicatif précédant le tableau concernant l'association entre les caractéristiques démographiques et cliniques des patients.

valider l'intérêt pour votre TB	<p>La discussion compte 3 tableaux qui ont également un titre et un texte explicatif sur les résultats de la régression logistique multinomiale de l'association entre les caractéristiques démographiques et cliniques.</p> <p>Les tableaux sont résumés par des statistiques et des explications dans les textes.</p>
<p>L'introduction Chercher l'idée principale – connaître les connaissances préalables à l'étude sur le phénomène étudié (population cible, conséquences, besoins) solutions existantes (satisfaisant – insuffisant – insatisfaisant ?) – hypothèses ou question de recherche et approche : comment les chercheurs vont essayer de répondre à la question ?</p>	<p>L'introduction donne la prévalence de l'insuffisance cardiaque avec l'importance de la mortalité. L'introduction marque les réhospitalisations précoces dû à l'exacerbation des symptômes, l'espoir en parlant du progrès de la médecine, les traitements et les thérapies reliés à l'espérance de vie.</p> <p>L'objectif = Explications physiologiques de l'insuffisance cardiaque avec ses symptômes et les symptômes dépressifs relié à la qualité de vie, au stress et à l'anxiété.</p> <p>Cet article appuie l'importance de la question de recherche du TB : "Le stress psychologique chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque est souvent sous-diagnostiqué par les professionnels de la santé ou traité de manière inadéquate." avec les raisons.</p>
<p>Méthodologie Devis : avec qui ? comment ? Instruments de mesure : qu'est-ce qui est mesuré (variable) avec quoi ? Analyse :</p>	<p>L'étude évalue 190 patients atteints d'insuffisance cardiaque hospitalisés dans l'unité de soins intensifs ou le service de cardiologie de 4 hôpitaux publics généraux dans la région de l'Attique.</p> <p>Critères d'inclusions = diagnostic d'insuffisance cardiaque, fraction d'éjection ventriculaire gauche < 40%, min 3 jours d'hospitalisation à cause de l'insuffisance cardiaque, compréhension suffisante de la langue grecque.</p> <p>Critères d'exclusions = autres maladies mettant le pronostic vital en jeu, affection psychiatrique chronique grave, antécédents d'OH durant les 6 derniers mois, administration d'antidépresseurs dans les 30 jours précédents, incapacité de communiquer ou de donner leur consentement.</p>

	<p>Des questionnaires ont été effectués, c'est l'HADS scale pour autoévaluer l'anxiété et la dépression avec explications complètes et le test de Kruskal-Wallis pour les catégories d'anxiété et de dépression.</p> <p>Variables = sexe, âge, état civil, niveau d'éducation, lieu de résidence, nombre et âge des enfants, nombre d'années écoulées depuis le début de la maladie, l'expérience antérieure des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, degré d'information et nombre de jours d'hospitalisation.</p> <p>Il y a des variables catégorielles et des variables continues.</p> <p>La recherche a été approuvée par le comité d'éthique et a été faite selon la déclaration d'Helsinki.</p> <p>Paragraphe sur les analyses statistiques des variables.</p>
<p>Les résultats Comment sont organisés les résultats ? noter les noms des paragraphes, titre des</p>	<p>Il y a un titre dans les résultats :</p> <p><i>“Les caractéristiques démographiques et cliniques de base des patients”</i> : explications, statistiques et références aux tableaux. Aucune caractéristique n'est significativement liée à l'anxiété. Les patients présentaient des niveaux d'anxiété modérés et élevés. Les patients mariés sont 59% moins susceptibles de souffrir de dépression majeure.</p> <p>Les patients dont la durée de leur maladie était courte étaient 69% et 61% moins susceptibles de souffrir de dépression majeure que ceux avec une durée longue.</p> <p>La régression logistique a montré que la durée de la maladie était la seule associée à la dépression après contrôle des autres facteurs.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats en revenant sur la question principale ou l(es) hypothèse(s) et le lien avec la littérature existante.</p>	<p>Les statistiques montrent le niveau d'anxiété chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, avec une comparaison entre l'anxiété liée à l'insuffisance cardiaque et celle liée à l'insuffisance cardiaque congestive. L'anxiété des patients atteints d'insuffisance cardiaque est influencée par des caractéristiques démographiques et cliniques, telles que la durée de l'hospitalisation, le statut civil, le type d'habitation et les besoins de compagnie.</p> <p>L'anxiété peut avoir certains bénéfices dans la gestion de la maladie en motivant les patients à adhérer plus strictement à leur traitement et à surveiller leur santé de plus près. Cependant, l'insuffisance cardiaque est plus souvent associée à la dépression qu'à l'anxiété.</p>

	<p>Le taux de dépression chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque est comparé aux données de l'étude de Gottlieb, montrant une prévalence plus élevée de dépression dans cette population.</p> <p>Les pourcentages de patients présentant des symptômes dépressifs varient entre les patients hospitalisés et les patients en ambulatoire. Il existe des liens entre la dépression et des conséquences négatives sur l'évolution de la maladie. Le niveau de dépression peut également varier en fonction du degré ou de la classe de l'insuffisance cardiaque.</p> <p>Le soutien social est considéré comme un traitement efficace pour la dépression. Cependant, cette étude présente certaines limites. Étant de nature transversale, elle ne peut pas tenir compte des changements ou des différences au fil du temps, ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, l'étude ne permet pas de déterminer une relation de cause à effet entre la santé mentale et les variables socio-démographiques et cliniques. Enfin, l'échantillon de commodité utilisé n'est pas représentatif des patients souffrant d'insuffisance cardiaque en Grèce.</p> <p>Point fort = utilisation d'un questionnaire valide et fiable qui est utilisé dans la pratique médicale.</p>
<p>Intérêt :</p> <p>L'étude et les résultats sont intéressants pour le TB car ils reprennent les facteurs de la maladie qui impacts l'anxiété ou la dépression. Ils font des liens entre l'insuffisance cardiaque et les symptômes dépressifs en montrant l'importance de cette problématique. Il est également cité que ces symptômes passent en second face à l'insuffisance cardiaque et qu'ils sont sous-diagnostiqués ou sous-traités ce qui appuie notre question de recherche.</p>	

Article 5

Polikandrioti M. (2022). Perceived Social Isolation in Heart Failure. <i>The Journal of innovations in cardiac rhythm management</i> , 13(6), 5041–5047. https://doi.org/10.19102/icrm.2022.130606	
Le nom de la publication	Perception de l'isolement social dans l'insuffisance cardiaque
L'année de publication « 5-10 ans »	15 juin 2022
Le titre et les sous titres Population ? variables ? devis ?	Cet article parle d'un symptôme dépressif en particulier qui est l'isolement social. Les variables sont l'impact de la fatigue et des caractéristiques des patients sur l'isolement social, associations entre l'isolement social perçu et les caractéristiques des patients. C'est un devis quantitatif avec des analyses statistiques.
La structure Article scientifique ? = présence du résumé ? (Abstract en anglais), introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion. Les objectifs La méthodologie : devis Les résultats : intérêt pour votre TB	Il y a un résumé qui reprend les informations importantes. En revanche, le résumé n'est pas séparé en plusieurs sous titres. Le but de cette étude transversale est d'évaluer les facteurs associés à l'isolement social perçu et d'évaluer l'impact de la fatigue sur l'isolement social. Les résultats ont montré que 78 % des participants percevaient l'isolement social, associé au sexe, à la classe IV de la NYHA, au stress lié à l'évolution de l'IC, à la dyspnée paroxystique nocturne, à l'œdème des membres inférieurs, à la prise de nombreux médicaments, à la croyance aux changements corporels et au fait de ne suivre aucune limitation. Dans l'apport hydrique et sodique. La fatigue était associée à un isolement social perçu.
Les titres de graphiques, schémas, tableaux et image Complément d'informations afin de	Il y a des tableaux qui comparent les différences de l'impact chez les personnes interrogées. Il y a également un tableau qui évalue la fatigue physique et mentale. Il y a également des tableaux qui reflètent l'utilisation de beaucoup de médicaments et la source de stress.

valider l'intérêt pour votre TB	
L'introduction Chercher l'idée principale – connaître les connaissances préalables à l'étude sur le phénomène étudié (population cible, conséquences, besoins) solutions existantes (satisfaisant – insuffisant – insatisfaisant ?) – hypothèses ou question de recherche et approche : comment les chercheurs vont essayer de répondre à la question ?	<p>L'étude se concentre sur l'isolement social perçu chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) et son impact sur leur santé et leur bien-être.</p> <p>Idée principale : L'isolement social perçu chez les patients atteints d'IC est un problème préoccupant, car il est associé à une détérioration de la qualité de vie, à une augmentation du risque de complications médicales et à une utilisation accrue des soins de santé.</p> <p>Connaissances préalables :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Population cible : Les patients atteints d'insuffisance cardiaque. – Conséquences : L'isolement social perçu est associé à un risque accru de visites aux urgences, de réhospitalisation et d'utilisation élevée des soins de santé. Il est également corrélé à une fatigue excessive, à des sentiments de démoralisation et à une détérioration de la qualité de vie. – Besoins : Il est nécessaire de mieux comprendre les facteurs associés à l'isolement social chez ces patients et d'évaluer comment cela influence leur santé et leur bien-être. – Solutions existantes : Les solutions actuelles pour aborder l'isolement social perçu chez les patients atteints d'IC sont probablement insuffisantes, car cela reste un problème important avec des conséquences graves sur la santé des patients. <p>Hypothèses ou question de recherche et approche : Les chercheurs vont probablement essayer de répondre à la question en étudiant les facteurs associés à l'isolement social perçu chez les patients atteints d'IC, en évaluant comment la fatigue contribue à cet isolement, et en proposant des interventions pour mieux gérer cet aspect de leur santé.</p>

Méthodologie Devis : avec qui ? comment ? Instruments de mesure : qu'est-ce qui est mesuré (variable) avec quoi ? Analyse :	Il y a 100 patients atteint d'IC recrutés, qui se sont rendus dans des cliniques pour un suivi de routine par échantillonnage de convenance. Ce sont des patients qui savent écrire et parler le grec.
Les résultats Comment sont organisé les résultats ? noter les noms des paragraphes, titre des	Ils sont organisés par titre, par tableau, il y a également des paragraphes dont les pourcentages sont écrits.
Discussion Interprétation des résultats en revenant sur la question principale ou l(es) hypothèse(s) et le lien avec la littérature existante.	Cette étude confirme que l'isolement social perçu est un problème répandu chez les patients atteints d'IC et qu'il est associé à des résultats de santé défavorables. Les résultats appuient la nécessité d'identifier et de prendre en charge l'isolement social chez ces patients pour améliorer leur qualité de vie et leurs résultats de santé.
Intérêt : Les témoignages sont très intéressants et répondent à notre question de recherche. Bien que l'article aborde uniquement l'isolement social qui est l'un des symptômes dépressifs. L'article reste très pertinent pour notre TB car les statistiques démontrent de la fatigue, du stress, mais aussi la quantité de médicament joue un rôle dans l'isolement social.	

Article 6

Dunbar, S. B., Tan, X., Lautsch, D., Yang, M., Ricker, B., Maculaitis, M. C., Nagle, T., Clark, L. T., Hilkert, R., Brady, J. E., & Spertus, J. A. (2021). Patient-centered Outcomes in HFrEF Following a Worsening Heart Failure Event: A Survey Analysis. <i>Journal of Cardiac Failure</i> , 27(8), 877-887. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1071916421002104#sec0022	
Le nom de la publication	Résultats centrés sur le patient dans l'ICFr après une aggravation d'un événement d'insuffisance cardiaque : une analyse d'enquête
L'année de publication « 5-10 ans »	Aout 2021
Le titre et les sous titres Population ? variables ? devis ?	La population correspond à nos critères. Les variables également.
La structure Article scientifique ? = présence du résumé ? (Abstract en anglais), introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion. Les objectifs La méthodologie : devis Les résultats : intérêt pour votre TB	Il y a un résumé qui reprend les informations importantes de l'article. Une enquête transversale d'auto-évaluation sur les soins de santé représentative de la population adulte générale aux États-Unis. Cette étude visait à étudier de manière exhaustive les résultats centrés sur le patient (PCO - Patient centered outcomes) chez les patients atteints d'ICFrEF et à comparer les patients après WHFE avec ceux sans WHFE (NWHFE). Les résultats sont intéressants et appuie nos premiers articles. De plus, il aborde la prise de traitement et le fardeau psychologique. C'est un article de devis quantitatif.
Les titres de graphiques, schémas, tableaux et image Complément d'informations afin de valider l'intérêt pour votre TB	Il y a des tableaux de résultats du questionnaire ainsi que les valeurs des statistiques.

<p>L'introduction</p> <p>Chercher l'idée principale – connaître les connaissances préalables à l'étude sur le phénomène étudié (population cible, conséquences, besoins) solutions existantes (satisfaisant – insuffisant – insatisfaisant ?) – hypothèses ou question de recherche et approche : comment les chercheurs vont essayer de répondre à la question ?</p>	<p>L'article traite de l'aggravation des événements d'insuffisance cardiaque (WHFE) chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (HFrEF), et examine l'impact de ces événements sur les résultats centrés sur le patient (OPC), y compris les symptômes, la qualité de vie (QoL), et les charges économiques et de traitement.</p> <p>La population cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les Afro-Américains – Les adultes âgés de ≥ 80 ans – Les patients avec un plus grand nombre de comorbidités <p>Conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une plus grande fréquence d'hospitalisations pour toutes causes – Plus de visites ambulatoires et d'urgence – Des coûts de soins plus élevés, tant pour l'insuffisance cardiaque que pour toutes causes confondues <p>Évaluation des solutions actuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> – Satisfaisant : Les données existantes décrivent bien les pronostics indésirables des patients atteints de WHFE. – Insuffisant : Il y a peu de données sur le fardeau des WHFE du point de vue des patients, particulièrement concernant les symptômes, la qualité de vie, les charges économiques et de traitement.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> – Insatisfaisant : La relation entre les WHFE et les charges symptomatiques et psychologiques n'est pas bien définie dans la pratique clinique. <p>L'objectif est de combler les lacunes existantes dans la compréhension des impacts des WHFE sur les patients et de fournir une image plus complète du fardeau de la maladie du point de vue des patients à l'aide de l'expérience des patients.</p>
Méthodologie Devis : avec qui ? comment ? Instruments de mesure : qu'est-ce qui est mesuré (variable) avec quoi ? Analyse :	<p>Critères d'inclusion : Âge ≥ 18 ans, diagnostic d'HFrEF (fraction d'éjection autodéclarée $< 45\%$), résident des États-Unis, capable de lire et écrire en anglais, et consentement éclairé fourni.</p> <p>Critères spécifiques de classification : Patients ayant des événements d'aggravation de l'insuffisance cardiaque (WHFE) définis par une hospitalisation pour insuffisance cardiaque ou utilisation de diurétiques intraveineux au cours des 12 derniers mois. Les autres patients étaient classés comme n'ayant pas de WHFE (NWHFE).</p> <p>Recrutement : Invitations par courrier électronique envoyées aux patients pré-identifiés leur demandant de participer à une enquête en ligne unique de 30 minutes.</p> <p>Analyse des variables :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Caractéristiques sociodémographiques – Caractéristiques de santé – Charge des symptômes – Charge psychologique

	<ul style="list-style-type: none"> – Charge de traitement – Satisfaction et adhérence aux médicaments – Coûts des soins – Méthodes statistiques
Les résultats Comment sont organisés les résultats ? noter les noms des paragraphes, titre des	L'étude montre que les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ayant récemment subi une décompensation éprouvent davantage de symptômes de stress psychologique, et de contraintes financières comparé à ceux n'ayant pas connu de décompensation. Ils sont également plus favorables à investir dans des traitements visant à améliorer leur santé. Ces patients expriment une mauvaise satisfaction envers leurs médicaments et ont tendance à suivre leurs traitements prescrits avec moins de rigueur. Les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite présentent souvent des signes de dépression (40,2 %), de trouble d'anxiété généralisée (32,6 %) et d'insomnie (61,9 %). Ces troubles étaient encore plus fréquents chez les patients ayant vécu une décompensation récente, avec des taux de dépression de 55,3% contre 24% avec un trouble d'anxiété généralisée plus répandu.
Discussion Interprétation des résultats en revenant sur la question principale ou (es) hypothèse(s) et le lien avec la littérature existante.	Les hypothèses principales étaient que les patients avec WHFE subiraient un fardeau de traitement et psychologique plus important, des impacts financiers plus élevés et une moindre satisfaction à l'égard de leurs traitements actuels comparativement aux patients n'ayant pas de décompensation cardiaque récente. Les résultats de cette étude apportent des preuves importantes sur plusieurs aspects clés : <ul style="list-style-type: none"> – Charge symptomatique et qualité de vie – Fardeau psychologique – Fardeau thérapeutique – Satisfaction à l'égard du traitement

	<ul style="list-style-type: none">– Non-observance médicamenteuse– Impact financier
<p>Intérêt :</p> <p>Les résultats sont intéressants et peuvent ajouter un plus à notre travail de bachelor comme l'intérêt pour les médicaments. C'est un sujet qu'on n'avait pas aborder dans les autres articles.</p>	

Appendice C : Grille récapitulative

Auteur(s), titre de l'étude, et année	Objectif de l'étude et cadre conceptuel	Échantillon et contexte	Devis de l'étude et interventions*	Variables des résultats avec mesures, y compris validité et fiabilité** Résultats	Principales forces et limites
<p>Récits de patients en réadaptation cardiaque sur leur détresse émotionnelle et leurs besoins psychologiques : une étude qualitative</p> <p>Année de publication : 2019</p> <p>Auteurs: Rebecca McPhilips, Peter Salmon, Adrian Wells, Peter Fisher</p>	<p>Cette étude vise à comprendre comment les patients cardiaques en détresse décrivent leurs besoins émotionnels et la réponse de la RC.</p>	<p>46 patients dépistés positivement pour l'anxiété et/ou la dépression.</p> <p>Un consentement écrit a été signé par les participants.</p>	<p>Une étude descriptive qualitative avec des témoignages des patients atteints d'insuffisance cardiaque souffrant de symptômes dépressifs,</p>	<p>Les patients en RC ont diverses inquiétudes mais ne veulent généralement pas en discuter, ils investissent donc l'espoir de se sentir mieux avec le temps et d'être rassurés. Une intervention acceptable pour les patients CR leur permettrait de répondre à diverses inquiétudes, mais sans avoir à partager le contenu de leurs inquiétudes, aurait une « validité apparente » et répondrait aux inquiétudes des patients. La thérapie métacognitive est une intervention qui pourrait convenir.</p>	<p>Cet article évoque les besoins psychiques de patients atteint de maladie cardiovasculaire. Il évoque également leurs inquiétudes et leurs expériences. La limite c'est que cet article ne parle pas uniquement de l'insuffisance cardiaque mais de toutes les maladies cardiovasculaires. De plus, les patients sont également atteints d'autres pathologies chronique tel que la BPCO.</p>

<p>Les symptômes somatiques-affectifs, mais non cognitifs-dépressifs, sont associés à une réduction de la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive</p> <p>Année de publication : 2017</p> <p>Auteurs : Elisabetta Patron Ph.D. a, Simone Messerotti Benvenuti Ph.D. a, Vincenzo Lopriore M.D. b, Jenny Aratari M.Sc. b, Daniela Palomba M.D. a</p>	<p>Examiner l'influence différentielle des symptômes somatique-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs-dépressifs sur la qualité de vie liée à la santé et la capacité fonctionnelle comportementale chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive.</p>	<p>55 patients atteints d'insuffisance cardiaque avec défibrillateur cardiovertible implantable âgés de >18 ans hommes ou femmes avec fraction d'éjection < 40% venus pour une visite ambulatoire.</p> <p>Consentement écrit et aucun refus de participation</p>	<p>Plusieurs questionnaires et échelles sur la qualité de vie, anxiété, et capacité fonctionnelle comportementale NYHA (classe fonctionnelle), Comorbidité de Charlson (comorbidités médicales), QQA (symptômes dépressifs et anxiété), BDI II (auto-déclaration pour évaluer la gravité des symptômes dépressifs lors des 2 dernières semaines), l'anxiété de Beck (auto-évaluation pour l'anxiété), IADL (activités instrumentales de la vie quotidienne= auto-évaluation de la capacité fonctionnelle), test de marche de 6 min. Devis quantitatif.</p>	<p>Caractéristiques = critères d'inclusions et statistiques avec tableau et explications.</p> <p>L'influence des symptômes somatiques-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs-dépressifs et de l'anxiété sur la QVRH= 2 Tableaux avec leurs explications (analyse régression linéaire avec score totaux et analyse de la régression linéaire avec scores physiques et émotionnels).</p> <p>L'influence des symptômes somatiques-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs-dépressifs et de l'anxiété sur la capacité fonctionnelle comportementale= explications avec tableaux et explications.</p>	<p>Limites du petit nombre dans l'échantillonnage</p> <p>Limites pour généraliser car + grande population d'hommes que de femmes.</p> <p>Limites dans l'évaluation de la dépression car se sont basés sur une échelle et non sur l'évaluation clinique complète d'après le DSM 5</p>
---	--	--	--	---	--

<p>Une perspective centrée sur le patient sur le traitement des symptômes dépressifs de l'insuffisance cardiaque chronique : que préfèrent les patients ?</p> <p>Année de publication : 2015</p> <p>Auteurs : Nicole Lossnitzer a, Wolfgang Herzog a, Jobst Hendrik Schultz a, Tobias Taeger b, Lutz Frankenstein b, Beate Wild a</p>	<p>L'objectif est d'interroger les patients atteints d'ICC signalant des symptômes dépressifs au sujet de leurs préoccupations et de leurs préférences concernant diverses options de traitement psychosocial. Et voir après trois mois, combien de patients avaient réellement participé à un traitement.</p>	<p>85 patients avec 67% de participation et réévaluation après les 3 mois d'essai de traitement. Patients en ambulatoire âgés > 18 ans et atteints d'insuffisance cardiaque systolique répondant à un questionnaire de santé des patients.</p>	<p>Devis quantitatif. Questionnaire sur la santé des patients se basant sur les critères du DSM IV (PHQ-9), classification de l'insuffisance cardiaque (NYHA), échelle de l'anxiété (GAD-7) et de la qualité de vie (SF-36 se basant sur l'échelle RQQ). Entrevue pour les préférences et les objections.</p>	<p>Les résultats sont organisés par plusieurs titres : Sujets= 85 patients mais 41 patients ont refusé de participer, 3 patients exclus pour manque de données, post 3 mois= 68 patients réévalués, 2 patients sont décédés et 15 patients ont perdu le suivi. Tableau pour illustrer. Préférences de traitements des patients en utilisation d'un traitement= les conférences de soutien régulières est l'option préférée. Antidépresseurs= refus de 48 patients car idées d'effets indésirables et mauvaise interaction avec leur traitement d'insuffisance cardiaque ou jugement qu'ils sont inutiles Psychothérapie= 40 patients ne pouvaient pas envisager y</p>	<p>Limites : population en service ambulatoire donc pas générale, taux de participation, types de variables, pas de données sur la fiabilité et la validité des données. Points forts : Préférences de traitement des patients atteints d'ICC signalant des symptômes dépressifs (n = 85). La plupart des patients (64,7 %) ont préféré un service à bas seuil avec des entretiens de soutien. Seulement 31,4 % ont exprimé leur volonté de prendre un antidépresseur. Après 3 mois, 24,7 % avaient effectivement participé à un traitement.</p>
---	--	---	---	---	--

				participer car pas besoin. Utilisation du traitement à 3 mois de suivi= près d'un quart de nos patients présentent des symptômes dépressifs ont utilisé l'une des offres de traitement après le suivi de trois mois.	L'anxiété généralisée était étroitement liée à la disposition de commencer un traitement.
Facteurs associés à la dépression et à l'anxiété des patients hospitalisés atteints d'insuffisance cardiaque. Année de publication : 2015 Auteurs : Maria Polikandrioti, John Goudevenos, Lampros K Michalis, John Koutelekos, Helen Kyristi, Dimitrios Tzialas, Moïse Elisaf	Explorer les facteurs associés à l'anxiété et à la dépression rencontrés par les patients hospitalisés avec insuffisance cardiaque.	L'étude évalue 190 patients atteints d'insuffisance cardiaque hospitalisés dans l'unité de soins intensifs ou le service de cardiologie de 4 hôpitaux publics généraux dans la région de l'Attique.	Étude transversale avec un devis quantitatif. Questionnaires fait lors de consultation visant l'anxiété et la dépression : HADs pour s'autoévaluer.	Variables= sexe, âge, état civil, niveau d'éducation, lieu de résidence, nombre et âge des enfants, nombre d'années écoulées depuis le début de la maladie, l'expérience antérieure des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, degré d'information et nombre de jours d'hospitalisation. Variables catégorielles et continues.	Les limites : étude transversale qui n'a pas pu tenir compte des changements ou différences dans le temps= limite la généralisation des résultats, l'étude ne permet pas de déterminer une relation de cause à effet entre la santé mentale et les variables socio-démographiques et cliniques, échantillon de commodité donc pas représentatif des patients souffrant d'insuffisance

					cardiaque en Grèce. Point fort= utilisation d'un questionnaire valide et fiable qui est utilisé dans la pratique médicale.
<p>Isolement social perçu dans l'insuffisance cardiaque</p> <p>Année de publication : 2022</p> <p>Auteur : De Maria Polikandrioti</p>	<p>Le but de cette étude était d'évaluer les facteurs associés à l'isolement social perçus et d'évaluer l'impact de la fatigue sur l'isolement social.</p>	<p>Au total, 100 patients ambulatoires atteints d'IC ont été recrutés.</p> <p>Un consentement écrit et éclairé pour la participation a été signé par les patients. De plus, tous les</p>	<p>Devis quantitatif. Questionnaires lors de consultation.</p>	<p>Les patients se sentaient incapables de maintenir un rythme de vie sociale en raison des limitations imposées par l'IC.</p> <p>Des participants percevaient l'isolement social associé au sexe, à la classe IV de la NYHA, au stress lié à l'évolution de l'IC, à la dyspnée paroxystique nocturne, à l'œdème des membres inférieurs, à la prise de</p>	<p>Les limites de cette étude incluent la conception transversale et l'utilisation d'instruments d'auto-évaluation.</p> <p>L'échantillonnage de commodité est l'une des limites car cette méthode n'est pas représentative de toutes les populations atteintes</p>

		participants ont été renseignés de leur droit de refuser ou d'interrompre leur participation, conformément aux normes éthiques de la Déclaration d'Helsinki de 1983.		nombreux médicaments, à la croyance aux changements corporels et au fait de ne suivre aucune limitation. Dans l'apport hydrique et sodique. La fatigue était associée à un isolement social perçu.	d'IC vivant en Grèce. La taille de l'échantillon était relativement petite, même si de nombreuses associations significatives ont été observées. De plus, il n'y avait pas de mesure ultérieure dans le temps permettant d'évaluer les changements possibles dans toutes les dimensions évaluées (fatigue, isolement social perçu).
Résultats centrés sur le patient dans l'ICFr après une aggravation d'un événement d'insuffisance cardiaque : une analyse d'enquête Année de publication : 2021 Auteurs : Sandra B. Dunbar, IA, Ph.D., Xi Tan	L'article traite sur l'aggravation des événements de l'insuffisance cardiaque (WHFE) chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (HFrEF), et examine l'impact de	Au total, 512 patients (52,0 % de WHFE) ont été inclus. Les patients atteints de WHFE souffraient plus fréquemment de dépression (55,3 % contre 24%), d'anxiété (46,2 % contre 17,9 %) et	Devis quantitatif mener auprès de 512 patients atteint d'IC à l'aide d'un questionnaire évoquant les principaux sujets tels que : Caractéristiques de l'échantillon Charge Symptomatique	Les variables sont les suivantes : Caractéristiques sociodémographiques Caractéristiques de santé Charge des symptômes Charge psychologique	Les forces : Perspective des patients, comparaison entre WHFE et NWHFE, utilisation d'instruments validés, analyse multivariée et pertinence clinique Les limites :

PhD, PharmD, Dominik Lautsch Thèse, Mei Yang Doctorat, Bryan Ricker BA, Martine C. y compris les Maculaitis Doctorat, Thomas Nagle BS, Luther T. Clark MD, Robert Hilker MD, Joanne E. Brady Doctorat, John A. Spertus MD, MPH 4	ces événements sur les résultats centrés sur le patient (OPC), y compris les symptômes, la qualité de vie (QoL), et les charges économiques et de traitement.	d'insomnie (77,8 % contre 44,7 % ; P < 0,001 pour tous).	Fardeau psychologique Charge de traitement Satisfaction du traitement Adhérence au traitement Accès au traitement	Charge de traitement Satisfaction et adhérence aux médicaments Coûts des soins Méthodes statistiques	Biais de rappel et d'auto-déclarations, échantillon de commodité, nature transversale des données, sous-représentation de certaines sous-populations, variables omises et limites dans la définition de WHFE
--	---	--	---	---	--

Appendice D : Grille de cotation basé sur Tétreault, Sorita, Ryan et Ledoux (2013)

Article 1

McPhillips, R., Salmon, P., Wells, A., & Fisher, P. (2019). Cardiac Rehabilitation Patients' Accounts of Their Emotional Distress and Psychological Needs: A Qualitative Study. <i>Journal of the American Heart Association</i> . https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6585358/									
		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt			
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3	Le titre est précis malgré le manque de précision sur la pathologie cardiaque pour laquelle les patients viennent traiter.	1	2	3	
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	Les auteurs et leurs affiliations sont clairement indiqués. Le contexte de la recherche n'est pas clairement cité.				
	Mots-clés	1	2	3	Les mots-clés sont pertinents et représentent les principaux thèmes de l'étude.				
	Résumé	1	2	3	Le résumé est bien structuré et résume adéquatement les objectifs, la méthodologie, les résultats et les conclusions de l'étude. Il est pertinent pour notre problématique.				
Introduction	Pertinence	1	2	3	Il y a des statistiques de symptômes dépressifs liés à la maladie cardiovasculaire qui correspondent aux statistiques trouvées sur des sites de cardiologie. Il y a des	1	2	3	

					explications du lien entre la pathologie et ses répercussions sur la qualité de vie.			
	Originalité	1	2	3	C'est une étude qualitative descriptive ce qui implique l'originalité dans article.			
	Plan d'article	1	2	3	Le plan de l'article n'est pas structuré, mais les sujets de l'étude sont abordés dans l'introduction. Il n'y a pas de plan dans l'introduction.			
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3	Les objectifs et hypothèses sont clairement définis et pertinents. Les questions que les auteurs se posaient sont citées à la fin du paragraphe de l'introduction. Le but est d'explorer comment les patients décrivaient et comprenaient leur détresse, l'efficacité perçue de la réadaptation cardiaque et des soins de routine actuels pour répondre à leurs besoins psychologiques, mais aussi comment les patients voyaient le rôle potentiel des interventions psychologiques formelles.			

Recension des écrits, état de l'art	Concepts théoriques/modèles	1	2	3	La thématique principale est de savoir comment les patients décrivaient et comprenaient leur détresse et leurs besoins psychologiques. Les concepts les plus importants sont définis sous forme de paragraphes dans les résultats.	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3	Il y a très peu d'études qui abordent le sujet du vécu des patients atteints de maladie cardiaque ayant des symptômes dépressifs. Les auteurs disent qu'il faudrait faire des études supplémentaires pour augmenter le niveau de preuves. Le point de vue des patients et les			

					besoins des patients en centre de réadaptation et/ou à domicile sont les points les plus importants de cet article.			
	Modèle théorique	1	2	3	Le modèle théorique centré sur la compréhension des besoins émotionnels et psychologiques des patients en réhabilitation cardiaque. Les concepts sont la détresse émotionnelle et psychologique, les besoins psychologiques, le rôle de la réadaptation, l'approche patient centrée, les interventions et le soutien, la résilience et l'adaptation.			
	Limites des écrits	1	2	3	Les limitations des écrits existants sont bien reconnues et discutées. Cela démontre une bonne compréhension du domaine et justifie la nécessité de l'étude actuelle.			
	Liens entre les parties	1	2	3	Les liens entre les différentes sections de l'article pourraient être renforcés. <i>Une transition plus fluide entre les sections aiderait pour une meilleure compréhension globale de l'étude.</i>			

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	Le résumé des résultats est complet et bien présenté. Les auteurs synthétisent efficacement les principales découvertes de l'étude. Ils comparent également avec les résultats d'anciennes études.	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3	L'article fait souvent référence à d'autres études citées dans la bibliographie, ce qui aide à contextualiser les découvertes et à montrer en quoi elles contribuent.			

	Recommandations ou suggestion	1	2	3	Les suggestions proposées offrent des pistes concrètes pour améliorer les soins aux patients en réadaptation cardiaque.			
	Limites de la présente étude	1	2	3	<p>L'étude repose sur un échantillon de taille restreinte, ce qui limite la généralisation des résultats à une population plus large de patients en réhabilitation cardiaque. Les expériences et les besoins psychologiques des patients peuvent varier considérablement, et un échantillon plus grand pourrait fournir une vision plus complète et diversifiée.</p> <p>Les résultats pourraient ne pas être représentatifs de tous les patients en réhabilitation cardiaque, surtout ceux qui ne participent pas aux programmes de réhabilitation.</p> <p>Les données de l'étude sont basées sur des entretiens et des auto-évaluations des patients. Les patients peuvent être influencés par leurs perceptions et leurs désirs de présenter une image positive.</p> <p>L'étude ne comporte pas de groupe contrôle, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité spécifique des interventions de réhabilitation cardiaque sur les besoins émotionnels et psychologiques des patients.</p> <p>La variabilité des interventions et la limitation géographique imposent également des limites.</p>			

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	La conclusion revient sur les objectifs et les questions de recherche initiales. La conclusion montre également comment les résultats obtenus répondent à ces questions.	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3	Les résultats principaux ne sont pas cités dans la conclusion.			
	Étapes futures	1	2	3	Les suggestions pour les recherches futures sont bien formulées et montrent une compréhension approfondie des besoins de recherche continue dans ce domaine. Néanmoins le besoin d'études supplémentaires n'est pas cité dans la conclusion.			
	Retombées potentielles	1	2	3	Les implications potentielles des résultats pour la pratique clinique et la recherche sont bien discutées en soulignant l'importance de l'étude pour améliorer les interventions psychologiques en réadaptation cardiaque.			

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	Les références sont variées et couvrent une gamme d'études pertinentes. Les références proviennent de plusieurs pays différents (Angleterre, Pays-Bas, New York, Asie, Nouvelle-Zélande).	1	2	3
	Années	1	2	3	Les études en références ont été publiées entre 1983-2019. Il y a beaucoup d'articles entre 2013 et 2019. Il y a tout de même une grande partie des articles qui datent de plus de 10 ans.			
	Titre	1	2	3	Les titres des références sont correctement cités, reflétant avec précision le contenu des sources			

					référéncées. On voit également des références sur l'écriture d'études qualitatives.			
	Exhaustivité	1	2	3	La bibliographie est exhaustive et bien structurée, couvrant les principaux travaux pertinents dans le domaine. La bibliographie est numérotée.			

Article portant sur une étude qualitative

		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Méthodologie	Question de recherche	1	2	3	L'article propose de comparer la réadaptation cardiaque habituelle et la réadaptation cardiaque avec 6 séances de thérapie métacognitive. Les variables sont présentes sous forme de sous-titres. Elles sont bien définies.	1	2	3
	Devis	1	2	3	Le devis qualitatif est mieux expliqué en introduction. Les auteurs ne cherchaient pas à faire des généralisations sur la base de ces quantités. Ils voulaient plutôt démontrer à quel point l'analyse est largement soutenue par les données. Le devis qualitatif permet de mieux comprendre la problématique et permet d'avoir un retour sur le vécu des patients qui souffrent de symptômes dépressifs. La collecte d'informations se fait via des entretiens enregistrés et transcrits. L'entretien se déroule sous forme de questionnaire. Les données sont ensuite mises entre guillemets dans les résultats.			

	Sélection des participants/objet à l'étude	1	2	3	Les patients ont été choisis parmi 3 services de réadaptation cardiaque en Angleterre. Ils ont également subi un test HADS qui est une échelle de la dépression et/ou d'anxiété de l'Hospital Anxiety and Depression Scale, afin d'exclure des patients ayant déjà un niveau d'anxiété/dépression majeur. L'étude exclut également les personnes de moins de 18 ans.			
	Procédure de collecte d'information	1	2	3	Les outils de la collecte des données sont définis et argumentés. Ils répondent aux besoins de l'étude. Il est justifié par le fait que l'étude soit de devis qualitatif et que c'est la meilleure façon de trouver les réponses aux questions de l'étude. La collecte de données se fait auprès de 77 personnes mais que 46 personnes remplissent correctement les critères exigés. Les entretiens sont faits grâce à 2 guides d'entretien qui sont modifiés au fur et à mesure de l'étude.			
	Analyse des données	1	2	3	La méthode est décrite et pertinente avec la problématique initiale. PATHWAY est un essai contrôlé randomisé qui compare la RC habituelle seule au RC habituelle avec 6 séances de thérapie métacognitive de groupe. Dans l'article, il n'y a pas d'interprétation avec les patients.			

Résultats	Description des résultats	1	2	3	Les patients se sentent déprimés, stressés, dépassés, épuisés, contrariés. Certains évoquent avoir envie de pleurer. Certains ont des pensées négatives, craignent que leur pathologie cardiaque se détériore, ont des inquiétudes vis-à-vis de la suite. Certains signalent la perte d'autonomie et l'impact sur eux. Les patients étaient	1	2	3
-----------	---------------------------	---	---	---	---	---	---	---

					généralement négatifs sur ce qu'ils comprenaient comme une intervention psychologique. Les résultats sont clairement cités et expliqués. Ils sont pertinents. Les auteurs n'interprètent pas les résultats à cet endroit-là. Les liens avec d'autres études sont faits lors de la discussion.			
	Retombées	1	2	3	Il n'y a pas de retombées citées.			
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3	Il y a 2 tableaux qui montrent le questionnaire utilisé pour guider l'interview et un autre avec les critères de chaque patient. Cela permet de montrer les différences entre chaque patient.			
	Synthèse, résultats/modèles	1	2	3	Les résultats sont exposés tels quels. Certaines personnes ont trouvé nécessaire de parler du vécu de leurs symptômes et d'autre citent avoir répondu au questionnaire par politesse. Une brève synthèse est présente en fin de paragraphe.			

Article 2

Patron, E., Messerotti Benvenuti, S., Lopriore, V., Aratari, J., & Palomba, D. (2017). Somatic-Affective, But Not Cognitive-Depressive Symptoms are Associated With Reduced Health-Related Quality of Life in Patients With Congestive Heart Failure. <i>Psychosomatics</i> , 58(3), 281-291. https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.01.001								
		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3	<p>Il évoque les symptômes dépressifs somatiques-affectifs mais non cognitifs-dépressifs chez des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque congestive. Il annonce directement les principaux thèmes ainsi qu'une population.</p> <p>Il parle également de la qualité de vie qui est un concept choisi dans le cadre de recherche de ce travail.</p>	1	2	3
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	<p>Les lieux d'études ou de travaux sont cités pour chaque auteur avec leur prénom et leur nom.</p> <p>Un des auteurs a mis son mail pour faciliter le contact.</p> <p>Le contexte de leur étude n'est pas cité directement avec les auteurs.</p>			3
	Mots-clés	1	2	3	<p>Ils représentent le texte dans sa globalité.</p> <p>Le fait de les noter, facilite la recherche pour l'intérêt d'un futur travail.</p>			3

	Résumé	1	2	3	<p>Le résumé est séparé en plusieurs titres dont le contexte, l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <p>Cet article apporte des éléments importants par rapport à la problématique du travail de Bachelor. Il montre que les symptômes dépressifs somatiques et affectifs sont associés à une mauvaise qualité de vie et une mauvaise capacité fonctionnelle comportementale.</p>			3
--	--------	---	---	---	--	--	--	---

Introduction	Pertinence	1	2	3	<p>La justification de la problématique repose sur des statistiques mettant en lien l'augmentation de dépression ou de symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires. L'introduction fait ressortir également par des statistiques que la dépression influence l'insuffisance cardiaque congestive et la mauvaise qualité de vie.</p> <p>La mise en commun d'études précédentes a permis de créer la nouvelle question de cet article.</p>	1	2	3
	Originalité	1	2	3	<p>Les auteurs évoquent le nombre d'études examinant la qualité de vie chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec des instruments d'auto-déclaration mais peu d'études sur l'influence des symptômes dépressifs somatiques-affectifs et cognitifs sur la capacité fonctionnelle comportementale chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Donc les objectifs de cette étude étaient doubles en lien avec les symptômes dépressifs et la qualité de vie ou la</p>			3

					capacité fonctionnelle mais aussi l'anxiété en lien avec ces 2 concepts.			
	Plan d'article	1	2	3	<p>L'introduction fait rappel aux éléments qui seront détaillés dans les autres parties du texte comme la méthode. Elle se compose de définitions, d'explications face à la problématique et aux besoins actuels et de statistiques pour approuver les faits.</p> <p>Le plan n'est pas clairement écrit ou détaillé mais il est compris dans le texte en général.</p>			3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>L'objectif est clairement cité et complet : Examiner l'influence différentielle des symptômes somatiques-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs-dépressifs sur la qualité de vie et la capacité fonctionnelle comportementale chez les patients atteints d'Insuffisance cardiaque.</p> <p>Il se réfère à des concepts qui sont également utilisés dans le travail de bachelor comme la qualité de vie.</p> <p>L'introduction révèle aussi une hypothèse sur de la littérature précédente et les auteurs ont rebondis en testant cette hypothèse dans leur étude.</p>			3

Recension des écrits, état de l'art	Concepts théoriques/modèles	1	2	3	Les concepts sont séparés par chapitre et bien définis : qualité de vie, anxiété et symptômes dépressifs, capacité fonctionnelle comportementale, insuffisance cardiaque selon leur état fonctionnel. Ils sont tous évalués avec des échelles reconnues et expliquées.	1	2	3
-------------------------------------	-----------------------------	---	---	---	--	---	---	---

	Études, résultats récents	1	2	3	<p>Les constats des études citées d'autres articles précédents sont bien expliqués pour montrer l'importance de celle-ci et les différences ou les similitudes.</p> <p>Une étude précédente a suggéré de faire une structure à deux facteurs (cognitif-dépressif et somatique-affectif) ce qui a été repris lors de l'étude de cet article.</p>			3
	Modèle théorique	1	2	3	<p>Chaque concept est séparé par chapitre. Dans sa justification, les auteurs ont précisé leur moyen d'évaluation selon des questionnaires ou échelles validées. L'état fonctionnel évalué avec la classification NYHA de l'insuffisance cardiaque. Les comorbidités médicales ont été évaluées par l'indice de comorbidité de Charlson. L'évaluation des symptômes de l'insuffisance cardiaque par le Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) comprend une évaluation de la qualité de vie. Les symptômes dépressifs sont évalués avec BDI-II lors d'un questionnaire d'auto-déclaration. L'inventaire de l'anxiété de Beck auto-évalue les symptômes d'anxiété. Le questionnaire sur les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) permet d'auto-évaluer les capacités fonctionnelles comportementales ainsi qu'un test de la marche sur six minutes.</p> <p>Ils ont utilisé des modèles de régressions hiérarchiques lors des analyses statistiques pour obtenir des scores face à ces questionnaires.</p>			3

	Limites des écrits	1	2	3	Les études précédentes ont surtout examiné la qualité de vie chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive ont souvent utilisé des instruments d'auto-déclaration qui obligent le patient à décrire son fonctionnement physique et émotionnel ainsi que le soutien social et les stratégies d'adaptation sur une durée. Mais ces approches n'incluent pas la capacité fonctionnelle comportementale qui est un facteur clé. Peu d'études ont évalués la problématique de ce travail. En prenant les considérations de ce peu d'études, ils se sont basés sur une étude à double objectifs et doubles facteurs.			3
	Liens entre les parties	1	2	3	Le texte est explicite et se suit sans coupure. Les parties sont quand même bien délimitées par des titres et des sous-titres ainsi que des paragraphes séparés. Beaucoup d'éléments sont abordés en lien avec leur problématique et définis pour apporter de la précision. Dans les résultats, ils comparent également les résultats de cette étude et des études précédents ont montrant leurs similitudes pour prouver la littérature ou leurs différences pour donner un nouvel aspect.			3

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	Il n'y a pas de résumé séparé des résultats comme chapitre mais les résultats de l'étude sont repris dans la discussion en apportant des informations supplémentaires pour comparer ou appuyer leurs résultats.	1	2	3
------------	----------------------	---	---	---	---	---	---	---

					<p>Ils montrent également les forces de l'étude en rapportant son côté unique et/ou originale.</p> <p>Ils se basent sur les questionnaires et les échelles qu'ils ont utilisés lors de la méthode pour montrer les résultats mais il n'y a pas d'apport théorique supplémentaire.</p>			
	Liens vers d'autres études	1	2	3	<p>Le résumé des résultats montre que les résultats actuels suivent ceux des études précédentes indiquant que les symptômes dépressifs sont associés à une mauvaise qualité de vie chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ils précisent également que les symptômes dépressifs somatiques affectifs mais pas cognitifs sont associés à une diminution de la qualité de vie chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. Ce qui correspond aux preuves précédentes disant que les symptômes somatiques-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs sont plus susceptibles d'être associés à des résultats indésirables chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p>			3
	Recommandations ou suggestion	1	2	3	<p>Les recommandations ne sont pas citées clairement dans un chapitre mais sont abordées avec les limites de l'étude. Les résultats actuels doivent être reproduits pour comprendre l'association entre les sous-ensembles de symptômes dépressifs et une mauvaise qualité de vie et une faible capacité fonctionnelle comportementale chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive.</p>			3

					Intégrer une évaluation clinique complète pour préciser le diagnostic de dépression relié à la qualité de vie et à la capacité fonctionnelle comportementale Effectuer des études longitudinales pour confirmer les résultats dans une durée plus large prenant en compte des changements.			
	Limites de la présente étude	1	2	3	Taille d'échantillon petite. Population avec majorité d'hommes ce qui rend la généralisation des résultats compliqué à la population féminine. La dépression a été évaluée avec l'échelle BDI-II et non avec une évaluation clinique complète donc pas de diagnostic lié à la dépression directement. L'étude utilisait des données transversales donc la causalité n'a pas pu être évaluée.			3

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	Reprise de l'objectif en parlant de l'anxiété, de la qualité de vie et des symptômes dépressifs somatiques-affectifs chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3	Résumé très bref des résultats dans leur globalité. Fait ressortir les points importants qui reprennent l'ensemble des résultats pour répondre à l'objectif.			3
	Étapes futures	1	2	3	Ils suggèrent de prendre 2 étapes pratiques pour réduire le risque de mauvais résultats chez les patients atteints			3

					d'insuffisance cardiaque. Les chercheurs pourront validés les scores avec ces 2 aspects. Apport d'éléments supplémentaires comme des interventions qui devraient être mises en œuvre dans les programmes de réadaptation cardiaque pour diminuer les symptômes dépressifs.			
	Retombées potentielles	1	2	3	Il n'y a pas forcément de retombées potentielles précisées dans cette discussion.			

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	Le titre, les auteurs, les lieux sont indiqués dans les références et les documents sont encore accessibles actuellement.	1	2	3
	Années	1	2	3	Les années des références vont de 1989 à 2015 ce qui montre qu'il y a des références trop anciennes et d'autres qui rentrent dans les années plus actuelles.		2	
	Titre	1	2	3	Les titres montrent que ce sont des sites officiels consultés pour utiliser les questionnaires ou les échelles de la méthode. Ce sont également des articles scientifiques qui ont des liens avec la problématique de cette étude.			3
	Exhaustivité	1	2	3	La liste des références semble exhaustive et complète malgré la date des articles qui ne sont pas tous récents.			3

Article portant sur une étude quantitative

		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Méthodologie	Question / hypothèse	1	2	3	<p>La question liée à l'objectif est bien citée et expliquée.</p> <p>Il n'y a pas d'hypothèse, mais les auteurs donnent leur avis et comparent leurs résultats avec ceux d'études précédentes pour préciser leur propre étude.</p> <p>Les variables sont comprises dans les différents questionnaires ou échelles, qui ont été ajustés selon certaines variables et se retrouvent dans les tableaux des résultats. Les auteurs les ont mentionnées dans chaque paragraphe traitant d'une évaluation différente. Ils ont utilisé les covariables suivantes : l'âge, la classe fonctionnelle NYHA et le score CCI.</p>	1	2	3
	Devis méthodologique	1	2	3	<p>Le type de devis n'est pas clairement cité ou détaillé et il n'y a pas de schéma. Il se reconnaît dans les statistiques et l'analyse. Le devis est approprié à l'objectif de l'étude, en utilisant une approche quantitative pour examiner l'influence des symptômes dépressifs somatiques-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs sur la qualité de vie et la capacité fonctionnelle comportementale chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>La méthode de collecte d'informations est décrite comme étant réalisée sous forme de visites de suivi en ambulatoire entre juin 2015 et décembre 2015.</p>	1	2	3

				<p>L'étude a été menée avec le consentement écrit des patients, qui avaient bien compris les procédures. La déclaration d'Helsinki a également été respectée. Le comité d'éthique local de l'hôpital San Giacomo en Italie a approuvé cette étude.</p> <p>En reprenant les propositions d'anciennes études, ils ont utilisé une structure à deux facteurs de Beck et al. pour évaluer les symptômes. Les symptômes cognitifs ont été mesurés en additionnant les scores des 9 éléments de BDI-II pour chaque patient, et les symptômes somatiques-affectifs avec les 12 éléments de BDI-II. Ils ont évalué la cohérence interne de ces deux facteurs en utilisant le coefficient alpha de Cronbach.</p> <p>Des modèles de régression hiérarchique ont été utilisés pour prédire les scores de MLHFQ, IADL, et la distance du test de la marche de 6 minutes à partir des scores BDI-II.</p>				
	Sélection des participants	1	2	3	<p>La population de l'étude se compose de 59 patients ambulatoires caucasiens atteints d'insuffisance cardiaque congestive diagnostiquée et documentée, avec un défibrillateur cardiovertteur implantable. Ils ont été approchés lors d'une visite de suivi entre juin 2015 et décembre 2015 pour participer à l'étude. Les critères d'inclusion comprenaient les hommes et les femmes âgés de 18 ans ou plus, avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche égale ou inférieure à 40%.</p> <p>Quatre patients ont été exclus en raison d'une fraction d'éjection supérieure à 40% ou de tachyarythmie mettant leur vie en danger. Ainsi, 55 patients ont été retenus pour l'étude, dont 4 prenaient des antidépresseurs et 4</p>	1	2	3

					avaient des antécédents de trouble dépressif majeur. C'est un petit échantillon pour cette étude.			
	Choix des outils de mesure	1	2	3	<p>Les questionnaires et échelles de mesure utilisés dans l'étude sont validés, fiables et décrits précisément dans la méthode. Ce sont des évaluations reconnues :</p> <p>La Classification NYHA, établie par un cardiologue, classe les patients de 1 à 4 selon les limitations au repos et à l'activité, basées sur les symptômes physiques et les restrictions d'activités.</p> <p>L'Indice de comorbidité de Charlson, ajusté selon l'âge, évalue le nombre et la gravité des comorbidités médicales sur une échelle de 0 à 37, pondérée par la sévérité des affections.</p> <p>Le Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), composé de 21 items, mesure les symptômes, l'activité physique, l'interaction sociale, le travail et les émotions liés à l'insuffisance cardiaque. Il est divisé en trois échelles (physique, émotionnelle et score global) avec des réponses évaluées sur une échelle de Likert à 6 points, où des scores plus élevés indiquent une qualité de vie liée à la santé moins favorable.</p> <p>Le Beck Depression Inventory-II (BDI-II), un questionnaire auto-administré, évalue la sévérité des</p>	1	2	3

				<p>symptômes dépressifs sur les deux semaines précédentes. Composé de 21 items, il mesure deux facteurs (cognitifs et somatiques-affectifs) avec un score total variant de 0 à 63.</p> <p>L'Inventaire de l'anxiété de Beck, un autre questionnaire auto-administré, évalue les symptômes d'anxiété ressentis au cours de la semaine précédente. Composé de 21 items, il génère un score total de 0 à 63, où des scores plus élevés indiquent une anxiété plus sévère.</p> <p>Les Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne (IADL) sont évaluées par auto-évaluation pour mesurer la capacité fonctionnelle comportementale dans des tâches complexes de la vie quotidienne, avec un score variant de 0 à 1.</p> <p>Le Test de marche de 6 minutes, conforme aux directives de l'American Thoracic Society, évalue la capacité fonctionnelle en mesurant la distance parcourue par le patient en marchant pendant 6 minutes.</p> <p>Ces instruments ont été rigoureusement choisis pour leur validité et leur fiabilité afin de mesurer divers aspects de la santé physique et mentale des patients atteints d'insuffisance cardiaque dans cette étude.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

	Intervention ou programme (si applicable)	1	2	3	<p>Dans la conclusion, les auteurs évoquent des possibilités de suivi en proposant la mise en place de traitements et d'interventions comportementales visant à cibler les mécanismes physiopathologiques liés à la dépression et à les intégrer directement dans les programmes de réadaptation cardiaque.</p> <p>Cette proposition est succincte et ne détaille pas de méthodes spécifiques ni de programmes concrets. Elle s'appuie sur les connaissances théoriques acquises lors de l'étude, en mettant en avant les valeurs statistiques pour illustrer le besoin des patients.</p> <p>Il est donc difficile d'évaluer son applicabilité pratique ou d'identifier les limites et les forces de cette proposition.</p>	1	2	3
	Analyse des données	1	2	3	<p>Ils ont utilisé le coefficient alpha de Cronbach pour évaluer la cohérence des deux facteurs.</p> <p>Des modèles de régression hiérarchique ont été utilisés pour prédire les scores du MLHFQ, de l'IADL et la distance parcourue lors du test de marche de 6 minutes à partir des scores du BDI-II.</p> <p>Les caractéristiques de base sont présentées sous forme de pourcentages statistiques.</p> <p>Des concepts tels que la qualité de vie et la capacité fonctionnelle comportementale sont évalués à l'aide de scores totaux.</p> <p>L'influence des symptômes somatiques-affectifs par rapport aux symptômes cognitifs et à l'anxiété sur la</p>	1	2	3

					<p>qualité de vie a été examinée à travers des régressions linéaires hiérarchiques, prédisant la capacité fonctionnelle comportementale, les scores physiques et émotionnels de l'échelle MLHFQ, ainsi que les scores totaux de cette échelle.</p> <p>Il s'agit de données corrélationnelles dans l'analyse statistique, évaluant l'association entre deux variables ou facteurs.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Résultats	Description de l'échantillon	1	2	3	<p>Les caractéristiques des participants sont détaillées à la fois dans le texte et dans des tableaux, incluant plusieurs variables telles que l'âge, le niveau d'éducation, le sexe, la classe fonctionnelle NYHA, les scores des échelles ou questionnaires, la distance parcourue lors du test de marche, ainsi que le type de dépression ou d'anxiété.</p> <p>Aucun patient n'a refusé de participer ou abandonné l'étude, bien que certains aient été exclus initialement en fonction de certaines variables.</p>	1	2	3
	Description des résultats	1	2	3	<p>Les résultats sont structurés de manière thématique et alignés avec les objectifs de l'étude, centrés sur les symptômes dépressifs somatiques-affectifs et cognitifs, la qualité de vie, la capacité fonctionnelle comportementale et l'anxiété.</p> <p>Chaque résultat significatif est accompagné d'une indication du niveau de signification statistique, comme "P</p>			3

					<p>< 0.05" ou "P < 0.001", placée entre guillemets sous chaque tableau pour identifier quel résultat est lié à quelle explication.</p> <p>Les auteurs détaillent également l'utilisation des questionnaires ou échelles validés pour obtenir les résultats présentés.</p>			
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3	<p>Il y a quatre tableaux présentant les résultats de l'étude :</p> <p>1. Le premier tableau présente les caractéristiques de base des participants, avec des explications détaillées de toutes les abréviations utilisées pour les questionnaires ou échelles.</p> <p>2. Le deuxième tableau soutient une explication sur la qualité de vie, en utilisant l'échelle MLHFQ dans une régression linéaire hiérarchique, avec des explications détaillées des abréviations.</p> <p>3. Le troisième tableau est similaire au deuxième, mais il est destiné à appuyer les explications sur les scores physiques et émotionnels à travers une régression linéaire hiérarchique, avec des explications détaillées des abréviations et des coefficients.</p> <p>4. Le quatrième tableau traite de la capacité fonctionnelle comportementale, analysée par régression linéaire hiérarchique, avec des explications détaillées des abréviations utilisées et des coefficients.</p>			3

					Chaque tableau est clairement titré et comprend des descriptions explicatives qui facilitent la compréhension du contenu présenté, rendant ainsi l'information facilement accessible et consultable.			
	Synthèse, résultats/modèles	1	2	3	<p>Il ressort que la majorité des participants étaient des hommes (85,5%) avec un âge moyen de 73 ans (écart type de 5,8 ans) et une éducation moyenne de 5,8 ans. La classification NYHA II était prédominante (47,3% = 26 patients), et le score moyen de comorbidité selon l'échelle de Charlson était de 4,3, ajusté à 2,5 pour cette étude. Tous les patients étaient sous traitement par diurétiques et bêta-bloquants.</p> <p>Concernant la dépression, la majorité des patients présentaient une dépression minimale (29,1% = 16 patients) selon les scores BDI-II, bien que d'autres présentaient des niveaux de dépression variés. En revanche, une majorité souffrait d'anxiété sévère (29,1% = 16 patients) selon l'échelle de Beck.</p> <p>Le score moyen total de qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque était de 53,9 (écart type de 20,4) sur l'échelle MLHFQ, avec des scores spécifiques pour les symptômes physiques et émotionnels de 23,8 (écart type de 9,7) et 12,8 (écart type de 6,7) respectivement. Pour la capacité fonctionnelle comportementale, le score moyen selon l'IADL était de 0,5 (écart type de 0,2).</p>			3

				<p>Un total de 48 patients, ont terminé le test de marche de 6 minutes, parcourant en moyenne 255,6 m (écart type de 141,5 m).</p> <p>La régression linéaire hiérarchique démontre que le score total de l'échelle MLHFQ est influencé par l'âge et la classification NYHA. Les symptômes somatiques-affectifs plus sévères selon le BDI-II sont associés à un score total de l'échelle MLHFQ plus élevé, indiquant une qualité de vie liée à la santé plus faible. En revanche, les scores de Beck et les scores cognitifs du BDI-II ne montrent pas de lien avec le score total de l'échelle MLHFQ.</p> <p>Pour les symptômes physiques ou émotionnels spécifiques de l'échelle MLHFQ, la régression linéaire indique que ces scores sont prédits par les symptômes somatiques-affectifs du BDI-II, en tenant compte de l'âge, de la classification NYHA et du score de Charlson. Les scores cognitifs du BDI-II et le score de Beck ne sont pas associés aux symptômes physiques et émotionnels de l'échelle MLHFQ.</p> <p>La régression linéaire hiérarchique révèle que le score BDI-II des symptômes somatiques-affectifs influence le score de l'IADL, indépendamment de l'âge, de la classification NYHA et du score de Charlson. Plus les symptômes sont graves, plus la capacité fonctionnelle comportementale mesurée par l'IADL est réduite. De même, le score de la marche est influencé par ces mêmes</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

					facteurs dépressifs : des symptômes plus graves sont associés à une distance moindre lors du test de la marche. En revanche, les scores de Beck et les scores cognitifs du BDI-II ne montrent pas de lien avec la distance parcourue lors du test de la marche.			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Article 3

Lossnitzer, N., Herzog, W., Schultz, J. H., Taeger, T., Frankenstein, L., & Wild, B. (1 juin 2015). A patient-centered perspective of treating depressive symptoms in chronic heart failure: What do patients prefer? <i>Patient Education and Counseling</i> , 98(6), 783-787. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.008								
		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3	<p>Population : patients avec des symptômes dépressifs reliés à l'insuffisance cardiaque.</p> <p>L'article se réfère à une question intéressante pour ce travail de Bachelor : Qu'elles sont les préférences des patients vis-à-vis des traitements des symptômes dépressifs en se centrant sur le patient.</p> <p>L'article décrit les thèmes principaux qui seront abordés.</p>	1	2	3
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	Les auteurs sont cités par leur nom et prénom. Il y a également leur lieu de travail mais pas de coordonnées pour les contacter directement depuis l'article.			3
	Mots-clés	1	2	3	Les mots clés représentent le texte en prenant en compte les soins centrés sur le patient, l'insuffisance cardiaque chronique, les symptômes dépressifs, les traitements psychosociaux, les antidépresseurs et la psychothérapie.			3

					Ils montrent que le texte ne va pas que traiter sur des traitements médicamenteux ce qui n'est pas expliqué dans le titre.			
	Résumé	1	2	3	<p>Le résumé présente l'objectif par le manque d'informations sur les besoins spécifiques des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique qui font face à la dépression. Les auteurs évoquent déjà le fait d'avoir demandé à des patients qui souffraient de symptômes dépressifs, leurs préférences et leurs préoccupations sur les options de traitements.</p> <p>La méthode se compose d'une étude de 85 patients atteints d'insuffisance cardiaque qui répondent à des critères de symptômes dépressifs selon PHQ-9. L'analyse descriptive et fréquentielle, la régression logistique a permis de traiter les données.</p> <p>Les résultats montrent que la majorité pourraient participer à des discussions de soutien avec intervalles longs. Mais une minorité accepteraient de prendre des antidépresseurs comme traitement. Après 3 mois, seulement 24.7% ont participé à un traitement. L'anxiété est en lien avec les préférences et l'utilisation d'un traitement : plus l'anxiété est élevée, plus la volonté de commencer un traitement ou une psychothérapie est élevée.</p> <p>Pour conclure, l'option de traitement préférée était des entretiens.</p> <p>Dans le résumé, ils parlent déjà des implications dans la pratique par des futures études qui</p>			3

					<p>porteront sur l'amélioration des soins centrés sur le patient en incluant des mesures d'anxiété.</p> <p>Ce résumé permet déjà de voir comment les patients veulent que les soignants les aident et de voir par là le rôle infirmier. Ce qui répond à la problématique du travail de Bachelor.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Introduction	Pertinence	1	2	3	<p>L'introduction montre des statistiques comme 1/5 personnes atteintes d'insuffisance cardiaque chronique souffrent de dépression clinique. Elle prouve par des études antérieures que les symptômes dépressifs comorbides rendent la situation des patients plus graves en prédisant la mortalité, les réhospitalisations et l'augmentation de la charge symptomatique.</p> <p>Des études ont rapporté les effets positifs des traitements non pharmacologiques de la dépression chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec des améliorations des résultats cardiaques et leurs symptômes.</p> <p>Ils montrent aussi les limites des études sur lesquelles ils se sont basés.</p> <p>Le résumé dans l'introduction permet de synthétiser les études.</p> <p>Une question ressort : quel type de traitement les patients déprimés atteints d'insuffisance cardiaque préfèrent-ils en fonction de leur situation personnelle avec des conditions ?</p>	1	2	3
--------------	------------	---	---	---	--	---	---	---

					<p>L'importance des soins centrés sur le patient est demandée car le peu d'études évaluent le point de vue des patients sur le traitement de la dépression dans cette maladie chronique.</p> <p>But : analyser les préférences et les objections à utiliser certains traitements des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique. Et l'évaluer après 3 mois d'essai.</p>			
	Originalité	1	2	3	<p>L'introduction montre des lacunes dans les études précédentes sur ce sujet et prouve aussi le peu d'études sur le vécu des patients ainsi que sur les soins centrés.</p> <p>Elle met en évidence aussi un nouvel aspect pour des futures études comme le fait de prendre en compte l'analyse de l'anxiété en lien avec cette thématique.</p>			3
	Plan d'article	1	2	3	<p>Dans cette introduction, les étapes futures de l'article sont bien décrites : introduction, méthode, objectif et but. Le plan n'est pas clairement écrit tel quel mais il se voit dans le contenu du texte.</p>			3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Une question ressort : quel type de traitement les patients déprimés atteints d'insuffisance cardiaque préfèrent-ils en fonction de leur situation personnelle avec des conditions ?</p> <p>But : analyser les préférences et les objections à utiliser certains traitements des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique. Et après 3 mois d'essai.</p> <p>L'objectif par le manque d'informations sur les besoins spécifiques des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique qui font face à la dépression.</p>			3

Recension des écrits, état de l'art	Concepts théoriques/modèles	1	2	3	<p>Les concepts des soins centrés sur le patient, la qualité de vie et l'anxiété sont présents.</p> <p>Ils sont annotés par des citations des patients, ils ont également fait des liens de l'importance d'évaluer ces concepts par rapport à la thématique de l'approche centrée sur le patient par rapport aux traitements des symptômes dépressifs de l'insuffisance cardiaque ainsi que leurs préférences.</p>	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3	<p>Ils évoquent plusieurs recherches et études passées</p> <p>Exemple pour appuyer la problématique : Les symptômes dépressifs comorbides aggravent la situation des patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>Des recherches récentes se basent de plus en plus sur les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la dépression chez des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque chronique.</p> <p>Les études ressortent des effets positifs des traitements non pharmacologiques de la dépression avec des améliorations au niveau cardiaque. Mais elles ont des petits échantillons de patients. Et contradictoire avec l'étude ci-dessous :</p> <p>Une étude n'a trouvé aucune amélioration de la dépression contre placebo (469 patients). Ce sont sur ces résultats d'études qu'ils se sont basés pour réaliser cet article.</p>			3

	Modèle théorique	1	2	3	<p>Ils se sont focalisés sur des données sociodémographiques et un état clinique complet comprenant la classification NYHA.</p> <p>La qualité de vie liée à la santé est évaluée par SF-36 (version allemande de l'enquête sur la santé abrégée en 36 éléments).</p> <p>L'anxiété est évaluée par l'échelle d'anxiété à 7 items (GAD-7).</p> <p>Les entretiens permettent d'évaluer directement les préférences des patients sur les options de traitements avec des questions précises et la possibilité de répondre par oui ou non et leurs raisons.</p>			3
	Limites des écrits	1	2	3	<p>Sur la base des études précédentes cité ci-dessus, ils ont remarqué qu'il faudrait des études randomisées et contrôlées plus vastes pour faire des conclusions et des généralisations sur les options des traitements de la dépression.</p> <p>Pour éviter des biais dans l'étude actuelle, les patients sont venus consécutivement et à des jours précis et déterminés à l'avance.</p>			3
	Liens entre les parties	1	2	3	<p>Le texte est clair et bien structuré. Il est complet en présentant toutes les parties d'un article scientifique.</p> <p>Les différentes parties sont séparées par des titres qui présentes des sous-titres pour déterminer chaque concept ou éléments différents.</p>			3

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Dans le résumé de la discussion, les auteurs reviennent sur l'objectif de l'étude : obtenir plus d'informations sur la vision des patients atteints d'insuffisance cardiaque par rapport aux traitements des symptômes dépressifs.</p> <p>Ils évoquent directement l'option de traitement qui est revenue la plus acceptée des patients : des entretiens de soutien et de ce qu'ils aimeraient aborder : la qualité de vie, les facteurs de stress financiers et les relations sociales. Ce qui montre le besoin des patients de parler de leur maladie et des conséquences.</p> <p>La réticence des patients quant à la prise d'antidépresseurs sur les effets secondaires et les interactions médicamenteuses.</p> <p>Plus l'anxiété était élevée, plus la volonté des patients de commencer un antidépresseur ou des séances de psychothérapies était également élevée. Donc plus la gravité de l'anxiété était élevée, plus l'utilisation d'antidépresseurs après 3 mois était également élevée.</p>	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3	<p>La discussion revient sur des études récentes qui montraient des effets secondaires cardiovasculaires des antidépresseurs chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque pour appuyer leur proposition pour des études futures ou des applications dans la pratique.</p> <p>Ils évoquent de nouveau, le peu d'études sur l'efficacité des antidépresseurs chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec le biais d'avoir</p>			3

					peu de patients pour l'étude s'ils refusent de prendre des antidépresseurs. Avec leurs résultats, les auteurs trouvent intéressants de réaliser de futures études sur les décisions de traitements des patients.			
	Recommandations ou suggestion	1	2	3	Ils proposent de déterminer si les entretiens de soutien sur un long terme aideraient à diminuer les symptômes dépressifs et donc de soulager le fardeau des symptômes en les traitant. Pour les recommandations, les auteurs donnent l'idée de mettre en place dans la pratique, la psychothérapie hebdomadaire avec ses avantages. Ils aborderaient aussi dans la pratique l'anxiété et les inquiétudes pour aider les patients dans leurs incertitudes sur les options de traitements.			3
	Limites de la présente étude	1	2	3	<p>L'échantillon de patients en service d'ambulatoire ne permet pas de représenter les patients atteints d'insuffisance cardiaque dans la population générale ou de ceux en soins primaires.</p> <p>Le faible taux de participation à l'étude (67%) peut affecter la concrétisation des résultats.</p> <p>Des variables ont été exclues car elles ne rentraient pas avec $p < 0.05$ dans les analyses de régression multivariées finales.</p> <p>Les méthodes utilisées pour mesurer les préférences des traitements n'ont pas de données valides et fiables car elles sont basées sur des questions standardisées.</p>			3

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	La conclusion revient sur la thématique de l'article sur le point de vue des patients atteints d'insuffisance cardiaque concernant les traitements des symptômes dépressifs. En montrant l'estimation des patients qui participeraient à la prise d'un traitement.	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3	Elle évoque également un résultat important : l'anxiété est une variable importante pour la motivation thérapeutique. Avec la mise en œuvre d'autres études sur les soins centrés sur le patient qui devraient évaluer également l'anxiété			3
	Étapes futures	1	2	3	Les résultats de ces études seraient intéressants pour la conceptualisation d'études prochaines dans le domaine de recherches en ajoutant l'évaluation de l'anxiété dans les variables.			3
	Retombées potentielles	1	2	3	La conclusion ne présente pas de retombées potentielles clairement citées dans la pratique car elles sont déjà expliquées dans les résultats.		2	

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Les documents des références sont encore accessibles pour les lecteurs.</p> <p>Il est écrit la provenance des articles dans les références par le nom du titre et le nom du principal auteur.</p> <p>Pour les autres références, il est cité la provenance comme par les associations dans lesquelles ils ont trouvés leurs données.</p>	1	2	3
-------------------------------	------------	---	---	---	---	---	---	---

	Années	1	2	3	Mis à part 2 sources de 1964 et 1999, les autres sont toutes comprises entre les années 2000 et 2013. Ce qui montre une actualité assez récente par rapport à la date d'écriture de l'article présent.			3
	Titre	1	2	3	Les références présentent toutes des titres de leur ouvrage pour comprendre de quoi la source va parler. Ces titres paraissent tous en lien avec cet article			3
	Exhaustivité	1	2	3	La liste des références semble complète par son nombre conséquent : 33 références.			3

Article portant sur une étude quantitative

		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Méthodologie	Question / hypothèse	1	2	3	<p>Le but est d'analyser les préférences ou les objections des patients atteints d'insuffisance cardiaque souffrant de symptômes dépressifs sur les différentes options de traitements psychosocial. Et l'évaluation de la participation après 3 mois.</p> <p>Question : Quel type de traitement les patients déprimés atteints d'insuffisance cardiaque préfèrent-ils en fonction de leur situation personnelle avec des conditions telles que la fatigue, l'essoufflement ou d'autres diagnostics comorbides ?</p> <p>Le but et la question se trouve juste avant la méthode, à la fin de l'introduction de l'article.</p>	1	2	3

				Les variables sont l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la situation professionnelle et la situation de vie. La qualité de vie, l'anxiété, la classification NYHA de l'insuffisance cardiaque, la fraction d'éjection et l'étiologie de l'insuffisance cardiaque.			
	Devis méthodologique	1	2	3 Le devis quantitatif n'est pas clairement cité mais il se voit dans les statistiques et les analyses d'après des régressions et la qualité des variables selon $p < 0.05$. Il est en lien avec la question de recherche pour détailler les préférences des patients par des entretiens tout en montrant des analyses statistiques des échelles d'évaluation pour faire des liens entre les variables. La collecte de données s'est faite par des questionnaires sur les différentes variables (anxiété= GAD-7, insuffisance cardiaque= NYHA, la dépression par PHQ-9=Patient Health Questionnaire, qualité de vie par SF-36) lors d'entretiens pour évaluer les préférences des patients à des rendez-vous consécutifs prévus à l'avance pour limiter les biais de ce devis. Les règles d'éthique ont été respectées par la déclaration d'Helsinki et approuvées par le comité d'éthique de la faculté de médecine de l'université de Heidelberg.	1	2	3
	Sélection des participants	1	2	3 La sélection des participants s'est faite dans le service ambulatoire de l'hôpital médical de l'université de Heidelberg. Ils ont tous rempli la version allemande du module de la dépression (PHQ-9) lors de la procédure clinique. La participation à l'étude était autorisée si > 2 éléments de ce questionnaire étaient cochés « pendant	1	2	3

				<p>plus de la moitié des jours » et si au moins un élément était une humeur dépressive ou une anhédonie.</p> <p>Les critères d'inclusions étaient une insuffisance cardiaque systolique stable et documentée, âgés de > 18 ans, clarification des idées suicidaires et des idées d'automutilation si elles étaient présentes.</p>			
	Choix des outils de mesure	1	2	3 <p>Les méthodes de mesure des variables sont détaillées précisément :</p> <p>Questionnaire PHQ-9 : symptômes de dépression cognitifs, affectifs et somatiques, les éléments correspondent aux 9 critères, avec une question (au cours des 2 dernières semaines, quelle est la fréquence des dérangements par l'un des problèmes suivants ?) avec des réponses : Pas du tout, plusieurs jours, plus de la moitié des jours, presque tous les jours et une note de 0 à 3.</p> <p>SF-36 : instrument multidimensionnel et validé qui a 8 sous-échelles et de scores cumulatifs : mental et physique → échelle de 0 à 100. Donc les scores élevés montrent une meilleure qualité de vie liée à la santé.</p> <p>Échelle d'anxiété GAD-7 validée et efficace : 7 items avec des réponses : presque tous les jours, plus de la moitié des jours, plusieurs jours, pas du tout. Elles sont notées de 0 à 3.</p> <p>Entretiens standardisés : questions sur les préférences et objections des traitements avec leurs explications. Les réponses possibles de la question s'ils pouvaient envisager d'adhérer à des séances de</p>	1	2	3

					<p>psychothérapie hebdomadaires étaient : Oui, je pourrais envisager d'adhérer à ce traitement ou Non, je ne pourrais pas envisager d'adhérer à ce traitement avec explications.</p> <p>Choix d'utilisation d'une des options de traitement avec un suivi de 3 mois sur la participation.</p>			
	Intervention ou programme (si applicable)	1	2	3	L'intervention est bien décrite et serait applicable dans la pratique avec les détails fournis.	1	2	3
	Analyse des données	1	2	3	<p>Les données catégorielles sont sous forme d'analyses de fréquence. Les données continues sont sous forme d'analyses descriptives.</p> <p>Pour les corrélations, les auteurs ont utilisé des régressions logistiques avec des variables $p < 0.05$.</p> <p>Le niveau d'éducation et l'étiologie de l'insuffisance cardiaque sont codées de manière fictives.</p>	1	2	3

Résultats	Description de l'échantillon	1	2	3	<p>85 patients répondaient aux critères d'un trouble dépressif et étaient consentant à l'étude. Le taux de participation était de 67.4% : 41 patients ont refusé de participer, 3 ont été exclus selon des données manquantes.</p> <p>Après 3 mois, 68 patients ont été réévalué, 2 patients sont décédés et 15 patients ont coupé le suivi.</p> <p>Les critères d'inclusions étaient une insuffisance cardiaque systolique stable et documentée, âgés de > 18</p>	1	2	3
-----------	------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

					ans, clarification des idées suicidaires et des idées d'automutilation si elles étaient présentes.			
	Description des résultats	1	2	3	<p>Les résultats sont présentés de manière logique et ordonnées sous des titres.</p> <p>Ils font le lien avec l'objectif et la thématique.</p> <p>Les résultats sont statistiquement significatifs avec $P < 0.05$ sauf 2 variables qui ne l'ont pas permis.</p> <p>La réponse des questions lors de l'entretien ne peut pas non plus se compter dans $P < 0.05$ car elles sont standardisées et non valides et fiables.</p>		2	
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3	<p>Les tableaux se composent tous d'un titre et d'explications sur les notations. Ils sont faciles à consulter car ils suivent le plan de l'article et sont faciles à comprendre par les explications.</p> <p>Tableau 1 : données psychosociales et cliniques</p> <p>Figure 1 : présente les options de traitements expliquées et les préférences de traitements des patients (possibilité de télécharger le document).</p>			3
	Synthèse, résultats/modèles	1	2	3	Huit patients suivent un traitement psychothérapeutique actuellement. 16 patients prennent souvent ou parfois un antidépresseur ou un sédatif. 4 patients ont des idées suicidaires ou des idées d'automutilation au moins « plus de la moitié de la journée ».			3

				<p>La meilleure option sont les entretiens de soutien réguliers avec des sujets comment la qualité de vie, les facteurs de stress financiers, la santé globale et les relations sociales. Les patients sont également favorables par les groupes d'éducation sur l'insuffisance cardiaque (55.3% acceptent).</p> <p>42.4% patients avaient l'intention d'utiliser un traitement pour la première évaluation.</p> <p>24.7% des patients l'ont utilisé après le suivi de 3 mois et c'étaient les discussions de soutien régulières et les groupes d'exercices pour l'insuffisance cardiaque.</p> <p>56.5% des patients refusent un antidépresseur mais huit patients n'ont pas répondu. Le % de refus évoquait la peur des effets indésirables et l'interaction négative avec leurs médicaments de l'insuffisance cardiaque. Les refus étaient aussi à la suite de la volonté de ne jamais prendre d'antidépresseurs ou la conviction qu'ils étaient inutiles.</p> <p>47,1% patients ne peuvent pas envisager d'adhérer à des séances de psychothérapie hebdomadaires régulières car ils étaient convaincus de ne jamais avoir besoin ou ils n'étaient pas convaincus de leur utilité ou encore car ces rendez-vous étaient trop épuisants et prenaient trop de temps. 9 patients n'ont pas répondu.</p> <p>Un quart des patients = 24,7% ont des symptômes dépressifs et ont utilisé une des offres de traitement après les 3 mois de suivi.</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

Article 4

Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, L. K., Koutelekos, J., Kyristi, H., Tzialas, D., & Elisaf, M. (2015). Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. <i>Hellenic journal of cardiology : HJC = Hellenike kardiologike epitheorese</i> , 56, 26-35. https://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2015/1/2015_1_26.pdf								
		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3	Le titre aborde les principaux thèmes qui seront développés dans l'article entier, en se concentrant sur une population hospitalisée atteinte d'insuffisance cardiaque.	1	2	3
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	Les prénoms et noms des auteurs ainsi que leur lieu de travail sont mentionnés. De plus, l'article inclut une adresse de l'université d'Anvers ainsi qu'une adresse e-mail pour les contacter.			3
	Mots-clés	1	2	3	Les mots clés sont représentatifs de l'article entier car ils reprennent les thèmes principaux abordés : dépression, anxiété, insuffisance cardiaque, patients hospitalisés et facteurs de risque.			3
	Résumé	1	2	3	Le résumé est inclu et couvre chaque partie de l'article. Dans l'introduction, la prévalence et la mortalité de l'insuffisance cardiaque sont exposées. L'objectif de l'étude est également mentionné dans l'introduction : explorer les facteurs associés à l'anxiété et à la dépression chez les			3

					<p>patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque.</p> <p>Dans la méthode, les auteurs ont administré des questionnaires comprenant des échelles à 190 patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque dans 4 hôpitaux différents.</p> <p>Les résultats mettent en évidence des statistiques concernant l'anxiété et la dépression parmi les patients. La durée prolongée de la maladie, le statut célibataire ou le fait de vivre seul sont des facteurs qui augmentent la prévalence de la dépression chez ces patients (statistiques issues de régressions logistiques).</p> <p>En conclusion, il est crucial que les soignants améliorent l'identification, l'évaluation et la gestion de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez ces patients.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Introduction	Pertinence	1	2	3	<p>La représentation de l'étude dans l'introduction se base sur des explications quant à la prévalence des symptômes et du stress liés à l'insuffisance cardiaque, ainsi que sur des statistiques concernant la mortalité chez les hommes et les femmes atteints de cette maladie. De plus, elle aborde les causes et les conséquences du sous-diagnostic de l'état émotionnel des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</p>	1	2	3
--------------	------------	---	---	---	---	---	---	---

	Originalité	1	2	3	L'originalité de cette étude n'est pas mentionnée dans l'introduction et les auteurs ne fournissent pas de précisions à ce sujet. Cependant, ils soulignent que le diagnostic de l'anxiété ou de la dépression reste souvent négligé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, et ils mettent en lumière l'importance de cette détection pour améliorer la morbidité et la mortalité. Les auteurs suggèrent qu'il existe un manque d'études approfondies à ce sujet, laissant entrevoir des pistes pour de futures recherches.		2	
	Plan d'article	1	2	3	Il semble que les étapes du plan de l'article ne soient pas clairement définies, notamment en ce qui concerne la méthodologie et les éléments spécifiques qui seront étudiés. Cependant, l'introduction énonce clairement les aspects qui seront explorés à travers des explications détaillées, en mettant en avant les enjeux et les statistiques pertinents. Ces éléments sont particulièrement intéressants pour un travail de Bachelor.			3
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3	L'objectif n'est pas cité dans l'introduction mais les auteurs font des hypothèses quant à la suite des recherches et des résultats de cette étude. Il réfère à des concepts de stigmatisation, une mauvaise éducation thérapeutique ou un manque de connaissances, un repli de soi.			3

	Concepts théoriques/modèles	1	2	3	Il n'y a pas nécessairement de concept théorique explicite, mais la dépression et l'anxiété sont décrites et	1	2	3
--	--------------------------------	---	---	---	--	---	---	---

Recension des écrits, état de l'art					<p>évaluées à l'aide d'échelles reconnues dans l'étude, qui sont également utilisées pour analyser les résultats.</p> <p>Le but de l'étude est d'évaluer les facteurs, y compris les caractéristiques démographiques, qui sont détaillées à la fois dans la méthode et dans les résultats à travers des statistiques et des régressions logistiques.</p>			
	Études, résultats récents	1	2	3	<p>Dans la discussion et les résultats, les auteurs comparent abondamment les résultats de leur étude avec ceux d'autres études en citant différents auteurs. Tous les résultats obtenus dans cette étude sont analysés à la lumière des recherches antérieures. En revanche, dans les autres parties de l'article, les références à d'autres études pour soutenir leurs arguments sont moins fréquentes.</p>	1		3
	Modèle théorique	1	2	3	<p>Les échelles ou questionnaires sont décrits en détail quant à leur objectif, leur méthode d'évaluation et leurs résultats spécifiques.</p> <p>L'échelle Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) est utilisée comme outil d'auto-évaluation pour dépister l'anxiété et la dépression. Contrairement à ce que son nom indique, elle n'est pas limitée à un usage hospitalier mais est également utilisée dans des contextes communautaires ou de soins primaires. Elle comprend 14 questions évaluées sur une échelle de Likert en 4 points, générant un score distinct pour la dépression et un pour l'anxiété, chacun variant de 0 à 21.</p>			3

					Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour comparer la durée du séjour à l'hôpital, une variable non distribuée, entre différentes catégories d'anxiété et de dépression.			
	Limites des écrits	1	2	3	Les études d'articles précédentes apparaissent seulement pour comparer ou prouver les résultats de cette étude, il n'y a pas plus d'indications sur les limites d'autres études relatées par des auteurs.	1		
	Liens entre les parties	1	2	3	Le texte est clair et complet. Il est séparé de paragraphes et de titres pour les différentes étapes de l'article. Il y a également des sous-titres pour apporter plus de valeurs à certains thèmes ou classer les résultats ensembles.			3

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	Les résultats sont présentés de manière structurée à la fois à travers des paragraphes explicatifs et des tableaux qui illustrent les chiffres et les arguments clés. Les faits et observations sont clairement mis en évidence pour appuyer les conclusions. Dans la discussion, il y a un résumé complet des résultats qui reprend les thèmes principaux. Les auteurs mettent en avant les facteurs les plus saillants et appuient leurs conclusions par des statistiques précises et des comparaisons avec les résultats d'autres études.	1	2	3
------------	----------------------	---	---	---	---	---	---	---

	Liens vers d'autres études	1	2	3	<p>Dans leur analyse, les auteurs comparent les niveaux d'anxiété observés dans leur étude à ceux rapportés dans d'autres recherches. Ils notent qu'un niveau modéré ou élevé d'anxiété prédomine chez leurs participants, tout en citant une étude qui normalise cette prévalence en tant que réaction courante à la maladie.</p> <p>De plus, les auteurs contredisent certaines notions en soulignant qu'alors que l'anxiété est souvent associée à la dépression, une étude spécifique suggère que les résultats négatifs de la maladie sont plus liés à la dépression qu'à l'anxiété. Ils utilisent ces comparaisons avec d'autres études pour contextualiser leurs propres résultats et soutenir leurs conclusions.</p> <p>En outre, les auteurs enrichissent leur analyse en fournissant des statistiques provenant d'études supplémentaires pour renforcer la robustesse de leur article. Ils introduisent également de nouveaux éléments en décrivant la classification de l'insuffisance cardiaque et en clarifiant les explications sur les variables étudiées.</p>			3
	Recommandations ou suggestion	1	2	3	<p>Les auteurs de l'étude proposent plusieurs recommandations et conseils basés sur leurs résultats et les études précédentes. Ils mettent en relation diverses études pour étayer leurs conclusions et offrent des conseils pratiques pour la gestion clinique :</p> <p>1. Ils recommandent de réévaluer la détresse psychologique des patients à la sortie de l'hôpital,</p>			3

					<p>soulignant l'importance de surveiller l'évolution de l'anxiété et de la dépression post-hospitalisation.</p> <p>2. Ils conseillent d'intégrer le soutien psychologique dans les protocoles de traitement des patients hospitalisés atteints d'insuffisance cardiaque et présentant des symptômes dépressifs.</p> <p>3. Ils mettent en garde les soignants contre la sous-estimation de la personnalité de type D lors de l'évaluation des patients, soulignant son importance potentielle dans le pronostic et la gestion de la maladie.</p> <p>Ces recommandations visent à améliorer la prise en charge globale des patients souffrant d'insuffisance cardiaque en tenant compte de leurs aspects psychologiques et socio-démographiques.</p>			
	Limites de la présente étude	1	2	3	<p>C'est une étude transversale, qui recueille des données à un moment précis et ne suit pas les participants dans le temps pour observer les changements ou les évolutions. Cela peut limiter la capacité à évaluer les relations de causalité ou à capturer les variations temporelles des variables étudiées.</p> <p>Concernant la généralisation des résultats basés sur le questionnaire HADs, cela dépend de plusieurs facteurs. Le HADs est souvent utilisé comme un outil de dépistage de l'anxiété et de la dépression, mais sa validité et sa fiabilité peuvent varier selon le contexte d'utilisation. Les résultats obtenus avec le HADs dans cette étude peuvent être généralisés à des populations similaires, mais il est important de considérer les spécificités de l'échantillon étudié (comme le lieu, les</p>			3

					<p>caractéristiques démographiques) et la manière dont le HADs a été administré et interprété dans cette étude particulière.</p> <p>En résumé, une étude transversale fournit une vue instantanée des associations entre variables à un moment donné, tandis que la généralisation des résultats basée sur des outils comme le HADs nécessite une évaluation prudente de la validité et de la représentativité des mesures utilisées.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	<p>Dans la conclusion, les auteurs reviennent sur l'objectif principal de l'étude en mettant en lumière plusieurs thèmes essentiels. Ils soulignent tout d'abord l'impact du stress psychologique chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, mettant en évidence comment ce stress est influencé par les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients étudiés. En particulier, ils insistent sur l'importance de ces facteurs dans la mise en œuvre d'interventions spécialisées et ciblées visant à améliorer la prise en charge psychologique de ces patients.</p>	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3	<p>Dans la conclusion, les résultats sont brièvement résumés en mettant l'accent sur l'idée principale de l'étude. Bien que peu de nouveaux résultats soient introduits dans cette section, les auteurs rappellent les principales conclusions tirées des résultats détaillés dans la discussion. Ils soulignent l'importance des résultats pour la pratique clinique, notamment en mettant en avant les</p>		2	3

					conseils et recommandations formulés pour les professionnels de santé, tant médecins qu'infirmiers.			
	Étapes futures	1	2	3	Ils proposent des études plus approfondies pour répondre de manière plus précise aux questions de recherche. Cette étude a contribué à identifier les caractéristiques clés, fournissant ainsi une base solide pour orienter et approfondir les recherches futures dans ce domaine.			3
	Retombées potentielles	1	2	3	La précision du but de l'étude avec ses retombées potentielles sont claires et seront utilisées pour réaliser de nouvelles études.			3

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	<p>Les documents sont accessibles par les références.</p> <p>Il est noté d'où proviennent les références (articles et son type (revue systématique, méta-analyse, la base de données, sites).</p> <p>Le titre de chaque référence donne une idée sur le sujet qu'elle va traiter ce qui facilite la recherche.</p> <p>Les auteurs sont cités dans les références pour faciliter le contact avec ou trouver d'autre article de leur part.</p>	1	2	3
	Années	1	2	3	Les références sont entre 1983 à 2013, mis à part 4 études entre 1983 et 1998, les autres sont toutes des années 2000. Pour un article qui a été réalisé en 2014, les études utilisées sont relativement récentes.		2	
	Titre	1	2	3	Les articles semblent fiables et reconnus par la communauté scientifique. Leurs titres sont clairs et bien			3

					définis, intégrant directement les sujets principaux. Il serait donc intéressant de les consulter, même si leurs années dépassent les critères de ce travail de Bachelor.			
	Exhaustivité	1	2	3	La liste semble être très complète compte tenu du nombre de références. Les années des articles semblent également respecter les critères s'ils ont été filtrés pour être publiés dans les 10 dernières années.			3

Article portant sur une étude quantitative

		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Méthodologie	Question / hypothèse	1	2	3	La question n'est pas clairement citée mais elle est comprise dans les explications. En revanche, les variables sont bien décrites.	1	2	3
	Devis méthodologique	1	2	3	Le devis n'est pas clairement cité, mais il est implicite dans le chapitre d'analyse statistique où toutes les statistiques et les régressions logistiques sont mises en avant pour établir des liens entre les résultats. Le devis quantitatif est donc cohérent avec la recherche, car il évalue les facteurs les plus sensibles. Les explications pour la collecte de données lors des entretiens à l'hôpital sont claires.	1	2	3

					Les règles d'éthique ont été respectées et approuvées par le comité d'éthique de chaque hôpital, conformément à la Déclaration d'Helsinki, et le consentement des participants à l'étude a été obtenu. Ils étaient en droit de quitter l'étude à tout moment, car la participation était volontaire.			
	Sélection des participants	1	2	3	<p>Les 190 patients atteints d'insuffisance cardiaque ont été recrutés dans les services de soins intensifs ou de cardiologie de quatre hôpitaux publics généraux dans la région de l'Attique.</p> <p>L'échantillon était de convenance, comprenant des volontaires hospitalisés pour insuffisance cardiaque, en tenant compte du nombre d'hospitalisations, du degré d'information des patients et de la durée de leur séjour hospitalier.</p> <p>Les critères d'inclusion étaient les suivants : diagnostic d'insuffisance cardiaque, fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à 40 %, hospitalisation pour au moins 3 jours en raison de l'insuffisance cardiaque, et capacité de comprendre suffisamment la langue grecque.</p> <p>Les critères d'exclusion étaient les suivants : diagnostic d'autres maladies mettant en jeu le pronostic vital ou une affection psychiatrique grave, antécédents d'abus d'alcool au cours des 6 derniers mois, prise d'antidépresseurs dans les 30 jours précédant l'admission, et incapacité à communiquer ou à donner leur consentement.</p>	1	2	3

	Choix des outils de mesure	1	2	3	<p>L'échelle HADs, utilisée pour l'auto-évaluation de la dépression et de l'anxiété, est reconnue pour sa fiabilité et sa validité dans le domaine médical, avec une utilisation répandue. Elle se compose de 14 questions au total, dont 7 évaluent l'anxiété et 7 évaluent la dépression. Chaque question est notée de 0 à 4 points, permettant ainsi d'obtenir des scores individuels allant jusqu'à 21 pour chaque domaine.</p> <p>Les seuils pour interpréter les scores sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-7 points : absence d'anxiété ou de dépression. • 8-10 points : niveaux modérés d'anxiété ou de dépression. • >11 points : niveaux élevés d'anxiété ou de dépression. <p>Cet outil est adapté pour l'étude des facteurs socio-démographiques liés à la dépression et à l'anxiété chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, conformément aux objectifs de recherche. Les variables à considérer incluent le sexe, l'âge, l'état civil, le niveau d'éducation, le lieu de résidence, le nombre et l'âge des enfants pour les caractéristiques socio-démographiques, ainsi que le nombre d'années depuis le diagnostic de la maladie, l'expérience antérieure de la maladie, et les variables dépendantes de l'anxiété et de la dépression.</p>	1	2	3
--	----------------------------	---	---	---	---	---	---	---

	Intervention ou programme (si applicable)	1	2	3	<p>L'intervention est succinctement décrite comme l'administration d'un questionnaire d'auto-évaluation aux patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque, suivi de l'analyse des résultats en fonction des variables associées aux facteurs favorisant l'anxiété et la dépression. Cette approche semble pratique et directement applicable.</p> <p>Toutefois, l'article ne discute pas des avantages ou des inconvénients spécifiques liés à cette méthodologie. Il manque également un avis critique sur les limitations inhérentes à l'étude transversale utilisée, qui ne permet pas de capturer les changements au fil du temps comme le ferait une étude longitudinale.</p>	1	2	3
	Analyse des données	1	2	3	<p>Les variables catégorielles sont synthétisées par des fréquences absolues et relatives en %. Les variables continues sont présentées en moyenne \pm écart-type ou en médiane.</p> <p>Les associations entre les variables catégorielles ont été évaluées par le test du Chicarré.</p> <p>Les comparaisons entre la durée du séjour hospitalier, qui n'était pas normalement distribuée, et les catégories d'anxiété et de dépression ont été réalisées à l'aide du test de Kruskal-Wallis.</p> <p>Une régression logistique multinomiale a été utilisée pour évaluer l'association entre les caractéristiques démographiques et cliniques des patients et le niveau d'anxiété et de dépression.</p>	1	2	3

Résultats	Description de l'échantillon	1	2	3	<p>Les 190 patients atteints d'insuffisance cardiaque ont été hospitalisés dans les services de soins intensifs ou de cardiologie de 4 hôpitaux publics généraux dans la région de l'Attique.</p> <p>L'échantillon était de convenance. L'étude a porté sur des personnes volontaires, principalement sur la base du nombre d'hospitalisations pour cause d'insuffisance cardiaque, du degré d'information des patients et du nombre de jours d'hospitalisation. Aucun patient n'a abandonné l'étude, donc il n'a pas été nécessaire de traiter la perte de participants.</p> <p>Les critères d'inclusions étaient les suivants : diagnostic d'insuffisance cardiaque, fraction d'éjection ventriculaire gauche $\geq 40\%$, hospitalisation d'au moins 3 jours en raison d'une insuffisance cardiaque, et compréhension suffisante de la langue grecque.</p> <p>Les critères d'exclusions étaient les suivants : diagnostic d'autres maladies mettant en jeu le pronostic vital ou une affection psychiatrique grave, antécédent d'abus d'alcool au cours des 6 derniers mois, prise d'antidépresseurs dans les 30 jours précédant l'admission, incapacité de communiquer ou de donner leur consentement.</p>	1	2	3
	Description des résultats	1	2	3	<p>Les résultats sont présentés de manière logique et ordonnée à travers des tableaux distincts pour l'anxiété et la dépression, établissant des liens clairs avec les objectifs et les hypothèses de l'étude ainsi qu'avec les facteurs favorisants.</p>			3

					<p>Les résultats sont résumés sous forme de tableaux qui incluent des rapports de côtes et des intervalles de confiance à 95%.</p> <p>Les valeurs p sont basées sur des hypothèses bilatérales, avec un seuil de significativité de 5%.</p> <p>Les implications pratiques mettent en évidence les facteurs influençant l'insuffisance cardiaque, soulignant l'importance de leur évaluation et de leur reconnaissance pour améliorer la qualité de vie des patients.</p>			
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3	<p>Il y a 5 tableaux présentant les résultats de l'étude. Chacun est accompagné d'un titre et d'un texte explicatif qui facilite la consultation et la compréhension des données.</p> <p>Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques de base des patients atteints d'insuffisance cardiaque en Grèce.</p> <p>Tableau 2 : Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients souffrant d'insuffisance cardiaque et l'anxiété en Grèce.</p> <p>Tableau 3 : Même que le tableau 2, mais analysé à travers une régression logistique multinomiale.</p> <p>Tableau 4 : Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients souffrant d'insuffisance cardiaque et la dépression en Grèce.</p> <p>Tableau 5 : Même que le tableau 4, mais analysé à travers une régression logistique multinomiale.</p>			3

					Ces tableaux sont conçus pour synthétiser clairement les résultats de l'étude, en lien avec les objectifs et les hypothèses de recherche.			
	Synthèse, résultats/modèles	1	2	3	<p>Il ressort des résultats que la majorité des patients étaient des hommes âgés de plus de 60 ans, avec une maladie existante depuis plus d'un an. Environ la moitié des patients résidaient en Attique, avaient un faible niveau d'éducation et deux enfants. Ils étaient bien informés sur leur maladie et avaient déjà été hospitalisés pour insuffisance cardiaque.</p> <p>En ce qui concerne l'anxiété, 24,7% et 32,6% des patients présentaient un niveau modéré et élevé respectivement. Pour la dépression, les chiffres étaient de 17,4% et 24,2% pour les niveaux moyens et majeurs.</p> <p>Une association significative a été observée entre la durée de la maladie et la dépression, montrant que les patients avec une maladie plus longue avaient une probabilité plus élevée de dépression ($p=0,041$). De plus, les patients célibataires, divorcés ou veufs étaient plus susceptibles de souffrir de dépression majeure que ceux qui étaient mariés (35,6% contre 19,2%, $p=0,046$).</p> <p>Dans l'analyse par régression logistique multinomiale simple, il a été constaté que les patients mariés étaient 59% moins susceptibles de souffrir de dépression majeure (OR: 0,31) par rapport à ceux avec une durée de maladie plus longue. La régression logistique multinomiale multiple a montré que seule la durée de la maladie était statistiquement associée à la dépression après avoir contrôlé pour d'autres facteurs.</p>			3

					<p>Ces résultats mettent en lumière l'importance de la durée de la maladie et du statut marital comme facteurs significatifs associés à la dépression chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>La prévalence de la dépression chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque varie généralement de 15% à 36%, selon différentes études. Cependant, la prévalence de la dépression majeure est généralement inférieure, se situant autour de 13% dans ces populations.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--

Article 5

Polikandrioti M. (2022). Perceived Social Isolation in Heart Failure. <i>The Journal of innovations in cardiac rhythm management</i> , 13(6), 5041–5047. https://doi.org/10.19102/icrm.2022.130606									
		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt			
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3	Le titre est correct et permet de comprendre le sujet qui va être abordé. Il manque de précision par rapport à la population.	1	2	3	
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	L'auteur et son affiliation sont clairement indiqués. Le contexte de la recherche n'est pas clairement cité.				
	Mots-clés	1	2	3	Les mots-clés sont pertinents et représentent les principaux thèmes de l'étude.				
	Résumé	1	2	3	Le résumé n'est pas structuré, mais résume adéquatement les objectifs, la méthodologie, les résultats et les conclusions de l'étude. Le résumé n'a pas forcément de sous-titre comme introduction, méthodologie, résultats et conclusion. En revanche, on y trouve toutes les informations. Il est pertinent pour notre problématique.				
Introduction	Pertinence	1	2	3	Des statistiques sont présentées dans l'introduction afin d'amener des données probantes. Les différents thèmes de l'article sont décrits à cet endroit. Les informations sont claires et pertinentes.	1	2	3	

	Originalité	1	2	3	Il n'y a pas de démarche dites « originale » à cet endroit. L'auteur expose quelques statistiques et argumente le but de cette étude.			
	Plan d'article	1	2	3	Il n'y a pas de plan structuré à cet endroit. Par conséquent, les sujets qui seront traités dans l'article sont exposés et argumentés. On sait que l'article va traiter de l'isolement social et de la fatigue chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.			
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3	Le but de l'étude est décrit à la fin du paragraphe. Le but est d'évaluer les facteurs associés à l'isolement social perçu et d'évaluer l'impact de la fatigue sur l'isolement social. Il n'y a pas d'hypothèses.			

Recension des écrits, état de l'art	Concepts théoriques/modèles	1	2	3	La thématique principale est la perception de l'isolement social chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en réadaptation cardiaque. Les concepts utilisés sont l'isolement social, la fatigue et les caractéristiques cliniques et démographiques. Ils sont définis sous forme de paragraphes dans la méthodologie.	1	2	3
	Études, résultats récents	1	2	3	Il n'y a pas de comparaison avec d'autres études dans ce paragraphe. L'auteur ne propose rien, elle expose uniquement les résultats et les statistiques. En revanche, dans la discussion, l'auteur compare avec une étude menée auprès de 119 patients ambulatoires atteints d'IC. D'après l'étude antérieure, l'isolement social était un prédicteur de mortalité après contrôle des symptômes			

					dépressifs, de la gravité de l'échec, de l'état fonctionnel et de l'âge.			
	Modèle théorique	1	2	3	Il n'y a pas de modèle théorique cité. En revanche, les concepts tels que l'isolement social, la qualité de vie, la fatigue apparaissent.			
	Limites des écrits	1	2	3	Il y a un manque de données longitudinales et qualitatives explorant en profondeur les mécanismes sous-jacents et les expériences des patients.			
	Liens entre les parties	1	2	3	Les parties sont structurées par sous-titres. Il y a des tableaux qui montrent les statistiques de l'étude. L'auteur décrit séparément puis en commun l'isolement social et la fatigue.			

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	<p>Il y a un résumé des résultats qui est présenté. Les résultats répondent à la question de recherche par les statistiques et par la comparaison avec d'autres études. L'article examine la perception de l'isolement social chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque.</p> <p>L'étude a un échantillon de 100 patients avec une majorité d'hommes (68%), avec une moyenne d'âge de 68,6 ans. Les participants ont rempli un item d'auto-évaluation qui s'appelle "Modified Fatigue Impact Scale" (MFIS). Les caractéristiques démographiques, cliniques et autodéclarées des patients ont été collectées, ainsi que la classification de la NYHA (New York Heart Association). Les résultats ont montré que 40% des patients percevaient un isolement social</p>	1	2	3
------------	----------------------	---	---	---	--	---	---	---

					<p>élevé, tandis que 38% le percevaient à un niveau d'isolement social suffisant.</p> <p>Les résultats montrent que l'isolement social perçu est associé à la fatigue totale, physique et mentale. Des analyses de régression logistique ont confirmé que les facteurs comme le sexe et l'œdème des MI augmentaient significativement les chances de perception d'isolement social élevé.</p> <p>L'étude a montré que les patients présentant des niveaux élevés de fatigue et une maladie plus grave (selon la classification NYHA) sont davantage susceptibles de ressentir un isolement social intense. Cela confirme l'hypothèse que la sévérité de l'insuffisance cardiaque et la fatigue influencent la perception de l'isolement social.</p> <p>L'étude met en évidence l'importance de considérer non seulement les aspects médicaux de l'insuffisance cardiaque, mais aussi les perceptions personnelles des patients, comme le sentiment d'isolement social. Ces perceptions peuvent avoir un impact significatif sur leur santé globale et leur qualité de vie.</p>			
	Liens vers d'autres études	1	2	3	Les autres études complètent l'article par d'autres statistiques qui prouvent les statistiques obtenues pendant l'étude.			
	Recommandations ou suggestion	1	2	3	L'étude propose des visites à domicile seules ou en combinaison avec des appels téléphoniques afin d'améliorer la continuité des soins et la qualité de vie des patients atteints d'IC. Des approches pratiques			

					pour réduire l'isolement dans l'IC seraient essentielles également, comme la communication constante et la démonstration d'un intérêt envers le patient.			
	Limites de la présente étude	1	2	3	<p>Les critères d'inclusions : âge > 18 ans, diagnostic d'IC tel qu'évalué par le cardiologue et confirmé par les dossiers médicaux, capacité d'écrire, de lire et de comprendre la langue grecque, et capacité de lire et de signer le formulaire de consentement éclairé.</p> <p>Les critères d'exclusions : les patients souffrant de maladie mentale, ceux visitant des cliniques externes pour traiter d'autres comorbidités que l'IC, les patients présentant des troubles cognitifs et des problèmes de vue ou d'audition, et les patients hospitalisés.</p>			

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	La conclusion évoque uniquement les principaux résultats et proposent des études approfondies pour concevoir de futures interventions susceptibles de renforcer les liens sociaux. Les hypothèses et l'objectif de base ne sont pas cités à cet endroit.	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3	Les résultats montrent que 78 % des participants ont ressenti de l'isolement social, lié au genre, à la gravité de l'insuffisance cardiaque, à la fatigue, à l'œdème des jambes, à la prise de médicaments, à la perception des changements corporels et à la négligence des recommandations concernant l'apport en liquide et en sel. Les femmes étaient 24,67 fois plus susceptibles et les patients avec œdème des membres inférieurs étaient 17 et 16,92 fois plus susceptibles de ressentir cet isolement.			

					Chaque point supplémentaire de fatigue mentale augmentait le risque de 26 %.			
	Étapes futures	1	2	3	La proposition d'études plus approfondies pour concevoir de futures interventions aident plutôt le renforcement des liens sociaux.			
	Retombées potentielles	1	2	3	Les retombées potentielles de cet article incluent une meilleure prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque grâce à une compréhension accrue des facteurs contribuant à l'isolement social. Cela pourrait conduire à des protocoles de soins plus adaptés, une intégration de l'évaluation de l'isolement social dans les pratiques cliniques, une sensibilisation accrue à l'importance des aspects psychosociaux de la santé cardiaque et le développement de nouvelles interventions pour soutenir les patients.			

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	Les références sont variées et couvrent une gamme d'études pertinentes.	1	2	3
	Années	1	2	3	Les références proviennent d'articles récents. Les années de publication varient entre 2004 et 2020. Il y a beaucoup de références entre 2017 et 2019.			
	Titre	1	2	3	Quasiment toutes les références parlent de l'impact physique et psychologique chez les personnes atteintes de l'insuffisance cardiaque.			
	Exhaustivité	1	2	3	La bibliographie est exhaustive et bien structurée, couvrant les principaux travaux pertinents dans le domaine. La bibliographie est numérotée.			

Article portant sur une étude quantitative

		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
Méthodologie	Question / hypothèse	1	2	3	Les participants ont dû faire face à plusieurs tests comme le test de MFIS-grec, la classification de la New York Heart Association et le test de Kruskal-Wallis. Il n'a pas été omis d'hypothèses à cet endroit.	1	2	3
	Devis méthodologique	1	2	3	Le devis n'est pas cité, mais on arrive à deviner que c'est un devis quantitatif. C'est une étude descriptive transversale, ce qui est approprié pour mesurer les perceptions et les corrélations à un moment donné. Le cadre théorique repose sur des concepts bien établis dans la littérature, notamment la théorie du stress et de l'adaptation. L'étude s'appuie également sur des recherches antérieures qui ont documenté les effets négatifs de l'isolement social sur la santé physique et mentale des patients.	1	2	3
	Sélection des participants	1	2	3	Les 100 participants sont des patients hospitalisés ou en consultation externe. Ils devaient remplir ces critères : âge > 18 ans, diagnostic d'IC tel qu'évalué par le cardiologue et confirmé par les dossiers médicaux, capacité d'écrire, de lire et de comprendre la langue grecque et la capacité de lire et de signer le formulaire de consentement éclairé. Les critères d'exclusions sont : les patients souffrant de maladie mentale, ceux visitant des cliniques externes pour traiter d'autres comorbidités que l'IC, les patients présentant des troubles cognitifs et des problèmes de vue ou d'audition, et les patients hospitalisés. Les participants devaient lire et	1	2	3

					comprendre le grec. Ce sont des participants vivant en Grèce.			
	Choix des outils de mesure	1	2	3	Les participants ont dû faire face à plusieurs questionnaires comme le test de MFIS-grec, la classification de la New York Heart Association et le test de Kruskal-Wallis. Le MFIS-grec pour évaluer la fatigue. Le NYHA pour classer selon le stade de la maladie. Et le Kruskal-Wallis pour tester l'existence d'une association entre l'isolement social et la fatigue. Le questionnaire est la meilleure forme pour pouvoir transformer les données en statistiques. L'étude quantitative à un meilleur taux de preuves. L'échelle de Likert a été remplie par les participants. Cette échelle est une auto-évaluation de la perception de l'isolement social. Un test d'indépendance est effectué afin d'évaluer l'association entre l'isolement social et les caractéristiques des patients.	1	2	3
	Intervention ou programme (si applicable)	1	2	3	Le texte ne décrit pas directement une intervention ou un programme proposé pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC). Il s'agit plutôt d'une étude transversale visant à examiner l'impact de la fatigue et de l'isolement social chez ces patients.	1	2	3
	Analyse des données	1	2	3	Oui, les méthodes proposées sont cohérentes avec la question de l'étude, qui vise à examiner l'impact de la fatigue et de l'isolement social chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque. L'article propose une analyse statistique de type descriptive. L'étude développe les statistiques en les décrivant.	1	2	3

Résultats	Description de l'échantillon	1	2	3	L'article compose un échantillon de 100 participants avec 68% d'hommes et 32% de femmes. L'article ne parle pas d'abondance de l'étude au niveau des participants. Les participants sont des patients hospitalisés ou en consultation externe.	1	2	3
	Description des résultats	1	2	3	Oui, les résultats sont présentés de manière logique et ordonnée. Les données démographiques sont d'abord présentées, suivies des caractéristiques cliniques et autodéclarées, et enfin des résultats relatifs à la fatigue et à l'isolement social. Les associations entre l'isolement social perçu et diverses caractéristiques cliniques et autodéclarées des patients, ainsi que la fatigue, sont clairement mises en évidence. Il y a une très grande partie des statistiques qui ont une valeur en dessous de $p = 0,05$. Ceci indique un haut niveau de preuves. Chaque variable est composée d'un tableau pour démontrer les résultats et ensuite la variable est décrite.			
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3	L'article présente des tableaux qui représentent des statistiques. Ils sont faciles à comprendre. Chaque tableau a un titre et un texte descriptif en dessous.			
	Synthèse, résultats/modèles	1	2	3	Les résultats montrent que l'isolement social est relié à plusieurs facteurs comme le sexe, selon la classe NYHA, le stress, la dyspnée, les œdèmes, la prise de nombreux médicaments, les changements corporels, l'apport hydrique et sodé limité, la fatigue, et les effets de la fatigue sur le mental. Les femmes ont 24% plus de chance de percevoir un isolement social que les hommes. Un point de fatigue mental indique une augmentation de 26% de l'isolement social.			

Article 6

Dunbar, S. B., Tan, X., Lautsch, D., Yang, M., Ricker, B., Maculaitis, M. C., Nagle, T., Clark, L. T., Hilkert, R., Brady, J. E., & Spertus, J. A. (2021). Patient-centered Outcomes in HFrEF Following a Worsening Heart Failure Event: A Survey Analysis. <i>Journal of Cardiac Failure</i> , 27(8), 877-887. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1071916421002104#sec0022									
		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt			
Identification de l'article et résumé	Titre	1	2	3	Le titre est correct et permet de comprendre le sujet qui va être abordé. Il manque de précision par rapport à la santé mentale.	1	2	3	
	Auteurs(S)/affiliation	1	2	3	Les auteurs et leur affiliation sont clairement indiqués. Le contexte de la recherche n'est pas clairement cité.				
	Mots-clés	1	2	3	Les mots-clés sont pertinents et représentent les principaux thèmes de l'étude sauf les symptômes dépressifs.				
	Résumé	1	2	3	Le résumé contient un arrière-plan, une méthode, des résultats et une conclusion. Les différents points clés qu'on avait besoin pour répondre à notre thématique y sont inscrits. L'insuffisance cardiaque ainsi que les symptômes dépressifs sont mentionnés dans ce résumé.				
Introduction	Pertinence	1	2	3	La justification de l'étude repose sur des observations cliniques et des statistiques.	1	2	3	

	Originalité	1	2	3	Les auteurs expriment l'originalité de leur article avec l'exhaustivité des résultats centrés sur le patient chez les patients atteints d'ICFrEF et la comparaison des patients après WHFE avec ceux sans WHFE.			
	Plan d'article	1	2	3	Le plan manque de précision. Il est relativement court comparé à la taille de l'article. Les points clés ne sont pas définis.			
	Objectif Question Hypothèse	1	2	3	L'objectif est écrit et complet. Le but est d'étudier les résultats centrés sur le patient, chez les patients atteints d'IC à fraction d'éjection réduite, mais aussi de comparer les patients ayant eu une aggravation des événements d'insuffisance cardiaque avec ceux qui n'ont pas eu d'aggravation. Les hypothèses ne sont pas écrites à cet endroit.			

Recension des écrits, état de l'art	Concepts théoriques/modèles	1	2	3	La thématique principale de l'étude est l'exploration des résultats centrés sur le patient (PCO) chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite (HFrEF) après un événement de décompensation cardiaque (WHFE). Les évaluations sont l'HFrEF (Heart Failure with Reduced Ejection Fraction), WHFE (Worsening Heart Failure Event), NWHFE (No Worsening Heart Failure Event), PCO (Patient-Centered Outcomes), KCCQ-12 (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12), SATMED-Q	1	2	3
-------------------------------------	-----------------------------	---	---	---	--	---	---	---

					(Treatment Satisfaction with Medicines Questionnaire), TBQ (Treatment Burden Questionnaire)			
	Études, résultats récents	1	2	3	Les patients présentent un état de santé plus détérioré, un stress psychologique accru, une charge financière plus élevée, et une plus grande volonté de payer pour des traitements supplémentaires pour améliorer leur état de santé. Les auteurs proposent que les aggravations de l'insuffisance cardiaque soient reconnues comme des cibles thérapeutiques importantes. Ils recommandent également de passer de soins centrés sur la maladie à des soins centrés sur le patient, en intégrant les besoins globaux des patients, y compris leur bien-être émotionnel et leur qualité de vie. Les points de vue les plus importants sont la charge financière et thérapeutique, la nécessité des soins centrés sur le patient et l'impact de la maladie sur la qualité de vie.			
	Modèle théorique	1	2	3	L'article n'évoque pas de modèle théorique explicitement, mais adopte une approche centrée sur le patient.			
	Limites des écrits	1	2	3	Il faudrait explorer les besoins psychologiques des patients après des WHFEs, car ils affichent des taux plus élevés de troubles de l'humeur ; Identifier les obstacles spécifiques à l'adhésion aux médicaments après un événement aggravant ; Étudier l'impact des coûts des médicaments et des soins sur les patients ; Harmoniser les définitions des périodes de WHFEs et les outils de mesure pour permettre des comparaisons plus cohérentes et précises entre les études.			

	Liens entre les parties	1	2	3	Le texte utilise un langage précis et bien défini pour décrire les concepts importants. Les définitions des termes et des mesures utilisées sont explicites. Les objectifs de l'étude, les résultats principaux, et les recommandations sont clairement énoncés.			
--	-------------------------	---	---	---	--	--	--	--

Discussion	Résumé des résultats	1	2	3	L'étude présente clairement les résultats, répond directement à l'objectif de l'étude, et offre des contributions théoriques significatives en mettant en avant l'importance des PCOs dans la gestion de l'insuffisance cardiaque. Les résultats mettent en évidence les effets des événements d'aggravation de l'insuffisance cardiaque sur les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite. Les patients ayant subi des événements aggravants de leur pathologie ont montré une détérioration notable de leur qualité de vie, une charge psychologique accrue, et des coûts financiers plus élevés par rapport aux patients sans événements aggravants. Ils sont également plus disposés à payer pour des traitements supplémentaires pour améliorer leur état de santé.	1	2	3
	Liens vers d'autres études	1	2	3	Les résultats de cette recherche se rattachent à d'autres études en confirmant et en complétant les connaissances existantes sur les événements de décompensation de l'insuffisance cardiaque et leur impact sur les patients atteints d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite. Enfin, les auteurs expriment leurs opinions sur les implications des			

					résultats en suggérant des besoins futurs en matière de gestion des symptômes et de soutien pour améliorer l'adhérence aux traitements et les résultats de santé.			
	Recommandations ou suggestion	1	2	3	Les auteurs proposent de créer des interventions spécifiques pour les patients avec une détérioration de la maladie. Il faudrait également évaluer l'impact des nouveaux traitements. Il faudrait faire d'autres études pour analyser les facteurs influençant les résultats. Cela dans le but de comprendre les besoins du patient.			
	Limites de la présente étude	1	2	3	<p>Critères d'inclusions : > 18 ans, diagnostic d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite, habitant les Etats-Unis, les patients devaient être disposés et capables de fournir un consentement éclairé, les patients devaient être capables de lire et d'écrire en anglais</p> <p>Critères d'exclusions : les patients devaient ne pas avoir été hospitalisés pour insuffisance cardiaque ni avoir reçu de diurétiques intraveineux au cours des 12 mois précédents</p>			

Conclusion	Retour sur Objectif Question Hypothèse	1	2	3	La recherche a répondu à l'objectif en analysant certains aspects comme, le domaine financier, la charge symptomatique et psychologique, les traitements, la satisfaction de l'adhérence aux traitements.	1	2	3
	Principaux résultats	1	2	3	Les patients ayant subi des WHFE ont une qualité de vie plus mauvaise, plus de symptômes de dépression et d'anxiété, des coûts de traitements plus élevés, et une plus			

					grande insatisfaction vis-à-vis de leurs médicaments. Ils présentent des taux de dépression, d'anxiété et d'insomnie significativement plus élevés que ceux n'ayant pas subi de WHFE. Ce sont de choses à améliorer selon les propositions des auteurs.			
	Étapes futures	1	2	3	Des études longitudinales et des évaluations économiques sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des interventions thérapeutiques actuelles et émergentes sur la gestion des exacerbations et l'amélioration des résultats chez les patients.			
	Retombées potentielles	1	2	3	Les retombées potentielles sont l'amélioration de la communication avec le patient, une approche patient centré, l'analyse des nouveaux traitements, réévaluer le bien être du patient.			

Références - Bibliographie	Provenance	1	2	3	Les références sont variées et couvrent une gamme d'études pertinentes.	1	2	3
	Années	1	2	3	Les références vont de 2001 à 2019. Ce sont principalement des références récentes.			
	Titre	1	2	3	Quasiment toutes les références parlent de l'impact physique et psychologique chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires. Il n'y a pas toutes les références qui parlent seulement de l'insuffisance cardiaque.			
	Exhaustivité	1	2	3	La bibliographie est exhaustive et bien structurée, couvrant les principaux travaux pertinents dans le domaine. La bibliographie est numérotée.			

Article portant sur une étude quantitative

		Précision			Commentaire	Niveau d'intérêt		
		1	2	3		1	2	3
Méthodologie	Question / hypothèse	1	2	3	Les variables sont opérationnalisées en utilisant des questionnaires et des échelles validés. Par exemple, le Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12 (KCCQ-12) est utilisé pour mesurer le fardeau des symptômes et la qualité de vie (QoL), tandis que des instruments comme le Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8) et le General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) évaluent la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux respectivement. Les variables sont bien décrites.	1	2	3
	Devis méthodologique	1	2	3	Le devis de l'étude n'est pas décrit tel quel, mais on arrive à le deviner. L'étude utilise un devis transversal avec des analyses comparatives entre les patients ayant eu des événements de décompensation cardiaque et ceux n'en n'ayant pas eu, ce qui permet d'évaluer les résultats centrés sur le patient dans le contexte de la défaillance cardiaque. Les participants ont signé un consentement éclairé afin de déclarer qu'ils n'étaient pas d'accord par la participation à cette étude.	1	2	3
	Sélection des participants	1	2	3	Les participants ont signé un consentement éclairé pour participer à l'étude. Les participants devaient répondre aux différents critères d'inclusions. Les participants ont été sélectionnés en deux groupes. Tous les participants proviennent des Etats-Unis.	1	2	3

	Choix des outils de mesure	1	2	3	Une description précise et une justification des outils sont décrites. Les principaux instruments utilisés sont le Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire-12 (KCCQ-12) afin de mesurer la charge de symptômes et la qualité de vie, le Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8) afin d'évaluer la gravité des symptômes dépressifs, le General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) afin d'évaluer la gravité de l'anxiété, et l'Insomnia Severity Index (ISI) dans le but d'évaluer la gravité de l'insomnie. La collecte des données s'est déroulée de mars à juin 2020, mais la fréquence de passation des outils n'est pas spécifiquement mentionnée.	1	2	3
	Intervention ou programme (si applicable)	1	2	3	L'étude ne parle pas d'intervention, mais se concentre sur l'évaluation des résultats. Les instruments de mesure employés permettent une reproductibilité pour des études futures.	1	2	3
	Analyse des données	1	2	3	Les méthodes proposées sont cohérentes avec la question de l'étude. Elles incluent des analyses descriptives et bivariées ainsi que des modèles de régression linéaire et logistique pour évaluer les associations entre les variables étudiées et les résultats centrés sur le patient. C'est une analyse statistique descriptive.	1	2	3

Résultats	Description de l'échantillon	1	2	3	L'échantillon comprend 512 participants. Dans l'article, il n'est pas cité d'abandon.	1	2	3
	Description des résultats	1	2	3	Les résultats sont présentés de manière logique et ordonnée, avec une description des caractéristiques			

					sociodémographiques et de santé des patients, ainsi que des analyses des charges symptomatiques et psychologiques. L'étude compare les patients ayant vécu des événements d'aggravation de l'insuffisance cardiaque avec ceux n'en n'ayant pas. L'analyse est détaillée, incluant des descriptions des instruments de mesure, des méthodes de collecte de données, et des analyses statistiques utilisées pour évaluer les résultats des patients.			
	Tableaux, figures, graphiques	1	2	3	Les tableaux font ressortir les informations les plus importantes, telles que le fardeau des symptômes, le fardeau du traitement et l'adhésion au traitement.			
	Synthèse, résultats/modèles	1	2	3	L'étude révèle que les patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant vécu une décompensation récente souffrent de plus de symptômes, de stress psychologique, et de charges financières que ceux sans décompensation, tout en étant plus enclin à payer pour des traitements améliorant leur santé. Ces patients montrent une moindre satisfaction vis-à-vis de leurs médicaments et une adhérence moins rigoureuse au traitement prescrit. Les patients atteints de décompensation de l'IC étaient plus susceptibles de ne pas prendre le traitement en raison de croyances liées aux médicaments (OR = 4,2, P = 0,004) ou de préoccupations à long terme. Les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection réduite présentaient souvent des signes de dépression (40,2%), de trouble d'anxiété généralisée (32,6 %) et d'insomnie (61,9%). Ces troubles étaient encore plus fréquents chez les patients ayant vécu une décompensation récente, avec des taux de dépression de 55,3% contre 24,0% pour les autres, et un trouble d'anxiété généralisée plus répandu.			

Appendice E : Tableau synoptique

Catégories	Concepts	Attributs	McPhillips et al., 2019	Patron et al., 2017	Lossnitzer et al., 2015	Polikandrioti et al., 2015	Polikandrioti , 2022	(Dunbar et al., 2021)
Vécu des patients	Facteurs démographiques	Dépression	x	x		x		x
		Anxiété	x	x		x		x
		Caractéristiques des patients	x	x	x	x	x	x
	Expérience des symptômes	Fardeau des symptômes	x	x	x		x	x
		Isolement social			x		x	
		Qualité de vie	x	x	x			x
Manque de connaissances	Stigmatisation	Convictions des patients	x		x	x		
		Connaissances insuffisantes	x		x	x		x
		Manque de preuves			x			
	Adhérence aux traitements	Moyens d'accès aux traitements						x
		Pensées des patients	x		x		x	x
		Effets des traitements		x	x		x	x

Besoin patients	Entretien soutien	de Préoccupation des patients	x		x			
		Facteurs de stress	x		x		x	
	Groupe d'éducation	Comportement des patients	x		x			
		Évolution de la maladie	x			x	x	
		Implication du rôle infirmier	x					