

*Stratégies et évaluation de l'éducation
thérapeutique des patients bénéficiant d'un
traitement anticoagulant de type antivitamine K :
Une revue de littérature étoffée*

Travail de Bachelor

Par

Rachel Morandi et Valentin Fasel

Promotion 2010-2013

Sous la direction de : Evelyne Progin

Haute École de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 1^{er} juillet 2013

Résumé

État des connaissances : Les antivitamines K sont parmi les médicaments les plus utilisés au sein de la population adulte et âgée. En Suisse, ce traitement concerne plus de 1% de la population. En France, les complications iatrogènes sont responsables de 17'000 hospitalisations dont la moitié serait évitable et d'environ 4'000 incidents mortels par an. Afin de limiter les risques et d'augmenter l'efficacité de ce traitement, il est nécessaire que le patient acquière un certain niveau de connaissances et adopte des comportements adéquats. Pour répondre à cet impératif, l'intégration d'une démarche d'éducation thérapeutique auprès de la population concernée est essentielle. L'éducation thérapeutique du patient est une composante du rôle autonome infirmier en lien avec la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Objectifs : Mettre en évidence des stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes ayant fait l'objet de recherches scientifiques et identifier des résultats probants pour la pratique infirmière susceptibles d'améliorer la prise en charge du patient sous antivitamines K.

Méthode : 15 recherches ont été extraites de la banque de données PubMed/Medline puis analysées en vue de la rédaction de cette revue systématique de littérature étoffée. Les recherches sont sélectionnées en tenant compte de critères d'inclusion et d'exclusion. Elles sont principalement quantitatives, mais également qualitatives et mixtes.

Résultats : Les stratégies d'éducation thérapeutique individuelles et collectives sont efficaces sous les formes suivantes : écrite et verbale, structurée, questionnaire, supports numériques et en classe. Elles démontrent toutes une efficacité dans un contexte précis avec des moyens et des critères d'évaluation peu similaires. Cependant, des lacunes apparaissent malgré tout au niveau des connaissances des patients après l'éducation thérapeutique.

Conclusion : Il n'est pas possible de déterminer si une stratégie d'éducation est plus performante qu'une autre. Toutefois, elles démontrent presque toutes une amélioration de la satisfaction, des aptitudes et des connaissances des patients. Des recherches plus rigoureuses méthodologiquement sont nécessaires pour parvenir à une généralisation des résultats susceptible de standardiser la pratique. Les recommandations théoriques sont nombreuses pour réaliser une éducation thérapeutique de qualité, mais les réalités du terrain semblent parfois peu favorables à cette réalisation.

Mots-Clés : *anticoagulants, administration oral, nurse's role, patient education, educational measurement, teaching materials*

Remerciements

Nous tenons à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Madame Evelyne Progin, qui nous a conseillés et guidés tout au long de nos réflexions ainsi que pendant l'écriture de ce travail.

Nous remercions également Monsieur Stefan Kunz pour son accompagnement dans la rédaction de l'esquisse de ce travail de Bachelor.

Un merci particulier à Madame Nicole Nadot pour nous avoir ouvert les portes de la recherche en sciences infirmières et à Madame Marie-Noëlle Quinodoz pour ses réponses à nos questions.

Nous souhaitons également adresser un grand merci à Monsieur Jean-Louis Gafner pour la relecture de ce travail et ses précieuses corrections.

Merci à vous !

Table des matières

Introduction	7
1. Problématique	8
1.1. Question de recherche.....	10
2. Cadre de référence et concepts	11
2.1. Les antivitamines K	11
2.1.1. Indications et durée du traitement.....	12
2.1.2. Surveillances	12
2.2. La promotion de la santé et la prévention de la maladie	13
2.2.1. La promotion de la santé.....	13
2.2.2. La prévention de la maladie.....	14
2.2.3. Lien avec la thématique	15
2.3. L'éducation à la santé	15
2.3.1. L'éducation thérapeutique	16
2.3.1.1. Définition	16
2.3.1.2. Les buts	17
2.3.1.3. La démarche de l'éducation thérapeutique	18
2.3.1.4. Les caractéristiques d'une éducation thérapeutique de qualité.....	19
2.3.1.5. Lien avec la thématique	20
3. Méthodologie	20
3.1. Type de devis utilisé	20
3.2. Banques de données consultées	21
3.2.1. Critères de sélection.....	21
3.2.2. Termes MeSH utilisés.....	22
3.3. Stratégies de recherche	23
3.3.1. Synthèse schématique de la méthodologie de recherche	28
3.4. Méthode d'extraction des données	28
3.5. La démarche de synthèse narrative	29
4. Résultats	30
4.1. Méthodologie de recherche.....	30
4.2. Thématiques des résultats	32

4.3. Stratégies d'éducation thérapeutique	33
4.3.1. Stratégies individuelles	33
4.3.2. Stratégies collectives.....	34
4.3.3. Stratégie individuelle et collective.....	34
4.3.4. Synthèse des stratégies d'éducation thérapeutique	35
4.4. Évaluation de l'éducation thérapeutique.....	35
4.4.1. Évaluation des connaissances	35
4.4.2. Évaluation du vécu des patients.....	36
4.4.3. Évaluation de la satisfaction des patients	37
4.4.4. Évaluation des événements hémorragiques et thromboemboliques	37
4.4.5. Évaluation des INR	37
4.4.6. Synthèse des moyens et des critères d'évaluation	38
4.4.7. Modalités temporelles de l'évaluation	38
4.4.8. Synthèse des modalités d'évaluation dans le temps	40
4.5. Pertinence des stratégies d'éducation en regard de son évaluation	40
4.5.1. Stratégies d'éducation thérapeutique individuelle	41
4.5.2. Stratégies d'éducation thérapeutique collectives sous forme de classe	46
4.5.3. Stratégie d'éducation thérapeutique individuelle et collective	47
5. Discussion	48
5.1. Limites des recherches et critiques méthodologiques des études	48
5.2. Liens entre les résultats, les concepts et la question de recherche.....	50
5.3. Réponse à la question de recherche et implication pour la pratique.....	53
5.4. Implication pour la recherche	55
5.5. Critique du travail de Bachelor	56
Conclusion	58
Bibliographie	59
Bibliographie des articles de recherche	59
Bibliographie générale	61
Annexes	66
Annexe A : Déclaration d'authenticité.....	66
Annexe B: La Charte d'Ottawa.....	67

Annexe C : Compétences du patient suite à une éducation	72
Annexe D: Grilles de lecture critique d'un article.....	73
Annexe E : Grilles d'analyses simplifiées	83
Annexe F : Recherches exclues après lecture	187
Annexe G: Tableau de synthèse des recherches analysées.....	188
Annexe H : Tableau de synthèse thématique	196
Annexe I: Test OAK	197
Annexe J : Limites méthodologiques des articles	201

Introduction

Le thème de cette revue systématique de littérature étoffée est l'éducation thérapeutique des patients adultes et âgés en milieu hospitalier et extra-hospitalier ayant un traitement anticoagulant de type antivitamines K. L'intérêt vis-à-vis de cette thématique découle des expériences professionnelles des deux auteurs pendant leur cursus de formation. Lors de stages en réadaptation générale et en réadaptation cardiovasculaire, les auteurs ont été amenés à dispenser l'éducation thérapeutique du patient sous antivitamines K. Toutefois, ils ont été surpris que malgré la diversité des stratégies utilisées et le haut niveau de compétences des infirmières impliquées, les informations retenues par les patients paraissaient parfois parcellaires en fin d'hospitalisation. De plus, l'éducation thérapeutique du patient s'inscrivait régulièrement dans des services confrontés à une charge de travail importante. Dès lors, les auteurs se sont questionnés sur la pertinence et l'efficacité des stratégies d'éducation thérapeutique actuelles. La rédaction de cette revue systématique de littérature étoffée a permis aux auteurs d'aller chercher des éléments de réponse à ce questionnement dans la littérature scientifique en sélectionnant et en analysant 15 recherches issues de la banque de données PubMed/Medline. Ce travail expose, avec le plus de rigueur méthodologique possible, les résultats des recherches analysées et leur implication pour la pratique professionnelle en tenant compte de concepts.

1. Problématique

Robert-Ebadi et Boehlen (2008) indiquent qu'en Suisse, plus de 1% de la population est concernée par un traitement antivitamine K (AVK), soit environ 80'000 personnes. Selon Holbrook et al. (2005), la warfarine est le traitement médicamenteux AVK oral le plus utilisé en Amérique du Nord. D'après l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM, 2012a), 1,1 million d'individus sont traités par des AVK en France. La population âgée est particulièrement concernée par ce type de traitement. En effet, la moyenne d'âge des patients sous AVK se situe autour de 72.5 ans et la majorité des consommateurs sont des hommes (51.7%). En France, les anticoagulants oraux de type AVK culminent en tête de la consommation des médicaments anticoagulants avec plus de 13 807 000 de boîtes vendues en 2010. Les chiffres démontrent que la consommation a doublé lors des dix dernières années. L'ANSM (2012b) rajoute que la durée de la prescription varie suivant les indications, mais trois mois au minimum sont requis. Les indications principales du traitement comprennent des pathologies qui selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2013) sont considérées comme des maladies chroniques.¹

Stager et al. (2009) précisent que les AVK présentent un risque iatrogène important, responsable de la première cause d'accidents médicamenteux. En effet, la zone thérapeutique étant restreinte, un risque de sous- ou de surdosage est présent, impliquant par conséquent un risque de thrombose ou d'hémorragie. Boehlen (s.d.) illustre cet aspect par le fait que les complications hémorragiques majeures liées au traitement s'élèvent à 2% ou 3% sur une année. Ce taux atteindrait jusqu'à 8% chez les personnes âgées.

Pouyanne et al. (2000, cités par Stager et al., 2009) mentionnent qu'en France, les hémorragies concernant les patients sous AVK sont responsables de 17'000 hospitalisations et de 4'000 incidents mortels par an. Selon ces auteurs, la moitié des hospitalisations seraient évitables. Drouet, Fiessinger, Boneu et Decousus (2000) relèvent la prescription très large des AVK, médicaments aux effets secondaires potentiellement graves et premiers responsables d'hospitalisation pour accident iatrogène.

¹ Les indications et la durée du traitement sont exposées de manière plus détaillée dans le chapitre « cadre

Eusébio, Reny, Fontana, et Nendaz (2010) complètent ces informations en relevant que le risque de complications hémorragiques paraît sous-évalué dans les recherches et en contraste avec l'incidence réelle auprès de la population concernée.

Stager et al. (2009) énoncent certaines particularités susceptibles d'engendrer des difficultés dans la gestion du traitement d'AVK. Par exemple, selon les résultats de l'examen sanguin de l'International Normalized Ratio (INR)², les posologies quotidiennes sont variables, ce qui implique des schémas de prises parfois compliqués et des sources d'erreurs dans la manipulation des comprimés. De plus, Handschin et Meyer (2012) expliquent que les patients réagissent différemment aux médicaments en fonction de plusieurs facteurs. Certains facteurs sont d'ordres personnels tels que l'âge, le sexe, le poids, l'ethnicité, l'état de santé, le système immunitaire et l'effet placebo. D'autres sont d'ordres environnementaux et comportementaux comme l'alimentation, les interactions médicamenteuses, le sommeil et la compliance, mais aussi les habitudes, ainsi que le mode de vie (tabagisme, alcool, stress, sport). Ces facteurs sont une composante essentielle influençant l'action thérapeutique et les effets indésirables des médicaments. Stager et al. (2009) attire l'attention sur le fait que les AVK sont des médicaments faisant l'objet de nombreuses recommandations spécifiques impliquant un certain niveau de connaissances et l'adoption de comportements quotidiens par les personnes concernées, afin de limiter les risques liés à la prise de ce traitement et d'optimiser son efficacité. Pour répondre à ces exigences, les auteurs insistent sur la nécessité de l'intégration d'une démarche d'éducation thérapeutique à la prise en charge des patients sous AVK.

Héral, Hourdier et Tessier (2006) rappellent en lien avec ces éléments que le rôle des soignants est d'aider le patient à gérer sa vie avec sa maladie par une prise en charge de qualité et que le principe de l'éducation thérapeutique consiste à faire acquérir au patient des compétences nécessaires non seulement à la compréhension, mais également à la gestion quotidienne de sa maladie. Il doit pouvoir adopter des réactions adéquates face aux situations difficiles et devenir acteur de sa santé. Dans le contexte du traitement par AVK, l'éducation thérapeutique doit engendrer une bonne efficacité du traitement et permettre aux patients d'éviter les complications hémorragiques et thromboemboliques.

² Les explications détaillées concernant l'INR sont exposées dans le chapitre « cadre de référence, surveillances »

Le Conseil International des Infirmières (CII, 2010) définit la promotion de la santé, la prévention de la maladie et l'éducation thérapeutique du patient comme faisant partie des rôles essentiels relevant du personnel infirmier. L'Association Suisse des Infirmières (ASI, 2011) adhère à cette définition reconnue au niveau international. L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2007, cité par l'ASI, 2011) complète ces propos en ajoutant que les soins infirmiers contribuent au développement et au maintien de la santé ainsi qu'à la prévention des risques pour la santé. Les infirmières soutiennent les personnes « durant leur traitement et les aident à faire face aux effets des maladies et des thérapies y relatives, dans le but d'atteindre les meilleurs résultats possible dans les traitements et les soins et de maintenir la qualité de vie » (p. 6). En France, l'Ordre National des Infirmiers (ONI, 2010) souligne que l'infirmier est un acteur de premier plan dans l'éducation thérapeutique : « l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique font partie intégrante des actes professionnels de l'infirmier. Il les exerce particulièrement dans le cadre du rôle propre qui lui est dévolu par l'article R. 4311-3 » (p. 2). De plus, l'ONI (ibid.) relève le fait que malgré l'investissement par la profession de l'éducation thérapeutique du patient, cette dernière :

Reste souvent occultée, dans une perspective organisationnelle et financière médico-centrée. Elle reste aussi mal connue, le contenu des pratiques étant peu étudié par la recherche en soins [...]. Pourtant, la plupart des actions à mettre en œuvre pour cette éducation ne nécessitent pas d'approche médicale au sens strict du terme (p. 3).

L'objectif de cette revue systématique de littérature étoffée est de parvenir à mettre en évidence des stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes, démontrant des résultats probants susceptibles d'améliorer la prise en charge du patient sous AVK. Identifier des stratégies d'éducation thérapeutique existantes ayant fait l'objet de recherches scientifiques semble essentiel à la pratique infirmière pour parvenir à transmettre aux patients des outils favorisant le maintien de la santé en limitant la survenue de complications potentiellement graves avec pour conséquence de nouvelles hospitalisations.

1.1. Question de recherche

Les AVK sont donc des médicaments nécessaires avec une fenêtre thérapeutique étroite. De plus, ils comportent des effets secondaires potentiellement dangereux avec une prévalence importante. Pour garantir l'aspect thérapeutique du traitement, les

recommandations à suivre sont nombreuses. Les patients sous AVK doivent par conséquent faire l'objet d'une éducation thérapeutique. Cette dernière fait partie du rôle autonome infirmier. La pertinence de cette éducation s'exprime au travers de l'évaluation des stratégies. Les moyens et critères d'évaluation font part d'une grande diversité exposée dans le chapitre « résultat » et « discussion » de ce travail.

En lien avec ces éléments, la question de recherche formulée est la suivante :

Quelles sont les stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes en milieu hospitalier et extra-hospitalier en vue d'une gestion adéquate d'un traitement AVK au long cours par les patients adultes et âgés ?

2. Cadre de référence et concepts

Un cadre de référence ainsi que trois concepts paraissent nécessaires à l'approfondissement de la thématique de recherche. Le cadre de référence est basé sur les divers aspects du traitement AVK. Les trois concepts choisis sont les suivants : la promotion de la santé, la prévention de la maladie et l'éducation thérapeutique faisant partie intégrante de l'éducation à la santé.

2.1. Les antivitamines K

Selon le Compendium Suisse des médicaments (2013), les AVK sont des médicaments antagonistes de la vitamine K appartenant au groupe thérapeutique des antithrombotiques. Le Centre de référence des maladies vasculaires du foie (CRMVF, 2007) indique que la vitamine K est nécessaire à la synthèse des facteurs de la coagulation. Inhiber son action revient par conséquent à agir sur le mécanisme de la coagulation sanguine. Le Compendium Suisse des médicaments (2013) relève que le médicament est utilisé sur prescription médicale dans le but de prévenir la formation de caillots. Pour parvenir au niveau de coagulabilité désiré, le médicament doit faire l'objet d'une prise quotidienne déterminée par des contrôles réguliers du niveau de la coagulabilité du sang. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps, 2012b) recense qu'en France les médicaments AVK couramment utilisés sont la Coumadine® (warfarine), le Préviscan® (fluindione) et le Sintrom® (acénocoumarol). En Suisse, selon De Benedetti (2013), les principaux médicaments employés sont également le Sintrom®, mais aussi le Marcoumar® (phenprocoumone).

2.1.1. Indications et durée du traitement

L'ANSM (2012b) regroupe les indications des AVK selon l'action recherchée. La catégorie « prévention » comprend les cardiopathies emboligènes, c'est-à-dire les complications thromboemboliques en rapport avec certains troubles du rythme auriculaire, certaines valvulopathies mitrales et les prothèses valvulaires, mais également la prévention des complications thromboemboliques des infarctus du myocarde en relais de l'héparine. La catégorie « traitement » inclut le traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire en relais de l'héparine. Robert-Ebadi et Boehlen (2008) rajoutent que ces pathologies nécessitent une anticoagulation orale « au long cours ». Ils soulignent que l'expression « au long cours » n'est pas forcément synonyme de « à vie », car la prescription du médicament doit faire l'objet d'une évaluation annuelle, afin de juger des risques et des bénéfices pour le patient.

Le rapport du bon usage des médicaments AVK de l'ANSM (2012b) apporte des précisions par rapport aux indications et la durée du traitement. La pathologie traitée, ainsi que les facteurs de risque et les antécédents dictent la conduite médicale dans le temps. En effet, une anticoagulation au long terme est requise pour les troubles du rythme supraventriculaires (fibrillations et flutters auriculaires), les valvulopathies mitrales et les prothèses valvulaires mécaniques. Six mois minimum sont indiqués en cas de maladies thromboemboliques idiopathiques associées à certains facteurs de risque comme le cancer. Au minimum trois mois sont requis en cas de prothèses valvulaires biologiques et également en prévention des complications thromboemboliques des infarctus du myocarde. Lors de maladies thromboemboliques veineuses associées à un facteur de risque tel que la chirurgie impliquant une immobilisation supérieure à trois jours et lors d'une fracture au niveau des membres inférieurs, trois mois au minimum sont également requis. L'indication et la durée du traitement sont en outre corrélées avec certaines comorbidités et facteurs de risques tels que l'hypertension artérielle (HTA), l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'âge et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques.

2.1.2. Surveillances

Le Centre de référence des maladies vasculaires du foie (2007) fournit des explications sur la surveillance permettant d'évaluer l'efficacité du traitement AVK. L'International Normalized Ratio (INR) consiste en un examen sanguin de laboratoire mesurant le

temps de coagulation d'un individu sous traitement AVK en prenant comme temps de référence celui d'un individu ne recevant pas ce traitement médicamenteux. La norme thérapeutique recherchée est comprise entre 2 et 3. Une valeur inférieure à 2 indique que le patient n'est pas au bénéfice d'une anticoagulation suffisante, impliquant un risque de formation de caillots. Une valeur supérieure à 3 indique que le patient présente une anticoagulation trop importante, impliquant un risque hémorragique. Un INR supérieur à 5 est synonyme d'un risque hémorragique important. Le contrôle de l'INR doit être effectué au minimum une fois par mois. De son côté, Boehlen (s.d.) indique que la zone thérapeutique de l'INR n'est atteinte que par 60% de la population traitée par un traitement AVK.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps, 2012a) signale que des nouveaux anticoagulants oraux à base d'autres molécules sont actuellement disponibles en alternative aux AVK comme le dabigatran (Pradaxa®) et le rivaroxaban (Xarelto®). Ces médicaments sont prescrits lorsque les valeurs de l'INR se retrouvent régulièrement en dehors des normes thérapeutiques. Actuellement, aucun test spécifique de coagulation n'est validé concernant ces molécules. Ces nouveaux médicaments n'ont à ce jour pas encore d'antidote en cas d'incidents hémorragiques notamment d'origine chirurgicale et autre. De plus, les risques d'hémorragies et de thromboses lors de sous- et de surdosage sont semblables à ceux des AVK.

2.2. La promotion de la santé et la prévention de la maladie

2.2.1. La promotion de la santé

Selon l'OMS (1999), la promotion de la santé a pour objectif de donner aux individus des méthodes permettant l'acquisition d'une meilleure expertise sur leur état de santé dans la perspective de la faire progresser positivement. La promotion de la santé s'inscrit donc dans un processus constitué d'actions. Ces dernières sont dans l'optique de conforter les aptitudes et les capacités des individus en matière de santé. Promotion Santé Suisse (2006) définit la promotion de la santé de la manière suivante :

La promotion de la santé a pour but l'amélioration d'un style de vie favorisant la santé, ainsi que celle des conditions de vie relatives à la santé. Contrairement à la prévention, la promotion de la santé ne s'oriente pas selon des maladies déterminées qui sont à éviter. Elle n'est en effet pas spécifique aux maladies et vise plutôt l'amélioration générale de la santé et des déterminants de la santé (p. 12).

La promotion de la santé peut s'aborder de trois manières différentes. Elle peut être axée sur les populations, les thématiques ou les cadres de vie (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2010a). La démarche de promotion de la santé peut se réaliser par une éducation à la santé. En effet, cette dernière a pour objectif de renforcer les aptitudes des individus mobilisées en termes de santé. D'autres possibilités s'offrent à cette démarche comme : « la réorientation des services d'action sanitaire et médicale [...], le dépistage, la protection [...] ; l'action environnementale [...] ; l'apport communautaire [...] ; les mesures légales [...] » (Institut national de la santé et de la recherche médicale, [Inserm], 2001, p.19).

Le document de référence concernant la promotion de la santé est la Charte d'Ottawa élaborée par l'OMS en 1986³. Elle met en évidence les cinq piliers nécessaires à une démarche de promotion de la santé. Un des piliers est « l'acquisition d'aptitudes individuelles » (Charte d'Ottawa, *ibid.*, Actions pour promouvoir la santé, para. 4) intégrant l'éducation pour la santé.

2.2.2. La prévention de la maladie

La prévention de la maladie est décrite comme la mise en place de mesures ayant pour but d'éviter la survenue d'une pathologie. Elle agit donc sur les facteurs favorisant l'apparition d'une maladie, mais elle ne s'arrête pas à ce niveau. En effet, si une maladie est déjà présente, la prévention aura pour objectif de mettre un terme à son évolution et de diminuer son impact. Trois types de prévention se distinguent alors de l'idée générale. Il existe la prévention primaire, ayant pour but d'éviter l'apparition d'une pathologie. Ensuite se distingue la prévention secondaire, avec pour objectif principal d'arrêter ou de ralentir l'évolution de la pathologie, ainsi que son impact au moyen d'un dépistage précoce et d'un traitement adéquat. Pour finir, il y a la prévention tertiaire. Celle-ci va plutôt dans le sens de la diminution du risque de rechute ou de l'aspect chronique de la maladie par la mise en place d'une rééducation efficace. En résumé, la prévention concerne les actes prodigués dans le domaine de la santé et agit auprès d'une population présentant des facteurs de risque (OMS, 1999).

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm, 2001), aborder la problématique par un axe préventif comporte des avantages. En effet, la prévention a

³ Cf. Annexe B : Charte d'Ottawa

pour objectif une action sur la pathologie en soi et sur les risques. L'idée de santé se voit donc rattachée à celle d'absence de pathologie. Dans ce sens, la démarche de prévention agit positivement étant donné qu'elle se consacre pleinement à l'évitement d'une problématique ou à en trouver la potentielle solution. Cependant, une démarche totalement préventive se détache du processus de promotion de la santé. La différence se trouve dans le fait qu'au niveau préventif, l'action porte un intérêt particulier aux risques, donc aux attitudes pouvant mettre en danger l'individu. Elle peut renvoyer à l'idée d'interdiction, ne s'intéressant pas à l'intérêt de la population, alors que la démarche de promotion de la santé est dans une optique de conservation de l'état de santé ou d'une évolution positive de celle-ci en s'appuyant sur la participation de la population en tant qu'acteur du processus.

2.2.3. Lien avec la thématique

L'OMS (1999) précise tout de même que les notions de prévention et de promotion sont susceptibles d'être employées en complémentarité. Suite aux différents aspects cités dans ce chapitre au sujet de la promotion de la santé et prévention de la maladie, il est possible de faire le lien avec la thématique de ce travail et de préciser que ce dernier s'inscrit plus particulièrement dans une vision de prévention secondaire et tertiaire. Tout en étant dans cette logique de prévention, la thématique se projette également dans la promotion en référence à un des piliers présentés dans la Charte d'Ottawa : l'acquisition d'aptitudes individuelles. La finalité de ce travail étant la mise en évidence de stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes sous-entend l'acquisition de compétences en termes de connaissances et d'aptitudes en matière de gestion médicamenteuse.

2.3. L'éducation à la santé

L'OMS (1999) précise que l'éducation pour la santé prend en compte la réalisation de possibilités d'apprentissage par la communication. Cette dernière a pour objectif une amélioration des aptitudes et des compétences du patient au sujet de la santé. Ceci implique donc une acquisition de connaissances, ainsi qu'un transfert des compétences utiles dans la vie de tous les jours promouvant la santé auprès des individus et des communautés. La démarche d'éducation pour la santé s'inscrit dans plusieurs critères tels que la transmission d'informations, l'acquisition d'une motivation, d'aptitudes, ainsi que de la confiance en soi. Ces éléments sont essentiels à l'amélioration de l'état de santé des individus. La transmission d'informations se fait en tenant compte des

conditions sociales, économiques ou encore environnementales. Ces dernières peuvent avoir un impact sur la santé des individus, mais aussi sur les facteurs favorisant la maladie et les comportements adoptés, considérés comme à risque. L'éducation pour la santé au jour d'aujourd'hui est étroitement liée à la promotion de la santé.

Collignon (2002) rajoute que l'éducation pour la santé intègre également une démarche tournée vers la maladie, se référant donc à un processus de prévention. Elle a pour objectif d'offrir à l'individu les possibilités qu'il prenne une part active au maintien ou à la bonne évolution du niveau de qualité de vie. Dans ce sens, « le terme d'éducation pour la santé du patient semble dans ce cas le plus adéquat et le plus apte à englober toutes les pratiques éducatives » (Collignon, *ibid.*, p. 10). L'éducation pour la santé, en s'intéressant aux pôles maladie et santé, englobe donc l'éducation thérapeutique dans le chapitre suivant, mais également l'éducation au patient, s'axant plutôt sur les aptitudes à développer et à utiliser en matière de santé, ainsi que sur les pathologies à éviter (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2010b). L'éducation à la santé peut donc s'inscrire dans différentes démarches. Les quatre types sont présentés dans le tableau ci-dessous (Deccache et Meremans, 2000, cités par Inserm, 2001, p. 30).

Modèle d'éducation	Modèle de santé	
	biomédical	biopsychosocial
Logique d'enseignement (fondée sur l'enseignement)	Type 1 : enseignement de savoirs médicaux	Type 2 : enseignement de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale
Logique d'apprentissage (fondée sur l'apprenant)	Type 3 : apprentissage de savoirs médicaux	Type 4 : apprentissage de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale

Figure 1 : Tableau récapitulatif des types d'éducation à la santé

2.3.1. L'éducation thérapeutique

2.3.1.1. Définition

D'Ivernois et Gagnayre (2011) expliquent que l'éducation thérapeutique est l'une des branches de l'éducation en santé. Ils ajoutent qu'elle se trouve être la plus développée dans ce domaine. De leur côté, Formarier et Jovic (2009) définissent l'éducation thérapeutique par des actions d'éducation en lien avec un traitement curatif, ainsi que

par la prévention des risques ou des complications d'une maladie. Le but de l'éducation thérapeutique est de favoriser une amélioration du pouvoir d'agir de l'individu sur sa qualité de vie et son état de santé. L'éducation thérapeutique est présente au quotidien dans les soins et fait partie de façon permanente de la prise en charge du patient.

L'OMS (1998, cité par Haute Autorité de Santé, 2007) précise que l'éducation thérapeutique du patient a pour but d'aider les patients dans l'acquisition ou le maintien de compétences nécessaires à une gestion optimale de leur vie avec une maladie chronique. En lien avec les types d'éducation présentés ci-dessus, il est possible d'affirmer que la question de recherche peut intégrer deux types d'éducation à la santé soit l'« enseignement de savoirs médicaux » et l'« apprentissage de savoirs médicaux » (Deccache et Meremans, 2000, cités par Inserm, 2001, p. 30). En effet, l'approche concerne plutôt le modèle de santé biomédical caractérisant l'état de santé comme l'absence de la pathologie (Inserm, *ibid.*).

2.3.1.2. Les buts

La Haute Autorité de Santé (HAS, 2007) clarifie les finalités de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en décrivant qu'elle favorise l'amélioration de l'état de santé du patient et l'augmentation du niveau non seulement de sa qualité de vie, mais également de celle de son entourage. Les buts poursuivis sont l'obtention et la conservation par le patient de compétences d'auto soins visant à préserver la vie du patient ainsi que l'apprentissage et l'adoption de compétences d'adaptation. D'Ivernois et Gagnayre (2007) ajoutent que l'éducation thérapeutique possède aussi un impact positif sur le plan économique en diminuant les frais engendrés par la prise en charge de la maladie chronique. D'Ivernois et Gagnayre (2001) listent les compétences à acquérir par le patient au terme d'une éducation thérapeutique. Les compétences citées par les deux auteurs sont indépendantes du type de maladie, de la condition et du contexte⁴.

⁴ Cf. Annexe C : Compétences du patient suite à une éducation

2.3.1.3. La démarche de l'éducation thérapeutique

Selon la HAS (2007), un cadre de référence planifié en quatre étapes est nécessaire à la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique du patient (ETP) par les professionnels de la santé. Les auteurs de cette revue de littérature proposent la synthèse suivante des quatre étapes de cette démarche :

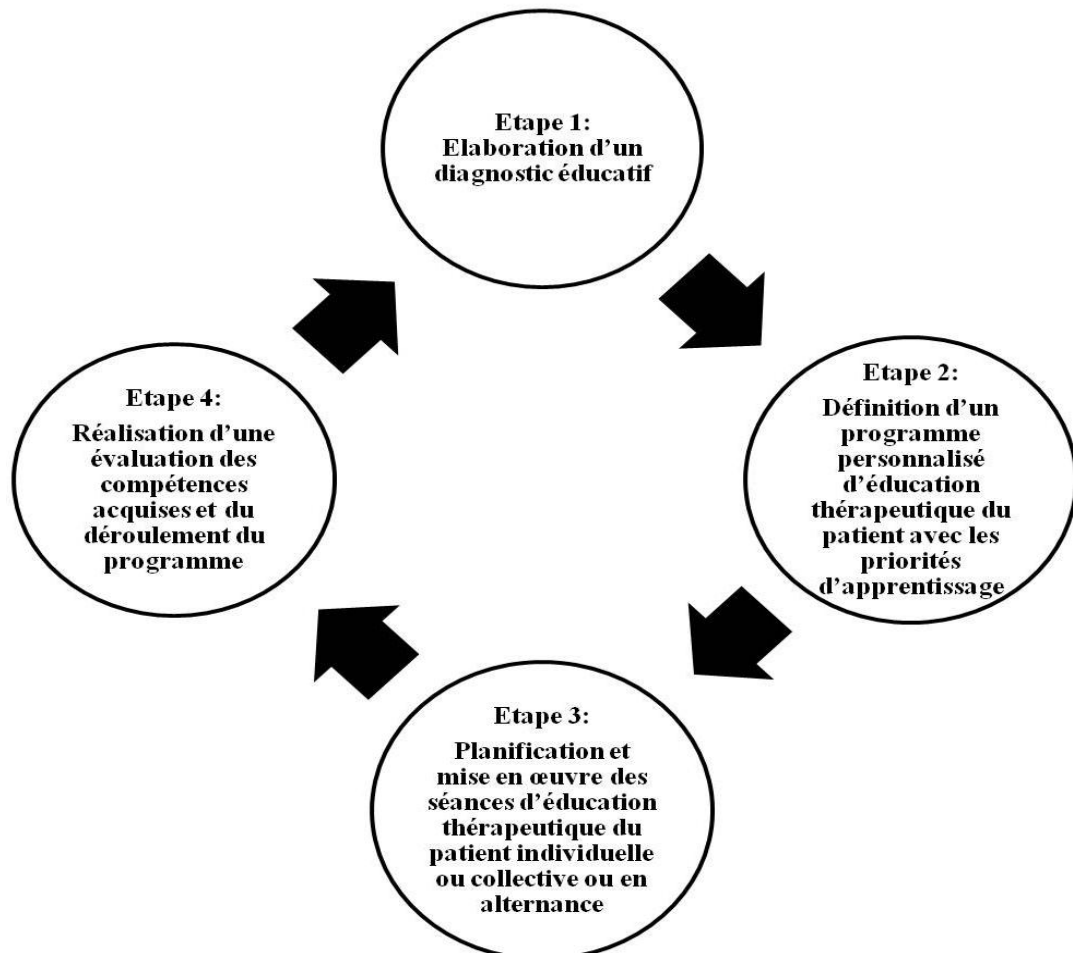


Figure 2 : Les quatre étapes de l'éducation thérapeutique (HAS, ibid.)

La HAS (ibid.) développe et décrit ces quatre étapes de manière concrète. La première étape spécifie que l'élaboration d'un diagnostic éducatif consiste à : « connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP », « appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet », « appréhender la manière de réagir du patient à la situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales » (HAS, ibid., Sur quels éléments s'appuyer pour réaliser l'ETP ?, para. 2).

La deuxième étape spécifie que la définition d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage consiste à : « formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique », « négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel », « les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient » (HAS, 2007, Sur quels éléments s'appuyer pour réaliser l'ETP ?, para. 3).

La troisième étape spécifie que la planification et la mise en place de séances d'éducation thérapeutique individuelle ou collective ou en alternance consiste à : « sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage », « réaliser les séances » (HAS, *ibid.*, Sur quels éléments s'appuyer pour réaliser l'ETP ?, para. 4).

La quatrième étape spécifie que la réalisation d'une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme consiste à : « faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive », « proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique » (HAS, *ibid.*, Sur quels éléments s'appuyer pour réaliser l'ETP ?, para. 5).

2.3.1.4. Les caractéristiques d'une éducation thérapeutique de qualité

La HAS (*ibid.*) apporte des critères concrets concernant la qualité d'une éducation thérapeutique. Pour être de qualité, l'éducation thérapeutique du patient devrait :

- Être centrée sur le patient, c'est-à-dire porter un intérêt à l'individu dans sa globalité en tenant compte des besoins (biopsychosociaux et spirituels)
- Être guidée par la littérature scientifique
- Être une composante intégrale de l'offre en soins du patient à long terme
- Être un processus adapté à la maladie, à la manière de vivre du patient et à la capacité d'apprentissage
- Être construite avec le patient et impliquer les proches dans la mesure du possible
- Être adaptée au profil éducatif et à la culture du patient
- Être organisée dans le temps et utiliser des moyens éducatifs comme par exemple des séances collectives ou individuelles, des techniques pédagogiques engageant les

patients à une participation active dans le processus d'apprentissage, des mises en lien avec l'expérience individuelle

- Être interdisciplinaire
- Être évaluée

2.3.1.5. Lien avec la thématique

L'élément central de la question de recherche est de parvenir à mettre en lumière des stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes. L'identification de stratégies d'éducation pertinentes est l'objectif principal de cette revue de littérature étoffée. Dès lors, développer ce concept amène des connaissances intéressantes pour pouvoir par la suite comparer les résultats des recherches avec les aspects théoriques mis en évidence dans la littérature vis-à-vis des caractéristiques d'une éducation thérapeutique de qualité et de la démarche d'éducation thérapeutique exposée. Un des critères démontrant la qualité et la pertinence d'une éducation thérapeutique est notamment le fait qu'elle doit être évaluée. Cette évaluation est une composante indissociable de la question de recherche. Elle sous-entend donc l'utilisation de moyens et de critères ayant pour but de démontrer l'impact de l'éducation thérapeutique sur les variables mesurées. La démarche d'éducation thérapeutique identifiée dans ce concept reste purement théorique, alors que les recherches mettent en évidence des stratégies réalisées dans un contexte de soins précis, confrontées à la réalité du terrain.

3. Méthodologie

3.1. Type de devis utilisé

Le devis utilisé pour répondre à la question de recherche est la revue systématique de littérature étoffée. Le choix du devis n'est pas libre, il répond aux exigences de la filière Bachelor en soins infirmiers.

Loiselle et Profetto-McGrath (2007) indiquent que l'objectif d'une revue systématique de littérature étoffée est de faire la synthèse de données scientifiques pour mettre en œuvre une pratique fondée sur des résultats probants. Ce type de devis n'est pas seulement utilisé dans le cadre d'études, mais également par les étudiants en sciences infirmières afin de passer en revue et synthétiser des résultats probants sur un sujet précis. En lien avec ce devis, l'objectif de ce travail de Bachelor est de parvenir, par le biais de la synthèse, à rassembler des stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes réalisées en milieu hospitalier et extrahospitalier auprès des patients adultes et âgés bénéficiant d'un traitement d'anticoagulants oraux de type AVK.

Ce travail de Bachelor consiste à l'intégration d'articles scientifiques dont les résultats sont extraits à l'aide de grilles d'analyses, puis synthétisés et critiqués. Selon Nadot, Schorro et Gasser (2011), le travail est réalisé par deux étudiants et exige l'analyse et la critique de 15 articles scientifiques. Les 15 articles trouvés ne représentent donc pas de manière exhaustive la totalité des articles disponibles dans la littérature en lien avec la question de recherche. De plus, une méta-analyse n'est pas requise.

3.2. Banques de données consultées

Dans la perspective de la rédaction de cette revue systématique de littérature étoffée, une recherche d'articles a été réalisée dans les banques de données informatisées. Loisele et Profetto-McGrath (2007) définissent les bases de données informatisées comme une « banque de fichiers bibliographiques afin que la personne qui souhaite effectuer une analyse documentaire consulte à l'aide d'un ordinateur » (p. 140). Les bases de données utilisées pour la réalisation de ce travail sont : PubMed/Medline, RERO et COCHRANE. Elles ont été consultées de septembre 2011 à juin 2013. Les articles sélectionnés ont tous été trouvés sur PubMed/Medline.

3.2.1. Critères de sélection

Dans le but de parvenir à cibler les recherches, une liste de critères d'inclusion et d'exclusion a été élaborée. Certains critères d'inclusion et d'exclusion étaient déjà présents avant de débiter les recherches d'articles et ont orienté la démarche de recherche dans les banques de données. D'autres critères ont émergé au fur et à mesure des résultats de recherches obtenus. Le critère d'inclusion principal de la problématique de recherche initiale était l'anticoagulation par injection. Suite à des recherches infructueuses, l'anticoagulation par injection a été exclue et l'anticoagulation par AVK incluse.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Les personnes adultes (18 à 65 ans) et âgées (65 ans et plus)
- Les personnes avec un diagnostic de maladies nécessitant une anticoagulation
- L'anticoagulation AVK par oral
- Le contexte hospitalier et extrahospitalier
- Les recherches effectuées entre 2002 et 2013

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Les personnes de moins de 18 ans
- L'anticoagulation par injection
- Les médicaments anticoagulants non AVK
- Les personnes souffrant de troubles cognitifs et psychiatriques altérant la capacité de discernement
- Les recherches effectuées avant 2002

3.2.2. Termes MeSH utilisés

L'Université de Montréal (2010) définit les MeSH comme des descripteurs utilisés pour indexer les articles dans Pubmed/Medline. Le but des descripteurs est de décrire les sujets dont traite un article. Ils peuvent comprendre un ou plusieurs mots. Les articles ont été trouvés grâce à l'association de divers termes MeSH. Inscrire les termes MeSH utilisés dans la banque de données PubMed/Medline permet de retrouver des articles. Les termes MeSH ont été utilisés en anglais et sont décrits avec la traduction française. La liste des termes MeSH initiale était la suivante :

- Administration, Oral / Administration par oral
- Anticoagulants / Anticoagulants
- Nurse's role / Rôle infirmier
- Patients / Patients
- Patient Education as Topic / Education du patient comme sujet
- Teaching / Enseignement

Selon les articles trouvés, l'essai de nouvelles combinaisons stratégiques a permis d'augmenter le nombre de recherches trouvées. Les termes MeSH suivants ont été inclus :

- Aged / Agé
- Coumarins / Coumarine
- Education / Education
- Educational Measurement / Mesure éducative
- Health Knowledge, Attitudes, Practice / Connaissances en santé, attitudes, pratique
- Hospitals, Teaching / Hôpital, Enseignement
- Nursing Care / Soins infirmiers

- Safety / Sécurité
- Teaching Materials / Matériel d'enseignement
- Therapeutics / Thérapeutique
- Warfarin / Warfarine

3.3. Stratégies de recherche

Les associations stratégiques de termes MeSH utilisées sur PubMed débouchant sur des résultats de recherche et finalement sur les articles retenus sont résumées dans les tableaux suivants :

Stratégie 1

Banque de données	PubMed
MeSH Terms	"Teaching"[Mesh] AND "Anticoagulants"[Mesh] AND "Nurse's Role"[Mesh]
Résultats obtenus	1 article
Article retenu et analysé	Turc-Dessertine, C. (2005) Evaluation of the therapeutic education of patients using anti-vitamins K drugs in a cardiology/intensive care unit. <i>Recherche en soins infirmiers</i> . (80), 59-75.

Stratégie 2

Banque de données	PubMed
MeSH Terms	"Therapeutics"[Mesh] AND "Patients"[Mesh] AND "Education"[Mesh] AND "Anticoagulants"[Mesh]
Résultats obtenus	10 articles
2 articles retenus et analysés	<p>Janoly-Duménil, A., Bourne, C., Loiseau, K., Luanté, J., Sancho, P.O., Ciancia, F., Caillet, F., Boisson, D., Rioufol, C., Plauchu, M. M., Rode, G. et Jacquin-Courtois, S. (2011). Oral anticoagulant treatment – Evaluating the knowledge of patients admitted in physical medicine and rehabilitation units. <i>Annals of Physical and Rehabilitation Medicine</i>, 54 (3), 172-180</p> <p>Macfee Winans, A. R., Rudd, K. M. et Thriller, D. (2010). Assessing anticoagulation knowledge in patients new to warfarin therapy. <i>The Annals of pharmacotherapy</i>. 44 (7-8), 1152-1157. doi : 10.1345/aph.1P092</p>

Stratégie 3

Banque de données	PubMed
MeSH terms	"Patient Education as Topic"[Mesh] AND "Administration, Oral"[Mesh] AND "Anticoagulants"[Mesh]
Résultats obtenus	71 articles
5 articles retenus et analysés	<p>Eickhoff, J. S., Wangen, T. M., Notch, K. B., Ferguson T. J. Nickel, T. W. Schafer, A. R. et Bush D. L. (2010). Creating an anticoagulant patient education class. <i>Journal of vascular nursing</i>. 28 (4), 132-135. doi : 10.1016/j.jvn.2010.08.002.</p> <p>Saligari, E., Belle, L., Berry, M., Gonod, V., Poiré, A., Picard, E., Vialle, E. et Desjoyaux, E. (2003). Évaluation d'un programme d'éducation des patients sous antivitamine K. <i>Annales de cardiologie et d'angéiologie</i>. 52 (5), 297-301.</p> <p>Blaise, S., Satger, B., Fontaine, M., Yver, J., Rastel, D., Toffin, L., Seinturier, C., Ramos, M., Bosson, J. L., Pernod, G. et GRANTED. (2009). Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les traitements anticoagulants oraux : expérience du réseau Ville-Hôpital GRANTED du secteur Sud-Isère. <i>Journal des maladies vasculaires</i>. 34 (5), 346-353. doi : 10.1016/j.jmv.2009.07.088</p> <p>Barcellona, D., Contu, P. et Marongiu, F. (2006). A « two-step » educational approach for patients taking oral anticoagulants does not improve therapy control. <i>Journal of thrombosis and thrombolysis</i>. 22 (3), 185-190. doi : 10.1007/s11239-006-9027-2</p> <p>Barcellona, D., Contu, P. et Marongiu, F. (2002). Patient education and oral anticoagulant therapy. <i>Haematologica</i>. 87 (10), 1081-1086.</p>
2 articles exclus après lecture	<p>Satger, B., Blaise, S., Fontaine, M., Yver, J., Allenet, B., Pernod, G. et Bosson, J. L. (2009). Therapy education for patients receiving oral anti-coagulants vitamin K antagonists. <i>Presse médicale</i>. 38 (12), 1780-1787. doi : 10.1016/j.lpm.2009.07.019</p> <p>Burns, S. (2009). Application of the theory of planned behavior to oral anticoagulant therapy. <i>Nursing and health sciences</i>. 11 (1), 98-101. doi : 10.1111/j.1442-2018.2009.00426.x</p>
1 article exclu après lecture du résumé	<p>Sawicka-Powiera, J. Ottarzewska, A. M., Chlabicz, S, Rogowska-Szadkowska, D. et Marcinowicz, L. (2004). Educational role of community nurse in care of patients treated with oral anticoagulation therapy. <i>Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego</i>. 26 (156), 636-639.</p>

Stratégie 4

Banque de données	PubMed
MeSH terms	"Teaching Materials"[Mesh] AND "Anticoagulants"[Mesh]
Résultats obtenus	41 articles
2 articles retenus et analysés	<p>Denizard-Thompson, N. R., Singh, S., Stevens, S. R., Miller, D. P. et Wofford, J. L. (2012). iPod™ technology for teaching patients about anticoagulation: a pilot study of mobile computer-assisted patient education. <i>Primary health care research and development</i>. 13 (1), 42-47. doi : 10.1017/S146342361100034X</p> <p>Mazor, K. M., Baril, J., Dugan, E., Spencer, F., Burgwinkle, P. et Gurwitz, J. H. (2007). Patient education about anticoagulant medication: is narrative evidence or statistical evidence more effective? <i>Patient education and counseling</i>. 69 (1-3), 145-157. doi : 10.1016/j.pec.2007.08.010</p>

Stratégie 5

Banque de données	PubMed
MeSH terms	"Warfarin"[Mesh] AND "Patient Education as Topic"[Mesh] AND "Anticoagulants"[Mesh] AND "Aged" [Mesh]
Résultats obtenus	61 articles
2 articles retenus et analysés	<p>Pernod G., Labarère J., Yver J., Satger B., Allenet B., Berremili T., Fontaine M., Franco G. et Bosson J.-L. (2008). EDUC'AVK: reduction of oral anticoagulant-related adverse events after patient education: a prospective multicenter open randomized study. <i>Journal of general internal medicine</i>. 23 (9), 1441-1446. doi : 10.1007/s11606-008-0690-1</p> <p>Singla, D. L., Jasser, D. et Wilson, R. (2003). Effects of group education on patient satisfaction, knowledge gained, and cost-efficiency in an anticoagulation center. <i>Journal of the American Pharmaceutical Association</i>. 43 (2), 264-266.</p>

Stratégie 6

Banque de données	PubMed
MeSH terms	"Hospitals, Teaching"[Mesh] AND "Coumarins"[Mesh]
Résultats obtenus	49 articles
1 article retenu et analysé	Khudair, I. F. et Hanssens, Y. I. (2010). Evaluation of patients' knowledge on warfarin in outpatient anticoagulation clinics in a teaching hospital in Qatar. <i>Saudi medical journal</i> . 31 (6), 672-677.

Stratégie 7

Banque de données	PubMed
MeSH terms	"Patient Education as Topic"[Mesh] AND "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] AND "Anticoagulants"[Mesh]
Résultats obtenus	39 articles
2 articles exclus après lecture	<p>Briggs, A. L., Jackson, T. R., Bruce, S. et Shapiro N. L. (2005). The development and performance validation of a tool to assess patient anticoagulation knowledge. <i>Research in social and administrative pharmacy: RSAP</i>. 1 (1), 40-59. doi : 10.1016/j.sapharm.2004.12.002</p> <p>Wofford, J. L., Wells, M. D. et Singh, S. (2008). Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. <i>BMC health services research</i>. 8 (40), 1-8. doi:10.1186/1472-6963-8-40</p>

Stratégie 8

Banque de données	PubMed
MeSH terms	"Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] AND "Patient Education as Topic"[Mesh] AND "Nursing Care"[Mesh] AND "Aged" [Mesh]
Résultats obtenus	46 articles
1 article retenu et analysé	Nurit, P., Bella, B. C., Gila, E. et Revital, Z. (2009). Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. <i>Journal of clinical nursing</i> . 18 (17), 2530-2536. doi : 10.1111/j.1365-2702.2009.02844.x

Stratégie 9

Banque de données	PubMed
Mesh terms	"Patient Education as Topic"[Mesh] AND "Anticoagulants"[Mesh] AND "Educational Measurement"[Mesh]
Résultats obtenus	14 articles
1 article retenu et analysé	Léger, S., Allenet, B., Pichot, O., Figari, G., Calop, J., Carpentier, P. et Bosson, J.L. (2004). Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse. <i>Journal des maladies Vasculaires</i> , 29 (3), 152-158. doi : JMV-07-2004-29-3-0398-0499-101019-ART6
1 article exclu après lecture	Léger, S., Allenet, B., Calop, J. et Bosson, J.L. (2004). Education thérapeutique des patients sous anticoagulants oraux pour la maladie thromboembolique veineuse : description du programme Educ'AVK. <i>Journal des maladies Vasculaires</i> , 29 (3), 145-151. doi : JMV-07-2004-29-3-0398-0499-101019-ART5

Stratégie 10

Banque de données	PubMed
Mesh terms	"Safety" [Mesh] AND "Patient Education as Topic"[Mesh] AND "Aged"[Mesh] AND "Anticoagulants" [Mesh]
Résultats obtenus	9 articles
1 article exclu après lecture	Kagansky, N. Knober, H., Rimon, E., Ozer, Z. et Levy, S. (2005). Safety of Anticoagulation Therapy in Well-informed Older Patients. <i>Archives of internal medicine</i> . 164 (18), 2044-2050. doi:10.1001/archinte.164.18.2044.

3.3.1. Synthèse schématique de la méthodologie de recherche

La méthodologie de recherche est présentée sous forme de synthèse schématique de la manière suivante :

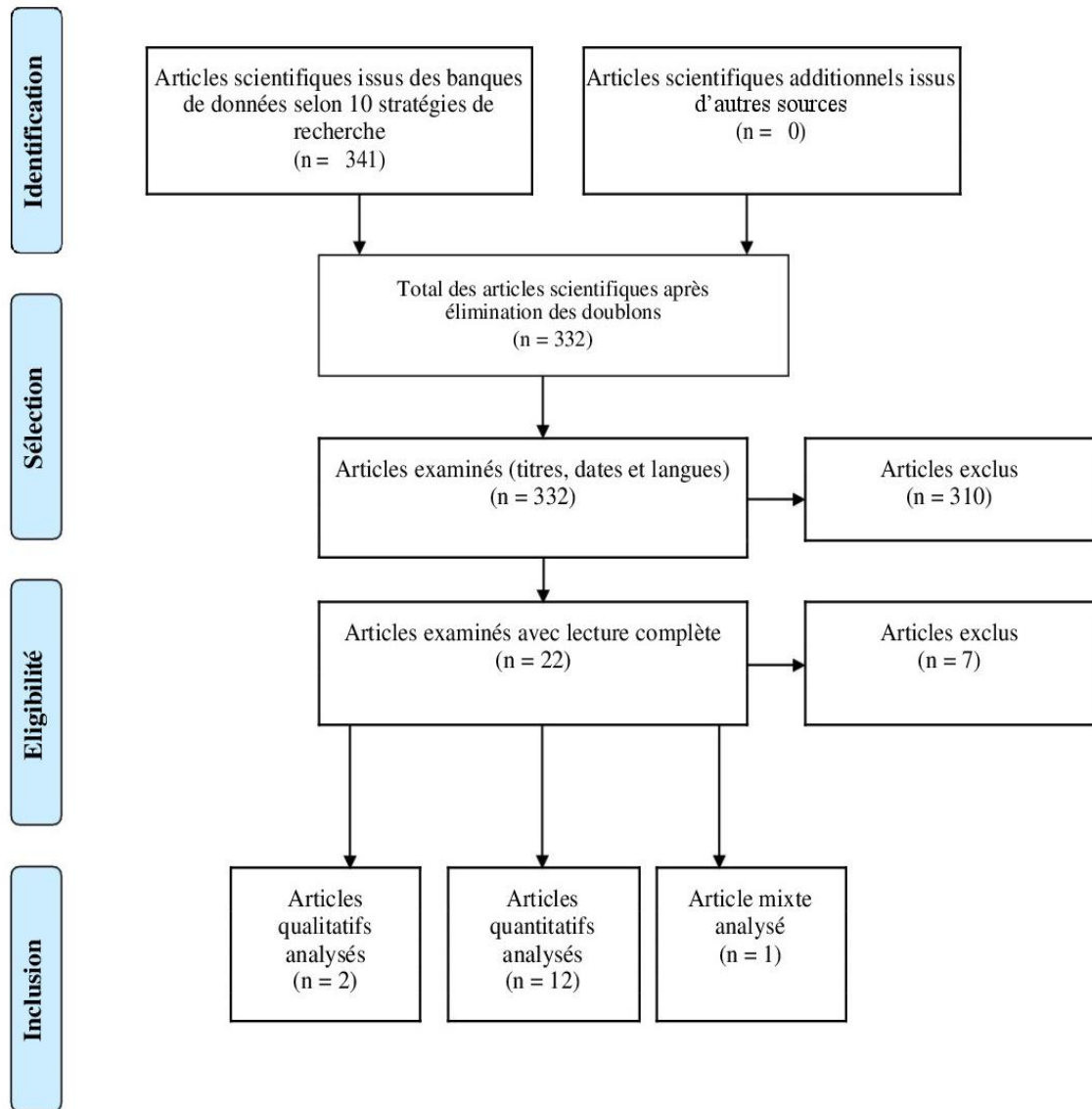


Figure 3 : Tableau de synthèse Flow Chart (Prisma, 2009)

3.4. Méthode d'extraction des données

Pour sélectionner, analyser et synthétiser les articles trouvés dans les banques de données, les grilles de lecture critique d'articles scientifiques proposée par l'école ont été utilisées.⁵ Elles ont ensuite été synthétisées afin de garder le contenu essentiel des

⁵ Cf. Annexe D : Grilles de lecture critique d'un article (qualitative, quantitative et mixte)

articles de recherche lors de l'inclusion à ce travail.⁶ En lien avec la question de recherche, les articles analysés sont basés sur des recherches de type quantitatif et qualitatif. Ceci a amené les auteurs à analyser les articles à l'aide des grilles qualitatives, quantitatives et mixtes. L'inclusion de ces divers types de devis confère une revue systématique de littérature mixte. La mixité s'argumente par le fait que les articles portant sur les stratégies d'éducation s'inscrivent souvent dans une approche qualitative, alors que leur évaluation se prête à une approche quantitative. Les articles ont été retenus dans la mesure du possible en fonction de la hiérarchie des devis selon les exigences internationales et la date de publication. Le fait de tenir compte de ces exigences pour la réalisation du travail de Bachelor apporte une rigueur scientifique supplémentaire. La hiérarchie des devis se présente de la façon suivante (Nadot, 2010) : « Revue systématiques d'essais contrôlés randomisés », « « Essais contrôlés randomisés (RCT : randomised controlled trial) », « Études de cohorte avec contrôle (cohort studies with controls) », « Études de cas témoins (case-control studies) », « Séries de cas sans contrôle (case series without controls) » et « Avis d'experts (expert opinion) » (p. 17).

3.5. La démarche de synthèse narrative

Selon Nadot (s.d.), la synthèse narrative consiste à la formulation des résultats de recherches sous forme de texte. Lorsque la thématique de recherche implique l'inclusion de plusieurs devis supposant des résultats autant qualitatifs que quantitatifs, d'autres types d'approches synthétiques ne sont pas pertinentes. L'auteure schématise également la synthèse des résultats en plusieurs étapes. La première étape est la synthèse narrative suivie d'une étape consistant en une synthèse thématique pour finalement déboucher sur la troisième étape, la synthèse intégrative.

Le devis de ce travail étant la revue systématique de littérature étoffée, la synthèse narrative est utilisée pour la formulation des résultats de recherches. L'argumentation de l'utilisation de ce type de synthèse est basée sur le fait que les recherches trouvées dans les banques de données sont de nature qualitative, quantitative et mixte. La question de recherche portant sur les stratégies pertinentes et l'évaluation de l'éducation thérapeutique qui en découle, une approche de synthèse thématique est nécessaire dans l'exposition des principaux résultats. La synthèse intégrative n'étant pas une exigence

⁶ Cf. Annexe E : Grilles avec synthèse de l'analyse

pour la réalisation de ce travail, elle n'est pas prise en considération pour la synthèse des résultats.

4. Résultats

La synthèse des résultats s'est trouvée être un exercice difficile au vu de la diversité des stratégies d'éducation thérapeutique ainsi que des moyens et critères d'évaluations. Afin de la rendre plus compréhensible, la synthèse a été décomposée en plusieurs parties. Elle débute par les caractéristiques méthodologiques des recherches sélectionnées puis les deux thématiques principales des résultats sont exposées. La première thématique porte sur les stratégies d'éducation thérapeutique. Elles sont décrites et font l'objet d'un tableau de synthèse. La deuxième thématique porte sur les moyens et les critères d'évaluation de l'éducation thérapeutique. Ils sont également décrits et synthétisés dans un tableau. Ensuite, les deux thématiques sont mises en lien et les résultats des études analysées sont exposés.

4.1. Méthodologie de recherche

Suite à la lecture des titres, des résumés et des dates, 22 articles ont été sélectionnés dans la banque de données PubMed/Medline. Après une lecture attentive, sept ont finalement été exclus. Les motifs d'exclusion sont basés sur la pertinence vis-à-vis du devis de recherche, la question de recherche ainsi que la validité méthodologique.⁷

Les recherches retenues faisant l'objet d'une analyse ont été réalisées entre 2002 et 2012. Au départ, les recherches de plus de cinq ans étaient sujettes à l'exclusion. Toutefois, le nombre d'articles trouvés s'avérant restreint, ce critère a été reconsidéré et élargi. La provenance des recherches est variée et ne fait pas office de critère d'exclusion : France (n=6), USA (n=5), Qatar (n=1), Italie (n=2), Israël (n=1). Les contextes de recherche émergeant sont de type hospitalier (n=5), extra-hospitalier (n=7) et mixte (n=3). Les deux contextes ont été inclus, car l'éducation thérapeutique du patient sous AVK concerne autant les patients hospitalisés que les patients non hospitalisés gérant un traitement AVK au quotidien. Les articles sont principalement rédigés en anglais (n=10) et en français (n=4). Une étude est rédigée dans les deux langues (n=1). Cependant, il s'avère que les groupes de recherches sont souvent multidisciplinaires et ne concernent pas toujours des infirmières. Ce critère a donc

⁷ Cf. Annexe F

également été repensé et élargi. Les principaux chercheurs des articles analysés sont issus des professions suivantes : infirmière (n=1), médecins (n=2), pharmaciens (n=1), médecins et infirmières (n=4), médecins et pharmaciens (n=1), infirmières, médecins et pharmaciens (n=4), infirmières, chirurgiens et médecins (n=1), infirmières, médecins, pharmaciens et autres (n=1). Un total de 11 recherches concerne les infirmières, soit en tant qu'auteurs, soit en tant que participantes à la démarche d'éducation. Les 4 articles n'incluant pas directement des infirmières ne font pas l'objet d'une exclusion, car les résultats sont estimés comme susceptibles d'être mobilisés dans la pratique infirmière. Dans certaines recherches, le statut professionnel des auteurs, ainsi que le rôle des divers protagonistes impliqués ne sont parfois pas clairement mis en évidence.

Les devis de type quantitatifs concernent 12 recherches alors que les devis de type qualitatifs concernent uniquement 2 recherches. Une seule étude inclut un devis de type mixte. Certains devis de recherche n'étant pas clairement explicités par les auteurs, une hypothèse est formulée en fonction des buts et de la méthodologie de recherche. Cette prévalence quantitative s'explique probablement par le fait que le but des recherches vise principalement à évaluer et à décrire une intervention au regard de divers critères plutôt que d'analyser un phénomène. Lors des recherches, l'intention était également de cibler des devis avec le plus haut niveau de validité scientifique : revues systématiques d'essais contrôlés randomisés, essais contrôlés randomisés et études de cohorte avec contrôle. Toutefois, le nombre d'articles scientifiques disponibles en lien avec la question de recherche étant limité, d'autres types de devis ont également été sélectionnés. Les différentes caractéristiques des recherches analysées font l'objet d'un tableau de synthèse.⁸

⁸ Cf. Annexe G : Tableau de synthèse des caractéristiques des études analysées

Le tableau suivant synthétise les différents types de devis des recherches analysées dans cette revue de littérature étoffée.

Devis de recherche (n=15)	
Devis quantitatifs (n=12)	<ul style="list-style-type: none"> - Étude randomisée contrôlée (n=1) - Étude prospective multicentrique avec randomisation (n=1) - Étude prospective avec randomisation (n=1) - Études prospectives (n=2) - Étude prospective monocentrique (n=1) - Étude rétrospective (n=1) - Étude transversale (n=1) - Étude pilote contrôlée (n=1) - Enquêtes (n=2) - Pas clairement explicité, hypothèse d'une enquête (n=1)
Devis qualitatifs (n=2)	<ul style="list-style-type: none"> - Étude pilote (n=1) - Pas clairement explicité, hypothèse d'une étude pilote (n=1)
Devis mixte (n=1)	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête (n=1)

Figure 4 : Synthèse des différents devis de recherche

4.2. Thématiques des résultats

Après analyse des données récoltées dans les articles, deux principales thématiques ressortent :

- Les stratégies d'éducation thérapeutique
- L'évaluation de l'éducation thérapeutique

Les deux thématiques retenues font l'objet de nombreuses spécifications. En effet, les stratégies d'éducation thérapeutique comprennent des caractéristiques variées et les moyens d'évaluation sont souvent axés sur des éléments différents. La synthèse narrative des résultats tente de prendre en considération ces thématiques et de regrouper les éléments semblables pour parvenir à mettre en lumière les résultats obtenus. La

démarche effectuée pour parvenir à thématiser et synthétiser narrativement les résultats est exposée sous forme de tableau.⁹

4.3. Stratégies d'éducation thérapeutique

La première thématique concerne les stratégies d'éducation thérapeutique. L'enseignement thérapeutique individuel est utilisé dans 11 recherches. Trois recherches sont basées uniquement sur une stratégie d'éducation thérapeutique collective. Une recherche concerne une stratégie individuelle et également une stratégie collective.

4.3.1. Stratégies individuelles

Sept études décrivent de manière relativement concrète les stratégies d'enseignement thérapeutique individuelles dispensées. Une stratégie consiste à délivrer des explications par des infirmières, cadres de santé et médecins en proposant un livret sur les AVK et une fiche explicative (Turc-Dessertine, 2005). Dans la même optique, Nurit, Bella, Gila et Revital (2009) proposent également une stratégie d'éducation thérapeutique sous forme écrite et verbale. Denizard-Thompson, Stevens, Miller et Wofford (2012) décrivent une stratégie qui consiste à délivrer trois modules de 3 à 5 minutes avec un support numérique de type « iPod™ ». Mazor, Baril, Dugan, Spencer, Burgwinkle et Gurwitz (2007) proposent comme stratégie d'éducation thérapeutique le visionnement d'une vidéo à domicile avec un contenu variable selon le type de vidéo. Pernod et al. (2008), Blaise et al. (2009) et Léger et al. (2004) basent leur stratégie d'éducation thérapeutique sur le même programme structuré nommé Educ'AVK. Selon Pernod et al. (2008) ce programme consiste en une session d'éducation thérapeutique de 30 à 45 minutes dispensée par une infirmière, un pharmacien ou un médecin. Des supports visuels, des brochures et le carnet d'anticoagulants sont utilisés. L'éducation thérapeutique doit tenir compte des caractéristiques du patient et de ses besoins.

Quatre études ne décrivent pas concrètement la stratégie d'enseignement thérapeutique individuelle dispensée. Macfee Winans, Rudd et Thriller (2010) proposent deux programmes d'éducation thérapeutique différents, en mentionnant un programme « structuré » comparé à un programme « usuel » sans toutefois décrire la nature de ces programmes avec plus de précisions. Ils indiquent tout de même qu'un livret

⁹ Cf. Annexe H : Tableau de synthèse thématique

d'éducation est transmis aux patients. Khudair et Hanssens (2010) utilisent également une stratégie d'éducation « structuré », mais n'offrent pas de description particulière. Pour terminer, Barcellona, Contu et Marongiu (2002) sont également dans une approche individuelle sans apporter d'explication particulière. Janoly-Duménil et al. (2011) ne décrivent pas l'éducation thérapeutique, mais une éducation de type individuelle est présumée lors de la lecture de l'article.

4.3.2. Stratégies collectives

Trois études mettent en place une éducation thérapeutique uniquement dispensée en groupe. Eickhoff et al. (2010) propose une classe constituée de 29 slides provenant du logiciel PowerPoint contenant des informations générales à propos de la warfarine, du Plavix® et de l'aspirine. Les informations données concernent les effets sur la coagulation, l'INR, les dosages, quand contacter un médecin et une aide d'urgence. La classe dure 20 minutes avec un temps pour des questions. Les proches sont invités à participer à la classe. Singla, Jasser et Wilson (2003) ont constitué des classes de 15 patients dispensées par une infirmière ou un pharmacien incluant une présentation avec des slides et une discussion. La classe dure 60 minutes puis 30 minutes sont réservées aux questions. Le contenu porte sur l'INR, les effets secondaires et les éléments pouvant engendrer des perturbations de l'INR. Saligari et al. (2003) décrivent des classes d'éducation thérapeutique en deux sessions d'une heure chacune avec un intervalle d'une semaine. La classe est animée par deux infirmières et un médecin en cas de besoin. Le nombre de participants s'élève à 10. La première session délivre des informations avec des transparents. Lors de la deuxième session, le carnet est introduit et le cours porte sur la gestion pratique du traitement en exposant des cas cliniques.

4.3.3. Stratégie individuelle et collective

Barcellona, Contu et Marongiu (2006) proposent deux stratégies différentes d'éducation thérapeutique. Les auteurs mentionnent une intervention sous forme de classe constituée d'un enseignement basé sur un questionnaire complété préalablement par le patient. La classe est constituée d'environ 25 participants répartis selon l'indication du traitement. Le contenu de la classe est basé sur les connaissances générales relatives aux AVK. Les auteurs mentionnent également une stratégie individuelle basée également sur le questionnaire rempli par les patients, dont les résultats exposés dans une brochure distribuée plus tard.

4.3.4. Synthèse des stratégies d'éducation thérapeutique

Le tableau ci-dessous présente sous forme schématique les différentes stratégies d'éducation thérapeutique intégrées aux 15 recherches sélectionnées.

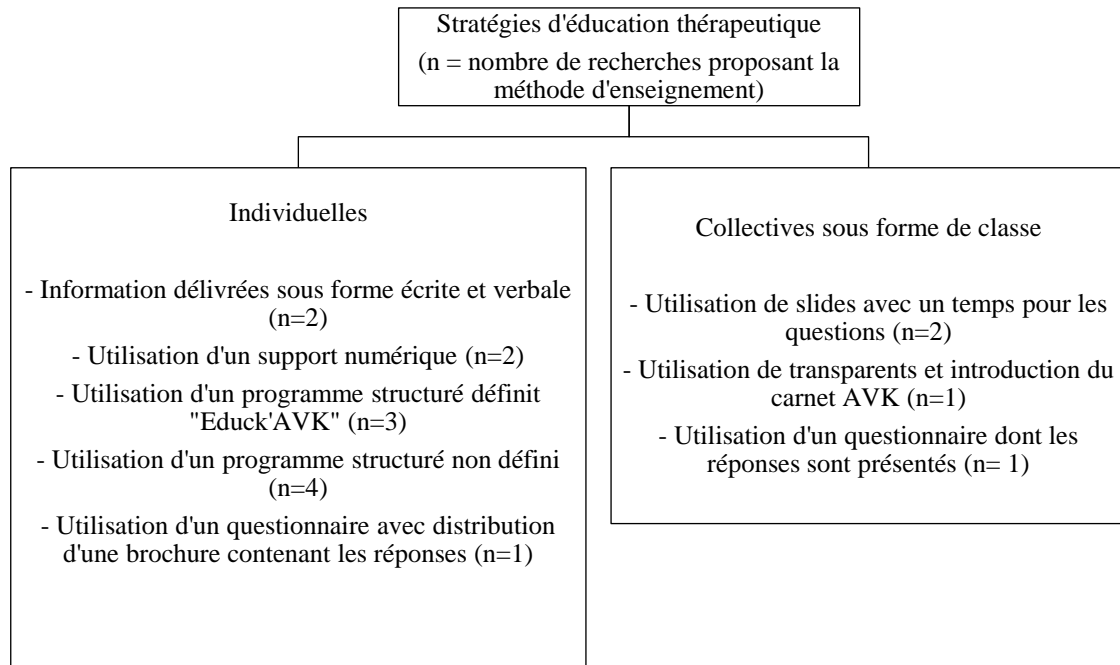


Figure 5 : Synthèse thématique des stratégies d'éducation thérapeutique

4.4. Évaluation de l'éducation thérapeutique

La deuxième thématique concerne l'évaluation de l'éducation thérapeutique. L'efficacité de cette dernière est évaluée dans les recherches principalement à l'aide d'un questionnaire. Cet outil est présent dans 14 recherches. Les items évalués par le questionnaire sont variables. Ils portent principalement sur les connaissances des patients, le vécu des patients, la satisfaction des patients et la survenue d'incidents hémorragiques. Des recherches portent également leur attention sur l'évaluation de l'INR.

4.4.1. Évaluation des connaissances

Les questionnaires portant sur les connaissances des patients concernent 12 recherches. Tous les éléments ne sont pas abordés sous le même angle et la formulation des questions est variable. Par exemple, Eickhoff et al. (2004) évaluent le niveau de connaissances des patients de manière indirecte en demandant aux patients d'estimer eux-mêmes leur niveau de connaissances. Les éléments qui reviennent le plus souvent

dans les questionnaires présupposent qu'une éducation thérapeutique de qualité doit rendre le patient capable de :

- connaître le nom du médicament
- connaître les indications du médicament (rôles, effets, mécanismes d'actions)
- savoir expliquer l'INR en tant qu'examen de surveillance (valeurs cibles, fréquences)
- connaître l'utilisation du carnet de surveillance
- savoir préparer le médicament à domicile (fractionner)
- savoir reconnaître le médicament
- savoir quoi faire lors d'un oubli et savoir les conséquences d'un oubli
- savoir les conséquences d'un retard dans la prise du traitement
- connaître l'importance du moment de la prise
- connaître la composante des interactions médicamenteuses
- savoir qui prévenir et dans quel cas
- savoir prendre la bonne posologie
- connaître les documents à avoir sur soi
- connaître des recommandations vis-à-vis des interactions alimentaires
- connaître les signes en cas de complications et la conduite à tenir
- savoir des précautions particulières pour prévenir des complications hémorragiques
- savoir l'attitude à tenir en cas de désir de grossesse
- connaître les conséquences d'un dosage trop important et d'un dosage trop faible
- savoir quelles informations donner lors d'un contrôle de l'INR
- comprendre l'importance de ne pas arrêter le traitement sans indication médicale

4.4.2. Évaluation du vécu des patients

Eickhoff et al. (2010) ainsi que Mazor, Baril, Dugan, Spencer, Burgwinkle et Gurwitz (2007) font l'inclusion dans les questionnaires d'éléments vis-à-vis du vécu et des croyances du patient par rapport au traitement. L'investigation du vécu des patients porte sur les éléments suivants :

- l'anxiété et les peurs relatives au traitement
- la confiance vis-à-vis des capacités à gérer le traitement

- l'importance de suivre les recommandations
- les croyances relatives au traitement
- l'adhérence vis-à-vis du traitement

4.4.3. Évaluation de la satisfaction des patients

Singla, Jasser et Wilson (2003) ainsi que Denizard-Thompson, Singh, Stevens, Miller et Wofford (2012) incluent dans le questionnaire des éléments relatifs à la satisfaction des patients par rapport à une stratégie d'enseignement thérapeutique.

4.4.4. Évaluation des événements hémorragiques et thromboemboliques

Pernod et al. (2008), Léger et al. (2004) ainsi que Blaise et al. (2009) s'intéressent au recensement d'incidents hémorragiques et thrombotiques auprès de la population cible. Les incidents sont catégorisés en deux types : événement mineur et événement majeur. Il est également demandé aux participants si les incidents ont impliqué une consultation auprès de professionnels de la santé ou non.

4.4.5. Évaluation des INR

Barcellona, Contu et Marongiu (2006), Saligari et al. (2003), Léger et al. (2004) ainsi que Barcellona, Contu et Marongiu (2002) portent également un intérêt particulier à l'évaluation des INR afin de déterminer l'efficacité de la stratégie d'éducation thérapeutique. L'efficacité est déterminée en fonction du temps passé en zone thérapeutique, indiquant donc la stabilité des INR.

4.4.6. Synthèse des moyens et des critères d'évaluation

Le tableau ci-dessous présente sous forme schématique les thématiques des différents moyens et critères d'évaluation de l'éducation thérapeutique intégrée aux 15 recherches sélectionnées.

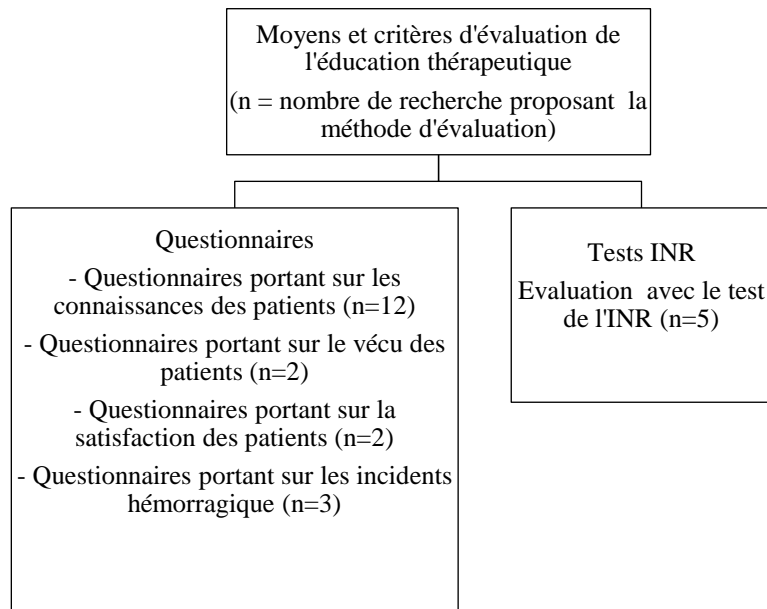


Figure 6 : Synthèse thématique des moyens d'évaluation

4.4.7. Modalités temporelles de l'évaluation

L'efficacité de l'éducation thérapeutique étant évaluée dans les recherches principalement à l'aide de questionnaires, le contenu des questionnaires apparaît comme prioritaire à identifier et à thématiser par rapport aux modalités de distribution et de contrôle notamment dans le temps. Toutefois, décrire ces modalités semble important, car elles sont probablement susceptibles d'introduire de multiples variables ayant une influence sur les des résultats de l'éducation thérapeutique.

Turc-Dessertine (2005) décrit la distribution d'un questionnaire entre J0 et J3 dès l'arrivée sur le service du patient ayant déjà un traitement AVK et entre J0 et J3 à partir de l'instauration du traitement pour les patients nouvellement sous AVK. Un deuxième questionnaire est distribué pour tous les patients trois jours avant la date de sortie. L'étude de Janoly-Duménil et al. (2011) propose de donner le questionnaire en fin d'hospitalisation avant le retour à domicile. La distribution d'un questionnaire est accompagnée d'un entretien semidirigé d'une durée de 40 minutes. Denizard-

Thompson, Singh, Stevens, Miller et Wofford (2012) indiquent que le questionnaire est distribué aux participants à la fin des trois modules d'enseignement. Eickhoff et al. (2010) effectuent la distribution d'un questionnaire juste après la classe d'éducation thérapeutique. Dans la recherche de Mazor, Baril, Dugan, Spencer, Burgwinkle et Gurwitz (2007), des questionnaires administrés avant et après l'intervention sont envoyés aux patients par courrier avec une incitation financière. Dans la recherche suivante, Macfee Winans, Rudd et Thriller (2010) utilisent un questionnaire validé scientifiquement par quatre pharmaciens experts en anticoagulation aux USA. Le questionnaire se nomme « The Oral Anticoagulation Knowledge » (OAK).¹⁰ La distribution du questionnaire est réalisée avant la sortie de l'hôpital dans un délai de 24 heures minimum après l'éducation thérapeutique. Le questionnaire élaboré par Khudair et Hanssens (2010) est également basé sur le questionnaire OAK mais comprend des modifications. Les auteurs ne spécifient pas les modalités de distribution du questionnaire. Saligari et al. (2003) distribuent le questionnaire avant et après l'éducation thérapeutique. Dans la recherche de Pernod et al. (2008), le patient n'est pas confronté au questionnaire sous forme écrite puisque les auteurs mentionnent le recueil d'informations par entretien téléphonique trois mois après l'intervention d'éducation thérapeutique. Singla, Jasser et Wilson (2003) dispensent un questionnaire avant et après la classe d'éducation thérapeutique. Barcellona, Contu et Marongiu (2006) mentionnent que le questionnaire sert d'objet de collecte des données lors d'un entretien. Le questionnaire n'est pas rempli par le patient. Nurit, Bella, Gila et Revital (2009) proposent également le questionnaire accompagné d'un entretien. Léger et al. (2004) utilisent également un questionnaire complété par enquête téléphonique trois mois après la sortie. Barcellona, Contu et Marongiu (2002) affirment que le questionnaire est complété par le patient lors de l'attente des résultats de l'INR. La réalisation des tests INR n'est pas explicitée dans le temps par rapport à l'intervention. Blaise et al. (2009) utilisent l'outil du questionnaire en complétant les données par le biais d'une enquête téléphonique, mais ne décrivent pas les modalités temporelles de distribution du questionnaire.

L'évaluation des INR se compose également de subtilités temporelles et n'est pas identique pour chaque étude. En effet, l'étude de Saligari et al. (2003) consiste en un contrôle durant les 6 mois avant et les 6 mois après l'intervention. Barcellona, Contu

¹⁰ Cf. Annexe I : Test OAK

et Marongiu utilisent le programme journalier de l'INR de Rosendaal et al. Les différences de pourcentage de temps passé en zone thérapeutique ont été calculées dans les trimestres avant et après l'intervention éducative. Trois autres études ne décrivent pas concrètement les modalités temporelles de l'évaluation des INR (Khudair et Hanssens, 2010 ; Léger et al., 2004 ; Barcellona, Contu et Marongiu, 2002).

4.4.8. Synthèse des modalités d'évaluation dans le temps

Le tableau ci-dessous présente sous forme schématique les modalités d'évaluation dans le temps relatives aux 15 recherches sélectionnées.

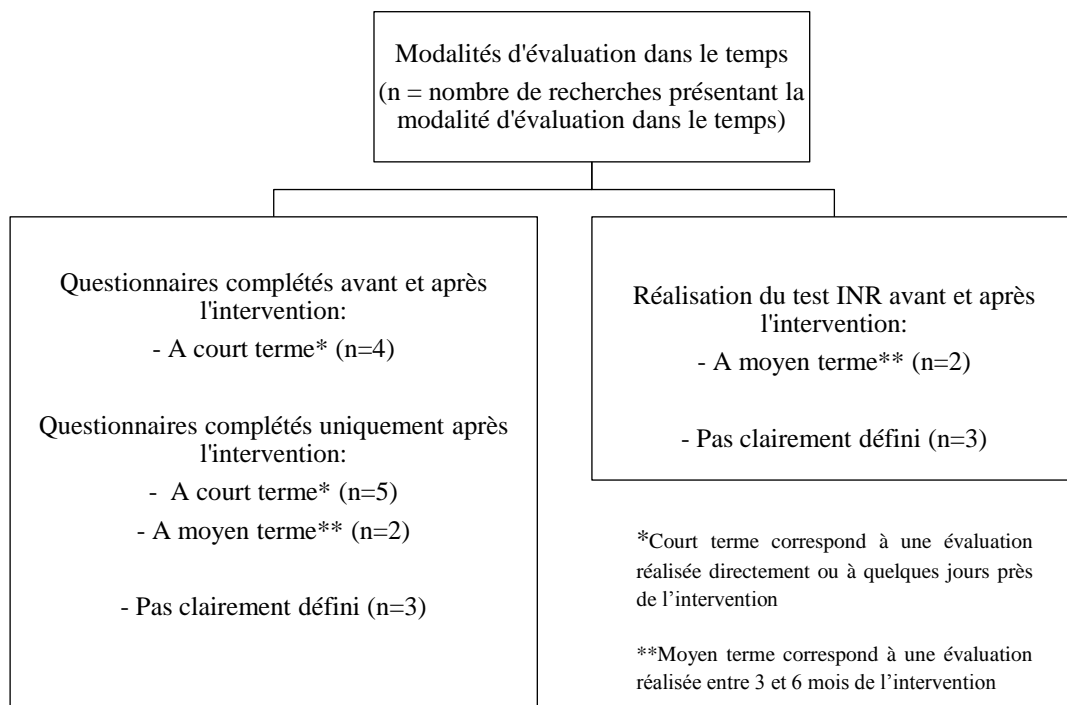


Figure 7 : Synthèse schématique des modalités d'évaluation dans le temps

4.5. Pertinence des stratégies d'éducation en regard de son évaluation

Au vu de la difficulté de présentation des résultats, il a été préférable d'exposer dans un premier temps les stratégies d'éducation séparément des moyens et des critères d'évaluation. Suite à cela, la pertinence des stratégies peut donc être mise en lien avec son évaluation, afin de démontrer clairement leur impact et leur efficacité. Les résultats des recherches sélectionnées sont présentés dans les paragraphes ci-dessous.

4.5.1. Stratégies d'éducation thérapeutique individuelle

L'éducation thérapeutique individuelle concerne 12 recherches. L'évaluation est réalisée par le questionnaire dans 11 recherches. Trois recherches utilisent également les résultats de l'INR comme moyens d'évaluation.

Turc-Dessertine (2005) évalue les connaissances de 27 patients à l'aide d'un questionnaire avant et après l'intervention. Les résultats démontrent qu'en moyenne le nombre de bonnes réponses aux questions augmente après l'éducation thérapeutique. Il passe de 10.14/20 à 11.73/20 pour le groupe ayant déjà un traitement à l'entrée dans le service et de 6.97/20 à 9.28/20 pour le groupe ayant un traitement instauré dans le service. L'auteur tire la conclusion que les personnes ayant un traitement instauré en cours de traitement font l'objet de plus de préoccupations que les personnes ayant déjà un traitement en début d'hospitalisation. L'auteure présente les résultats du deuxième questionnaire en mélangeant les groupes. Les résultats les plus performants sont les suivants : 81.48 % des patients sont capables de mentionner des signes de surdosages et 85 % des patients connaissent des recommandations alimentaires, mais le taux chute à 37.03 % de patients étant capables de citer des aliments à éviter. Concernant les effets secondaires, 37.03% des patients connaissent la survenue possible d'hématomes et 18.51% des patients connaissent la possibilité de saigner des gencives. Plus de 90% des patients ne savent pas qui avertir à propos du traitement.

Janoly-Duménil et al. (2011) évaluent le niveau de connaissance de 50 patients à l'aide d'un questionnaire complété durant un entretien semidirigé. 70% des personnes interrogées connaissent le nom du traitement médicamenteux. 76% des patients étaient capables de dire à quel moment la médication a été instaurée. Cependant, les valeurs de la zone thérapeutique de l'INR sont mal connues puisque 24% des patients avec le traitement instaurés à l'hôpital en connaissent les normes. Le pourcentage s'élève à 50% pour les patients ayant déjà un traitement en début d'hospitalisation. La différence entre les deux groupes est statistiquement significative ($p = 0.04$). Les résultats démontrent que 50% de la population avec le traitement instauré déjà avant l'hospitalisation disent n'avoir jamais reçu d'information et 60% n'ont pas connaissance du carnet AVK utilisé pour le suivi du traitement. Au total, 22% des participants peuvent mentionner les signes de surdosage et la conduite à adopter. Pour finir, 43% des patients ayant la mise en place de la médication au cours de l'hospitalisation démontrent de faibles

connaissances quant à la conduite à adopter si la prise du traitement est oubliée, le besoin de la surveillance est connu par 35% des patients. La nécessité de la régularité de la prise médicamenteuse est connue par 64% des patients et les potentiels risques de sous-dosage sont clairs pour 50% des patients. 53% des patients comprennent les risques que comporte une autogestion médicamenteuse sans avis médical. Le groupe dont le traitement est instauré pendant l'hospitalisation présente de moins bonnes connaissances que les patients du groupe ayant le traitement déjà instauré. La différence est statistiquement significative au niveau du besoin de surveillance ($p = 0.01$) et des risques que comporte l'autogestion médicamenteuse ($p = 0.03$).

Deux recherches utilisent des supports différents concernant l'éducation thérapeutique du patient. Denizard-Thompson, Stevens, Miller et Wofford (2012) décrivent une stratégie qui consiste à délivrer trois modules de 3 à 5 minutes avec un support numérique de type « iPod™ ». Mazor, Baril, Dugan, Spencer, Burgwinkle et Gurwitz (2007) proposent comme stratégie le visionnement d'une vidéo à domicile. Le contenu des vidéos visionnées à domicile est variable. En effet, il inclut soit des preuves narratives, soit des preuves statistiques ou les deux.

Denizard-Thompson, Stevens, Miller et Wofford (2012) utilisent le questionnaire comme moyen d'évaluation auprès de 22 patients. Le questionnaire porte sur l'expérience des patients vis-à-vis de la stratégie. Les résultats démontrent que sur une échelle de 1 à 10, les 22 patients estiment la qualité visuelle comme excellente à 9/10. Les patients estiment l'utilité de l'éducation thérapeutique par cette stratégie à 7.4/10 alors que les stratégies rencontrées jusqu'à maintenant sont évaluées à 6.3/10. Les patients relèvent également une augmentation d'une à cinq minutes de la durée de visite à la clinique. Une amélioration de l'efficacité de la clinique d'anticoagulants est mise en évidence par les résultats. En effet, la stratégie est considérée comme peu coûteuse, rapide et comme n'interférant pas dans l'organisation quotidienne.

Mazor, Baril, Dugan, Spencer, Burgwinkle et Gurwitz (2007) évaluent le niveau de connaissances, les croyances et l'adhérence des patients au sujet du traitement médicamenteux anticoagulant à l'aide d'un questionnaire rempli par 318 patients avant et après l'intervention d'éducation. En comparant les groupes expérimentaux avec visionnage de vidéo et le groupe contrôle, une amélioration des connaissances est statistiquement significative dans les groupes « vidéo » ($p = 0.001$). Des modifications

positives ressortent également au niveau des croyances sur l'importance des tests de laboratoire ($p = 0.01$) et sur le fait que la prise de warfarine est bénéfique ($p = 0.012$). Le groupe visionnant la vidéo s'appuyant sur des preuves statistiques et narratives démontre de plus fortes croyances quant à l'importance des tests de laboratoire en comparaison aux patients ayant visionné l'interaction se basant sur des preuves strictement statistiques ($p = 0.05$). La comparaison des groupes « vidéo avec preuves narratives » et « vidéo avec preuves narratives et statistiques » ne démontre pas de différences statistiquement significatives ($p = 0.17$ à 0.86) concernant l'efficacité de l'éducation thérapeutique.

Macfee Winans, Rudd et Thriller (2010) désirent mettre en évidence les connaissances acquises par 40 patients. Dans leur étude, l'évaluation est réalisée à l'aide du test Oral Anticoagulation Knowledge (OAK), avant la sortie de l'hôpital, mais minimum 24h après l'éducation. En comparant le groupe de soins habituels et le groupe d'intervention, les résultats au test OAK ont montré un score plus élevé et statistiquement significatif auprès du groupe d'intervention. Il est de 55% pour le groupe de soins habituels et s'élève jusqu'à 74% pour le groupe d'intervention ($p = 0.004$). Le moins bon score du groupe contrôle s'élève à 5% de bonnes réponses alors que le moins bon score du groupe expérimental s'élève à 55% de bonnes réponses.

Khudair et Hanssens (2010) évaluent à l'aide d'un questionnaire auprès de 140 patients certains éléments significatifs du parcours sous AVK comme la survenue d'événements hémorragiques et thromboemboliques. Le questionnaire évalue également les connaissances des patients. Les résultats démontrent que 83 % des 140 patients interrogés avaient déjà reçu préalablement une éducation thérapeutique. Sur les 24 patients n'ayant pas reçu d'éducation thérapeutique, seulement 5 présentent un INR dans des valeurs thérapeutiques. 98.5% des patients affirment l'importance et le besoin de recevoir une éducation thérapeutique. Les patients concernés par un incident hémorragique sont au nombre de 19 (13.6%) alors que 3 patients signalent la survenue d'un événement thromboembolique. 26% des patients affirment avoir déjà manqué une dose. A la suite des réponses au questionnaire, les patients ont été classés en deux groupes : le groupe ayant des connaissances suffisantes et le groupe ayant des connaissances insuffisantes. Il y a une différence significative dans les résultats selon le niveau d'éducation scolaire des patients. Les auteurs mentionnent également que dans le groupe avec des connaissances jugées comme suffisantes, le temps passé dans la zone

thérapeutique est meilleur. D'une manière générale, 51 patients sur 140 connaissent les interactions médicamenteuses. 59 patients sur 140 savent les conséquences et comment gérer une dose manquée. 62 patients sur 140 savent quel professionnel de la santé avertir à propos du traitement. 86 patients sur 140 savent quand et comment demander de l'aide d'urgence. 86 patients sur 140 connaissent les recommandations relatives à l'alimentation. 92 patients sur 140 comprennent l'INR et son interprétation et pour terminer, 70 patients sur 140 connaissent l'action de la warfarine. Les connaissances les plus lacunaires dans les deux groupes sont les mêmes. Elles portent principalement sur les conséquences et la réaction à adopter lors d'une dose manquée étant donné qu'uniquement 59 patients sur 140 ont donné la bonne réponse. Uniquement 51 patients sur 140 présentent des connaissances suffisantes sur les interactions médicamenteuses.

Nurit, Bella, Gila et Revital (2009) évaluent les connaissances de 251 patients à l'aide d'un questionnaire complété par une infirmière lors de l'éducation thérapeutique. Les résultats démontrent que 98% des patients connaissent l'indication du traitement, 97% des patients savent comment faire pour arrêter la médication, 91% savent comment gérer un oubli de prise, 89% connaissent les spécificités par rapport au dosage, 88% connaissent l'importance du moment de la prise et 85% savent l'importance d'un suivi médical. Plus de la moitié (62%) démontre les connaissances satisfaisantes par rapport aux situations demandant de recourir à une aide médicale immédiate. Par contre, uniquement 39% des patients ont acquis des connaissances relatives aux recommandations alimentaires.

Barcellona, Contu et Marongiu (2002) évaluent les comportements et connaissances de 219 patients à l'aide d'un questionnaire. Les auteurs se basent également sur l'impact des valeurs de l'INR. Le temps passé dans les normes varie en fonction des réponses données par les patients aux questions. Concernant les oublis de prise du traitement, les patients répondant qu'ils n'oubliaient jamais ont un meilleur temps en zone thérapeutique que les patients répondant parfois (91 % contre 75 % du temps, statistiquement significatif : $p < 0.01$). Au sujet de l'alimentation, les personnes ayant répondu qu'elles ne mangeaient jamais de légumes ont un meilleur pourcentage de temps passé en zone thérapeutique que les personnes ayant répondu parfois (92 % contre 86 % du temps passé en zone thérapeutique, $p = 0.04$). Une différence du temps passé en zone thérapeutique est également significative chez les patients ayant répondu juste et faux à la question sur les raisons de la prise du traitement (90% contre 84%, $p =$

0.05). Des différences sont présentes et statistiquement significatives en fonction des genres. En effet, le temps passé en zone thérapeutique chez les femmes dépend de la consommation de légumes (92% contre 74%, $p = 0.02$), la prise d'autres médicaments (91% contre 72%, $p = 0.02$) et des maladies (92% contre 76%, $p = 0.04$).

Pernod et al. (2008), Blaise et al. (2009) et Léger et al. (2004) basent leur stratégie d'éducation thérapeutique sur le même programme structuré nommé Educ'AVK. Il consiste en une séance d'éducation thérapeutique individuelle de 30 à 45 minutes. L'éducation thérapeutique doit tenir compte des caractéristiques du patient et de ses besoins.

Pernod et al. (2008) évaluent chez 302 patients la récurrence de complications hémorragiques et thrombotiques 3 mois après l'intervention lors d'un entretien téléphonique. Au même moment, les infirmières ont également évalué les connaissances des participants à l'aide d'un questionnaire. Au sujet des complications hémorragiques, 15 événements ont été recensés (5%) durant les trois mois suivant l'intervention d'éducation dont deux étaient considérés comme majeurs. Trois hémorragies (1.9%) se sont produites auprès des individus du groupe expérimental contre 12 pour le groupe contrôle (8.5%). Concernant les complications thrombotiques, sept récurrences ont été dénombrées, dont deux se rapportaient au groupe expérimental (1.2%) et cinq au groupe contrôle (3.5%). Deux embolies pulmonaires ont été rapportées par le groupe contrôle. Au final, les complications hémorragiques et thrombotiques ont été observées 20 fois (6.6%), soit cinq fois pour le groupe expérimental (3.1%) contre 15 pour le groupe contrôle (10.6%). Le risque de diminution est statistiquement significatif ($p < 0.01$). Une amélioration au niveau des connaissances est plus importante dans le groupe expérimental (13.9/20) que dans le groupe contrôle (12.4/20). Les patients de moins de 70 ans ont un taux de bonnes réponses (14.3/20) plus élevées que les personnes de plus de 70 ans (11.2/20).

Blaise et al. (2009) évaluent la qualité de l'éducation thérapeutique auprès de 100 patients en recensant dans la population éduquée la survenue d'incident hémorragique. Les résultats démontrent que 12% des patients ont fait l'expérience de saignements pendant la durée du traitement AVK. Les auteurs mentionnent que 25% des saignements sont considérés comme importants, engendrant dans la totalité des cas une hospitalisation. Les saignements importants concernent donc 3,1% des patients ayant

bénéficié de l'éducation thérapeutique. Les 75% restant impliquent des incidents hémorragiques mineurs. Les auteurs mentionnent également l'incidence d'évènements thromboemboliques auprès de 1.03% des patients éduqués.

Léger et al. (2004) évaluent la qualité de l'éducation thérapeutique auprès de 59 patients trois mois après l'hospitalisation en utilisant comme stratégie un entretien téléphonique. Les résultats sont analysés en effectuant une comparaison entre le groupe expérimental (intervention basée sur le programme Educ'AVK) et le groupe témoin (intervention basée sur la pratique « usuelle »). Les résultats démontrent une amélioration significative du niveau d'éducation dans le groupe expérimental sur le plan des connaissances générales (INR, effets secondaires, interactions médicamenteuses). Les résultats sont également meilleurs concernant les connaissances relatives à l'interprétation des résultats de l'INR et les compétences de gestion du traitement. 86% du groupe expérimental contre 40% du groupe témoin démontre des capacités adéquates dans la gestion d'un oubli. 4% des patients du groupe ayant subi l'intervention contre 40% des patients du groupe témoin ne pense pas à informer des professionnels de la santé (médecin, infirmier) qu'ils sont sous AVK. 96% des patients du groupe expérimental contre 73% des patients du groupe témoin avertissent un médecin en cas d'incidents hémorragiques mineurs. Concernant la survenue d'incidents hémorragiques trois mois après l'éducation thérapeutique, les événements insignifiants et mineurs concernent 17.2 % des patients dans le groupe expérimental contre 29.9 % dans le groupe témoin. Le groupe témoin est également concerné par 3.3 % d'incidents hémorragiques majeurs alors que 0 % du groupe expérimental est concerné. Les résultats ne démontrent aucune survenue d'incidents mortels. Le groupe expérimental est stable dans les résultats de l'INR 90% du temps contre 71% du temps pour le groupe contrôle.

4.5.2. Stratégies d'éducation thérapeutique collectives sous forme de classe

L'éducation thérapeutique collective, notamment sous forme de classe, concerne quatre recherches. L'évaluation est réalisée à l'aide d'un questionnaire pour la totalité des quatre recherches. Une recherche utilise également les résultats de l'INR comme moyen d'évaluation.

Eickhoff et al. (2004) proposent une stratégie d'éducation thérapeutique sous forme de classe. La stratégie est évaluée à l'aide d'un questionnaire portant sur l'autoévaluation

des capacités des patients ainsi que sur leur satisfaction. Les résultats démontrent qu'après la classe les patients estiment : être peu anxieux face au traitement, avoir de bonnes connaissances par rapport aux recommandations alimentaires, être capable de gérer le traitement, être capable de demander de l'aide, être satisfait de la stratégie d'éducation et considèrent comme important de suivre les recommandations.

Saligari et al. (2003) utilisent la stratégie d'éducation sous forme de deux classes successives. La stratégie est évaluée à l'aide d'un questionnaire portant sur les connaissances des patients 6 mois avant et 6 mois après la classe. Les résultats démontrent une amélioration concernant les connaissances par rapport à l'indication du traitement, ses buts, son mécanisme d'action et les composantes de l'INR. Par contre, plus de 50% des patients ne savent toujours pas les conséquences d'un surdosage ou d'un sous-dosage. Uniquement 11% des réponses aux questions portant sur les risques hémorragiques sont correctes. Les chercheurs mentionnent que peu d'informations sont oubliées avec le temps. Les résultats de l'INR réalisés 6 mois avant et après l'intervention sont également utilisés par les auteurs de cette étude. Le temps moyen passé en zone thérapeutique passe de 49% avant l'éducation à 65% après l'éducation.

Singla, Jasser et Wilson (2003) effectuent également une stratégie d'éducation thérapeutique sous forme de classe. La stratégie est évaluée à l'aide d'un questionnaire portant sur l'autoévaluation des connaissances avant et après la classe. Les résultats démontrent que les patients affirment : mieux comprendre les indications du traitement, mieux comprendre le test INR, mieux comprendre les effets des antivitamines K et encore mieux connaître les manifestations d'un incident hémorragique.

4.5.3. Stratégie d'éducation thérapeutique individuelle et collective

Barcellona, Contu et Marongiu (2006) réalisent une classe d'éducation thérapeutique et une éducation individuelle à la suite d'une éducation thérapeutique déjà existante sous la forme d'un entretien. L'éducation en classe consiste à donner les bonnes réponses au questionnaire rempli préalablement par les patients. Tandis que l'éducation individuelle consiste à distribuer une brochure contenant les bonnes réponses au questionnaire complété auparavant par les patients. Le but est d'évaluer si les connaissances des patients peuvent être renforcées avec une démarche en deux temps. Le contenu abordé est basé sur un questionnaire distribué préalablement aux patients. Le questionnaire porte sur des connaissances d'ordre général à propos des AVK. Les résultats ne

démontrent pas d'améliorations significatives sur le temps passé en zone thérapeutique par rapport à l'utilisation d'une classe d'éducation thérapeutique en seconde intention.

5. Discussion

La synthèse des principaux résultats ayant déjà été présentée dans le chapitre précédent, la discussion porte directement sur les limites et la critique méthodologique des recherches sélectionnées et analysées. Ensuite, les résultats sont interprétés en lien avec le cadre de référence, les concepts choisis ainsi que d'autres recherches. Ce chapitre fait également l'objet d'une tentative de réponse à la question de recherche et de son implication pour la pratique. Pour terminer, la revue de littérature réalisée est critiquée et les limites sont mentionnées.

5.1. Limites des recherches et critiques méthodologiques des études

La plupart des auteurs mettent en évidence des limites aux études réalisées. Dans ce chapitre, ces dernières seront commentées et critiquées par les auteurs de cette revue de littérature de manière synthétique, sans différenciation des stratégies d'éducation ou de leurs évaluations. Les limites spécifiques à chaque étude sont mentionnées en annexe¹¹.

D'une manière générale, la méthodologie des études présente parfois certaines faiblesses. Les auteurs de cette revue de littérature pensent qu'il est important de relever ces faiblesses, car elles sont susceptibles d'avoir une influence non négligeable sur l'interprétation des résultats, leur généralisation ainsi que leur implication pour la pratique. Premièrement, l'échantillon est parfois restreint et l'écart-type par rapport à la moyenne d'âge des participants apparaît comme important. Un petit échantillon rend difficile la transférabilité des résultats à la population générale concernée par la gestion d'un traitement AVK. De plus, certains auteurs ne différencient pas les patients nouvellement sous AVK des patients déjà sous AVK. Inclure dans une même étude ces deux types de patients influence les résultats, car l'hypothèse suivante peut être émise : les patients déjà sous AVK disposent à la base de connaissances plus étoffées que les autres.

Deuxièmement, certaines stratégies d'éducation thérapeutique ne sont que brièvement exposées dans les études. Ne pas connaître dans les détails les stratégies d'éducation thérapeutique de certaines études rend difficile la comparaison des résultats dans cette

¹¹ Cf. Annexe J : Limites méthodologiques des articles

revue de littérature et n'apporte que peu de pistes d'actions aux professionnels de la santé souhaitant mettre en place une démarche d'éducation thérapeutique de qualité basée sur des résultats probants. D'autre part, les moyens et les critères d'évaluation sont également critiquables. Par exemple, les outils d'évaluation (questionnaires) ne sont pas standardisés et ne font pas toujours l'objet d'une validation scientifique. Pour généraliser les résultats et pouvoir affirmer qu'une stratégie d'éducation thérapeutique est plus pertinente qu'une autre, il serait judicieux d'utiliser le même moyen d'évaluation ayant fait l'objet d'une validation scientifique. Il est également possible de questionner la pertinence des moyens d'évaluation, car il s'agit parfois d'une évaluation de la satisfaction des patients. La satisfaction des patients est un critère subjectif qui permet d'affirmer l'acceptation possible d'une stratégie, mais pas réellement son efficacité. Par ailleurs, certains questionnaires sont construits de manière à ce que les patients auto-évaluent leurs connaissances. L'auto-évaluation est également un critère relativement subjectif. En effet, les patients sont susceptibles de se sur- ou de se sous-évaluer, influençant ainsi la validité des résultats. D'autres aspects importants sont notamment le manque d'évaluation avant l'intervention et sur le long terme. Ne pas faire d'évaluation avant une intervention, mais uniquement après amène des informations relatives au niveau de connaissances des patients, mais pas réellement au sujet des progrès réalisés par ces derniers. En outre, évaluer l'intervention à court terme implique de ne pas prendre en considération la perte d'informations dans le temps. De plus, le manque de groupe contrôle dans certaines études démontre une faiblesse méthodologique, car il n'est pas possible de rendre objectivable si une intervention a un effet réel sur une population par rapport à une population qui ne subirait pas l'intervention. Pour terminer, la plupart des études évaluent les connaissances des patients, alors que l'éducation thérapeutique vise l'acquisition de compétences. Dès lors, les auteurs de ce travail se questionnent sur la pertinence de cette évaluation. Les compétences visent une gestion adéquate du traitement (savoir-faire) et les connaissances (savoir) ne suffiraient pas à elles seules pour affirmer que l'éducation thérapeutique a prodigué l'effet désiré quant à la gestion adéquate du traitement médicamenteux. Il serait donc judicieux d'intégrer ces deux aspects aux modalités d'évaluation.

D'une manière globale, les études présentent presque toutes une démarche rigoureuse au niveau méthodologique en incluant les étapes nécessaires à la réalisation d'une recherche lors de la rédaction des articles.

5.2. Liens entre les résultats, les concepts et la question de recherche

Stager et al. (2009) ont mis en évidence que l'utilisation des AVK implique de nombreuses recommandations avec pour conséquence la nécessité de l'intégration d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient. La totalité des recherches analysées va dans ce sens en intégrant toute un programme d'éducation thérapeutique structuré ou usuel. Les recherches scientifiques trouvées ne tentent donc pas d'argumenter si l'éducation thérapeutique du patient est nécessaire, mais plutôt d'identifier son efficacité dans l'objectif de la rendre plus performante.

Pouyane et al. (2000, cités par Stager et al., 2009) affirment que parmi les 17'000 hospitalisations consécutives aux complications des AVK, la moitié serait évitable. Héral, Hourdier et Tessier (2006) rajoutent que le but de l'éducation thérapeutique est de permettre un traitement efficace et l'évitement des complications hémorragiques. Les résultats des recherches vont dans cette direction puisqu'ils démontrent que l'éducation thérapeutique diminue le risque de complications hémorragiques et thromboemboliques (Pernod et al., 2008 ; Léger et al., 2004). Toutefois, il est surprenant de constater que malgré une baisse de ces complications, leur incidence est toujours relativement présente dans la population. Selon Blaise et al. (2009), l'incidence s'élève après l'éducation thérapeutique toujours à 12% pour les hémorragies importantes et mineures ainsi qu'à 1,03% pour les événements thromboemboliques. L'éducation thérapeutique visant à réduire les risques de complication thromboemboliques et hémorragiques s'inscrit sous cet aspect véritablement dans le concept de prévention de la maladie défini par l'OMS (1999) et par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (2001).

D'Ivernois et Gagnayre (2001) développent en lien avec le concept de l'éducation thérapeutique que la finalité de cette intervention est de faire acquérir aux patients des compétences dans la gestion du traitement. Cet aspect d'acquérir des compétences, rejoint le concept de promotion de la santé développée dans la Charte d'Ottawa élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1986. Stager et al. (2009) expliquent que l'acquisition de compétences par le patient nécessite l'acquisition de connaissances et l'acquisition de nouveaux comportements. Dans les 15 recherches incluses dans ce travail, 12 portent sur l'acquisition de connaissances par le patient. Toutefois, l'évaluation des connaissances des patients n'est pas toujours évaluée de la même

manière et les résultats sont variables. Par exemple, pour les stratégies d'éducation thérapeutique individuelles sous forme écrite et verbale, le taux de bonnes réponses aux questionnaires portant sur les connaissances des AVK auprès des groupes ayant bénéficié d'une intervention varie. En effet, Turc-Dessertine (2005) parvient à environ 50% de bonnes réponses. Pernod et al. (2008) parviennent à 13.9/20. Macfee Winans, Rudd et Thriller (2010) parviennent à un taux de 74% de bonnes réponses.

Par rapport à la gestion d'un oubli de traitement, Nurit, Bella, Gila et Revital (2009) démontrent que 91% des patients sont capables de gérer cette composante. Le taux s'élève à 86% chez Léger et al. (2004), ainsi qu'à 65% chez Khudair et Hanssens (2010). Cependant, il est d'uniquement 43% chez Janoly-Duménil et al. (2011). Le taux de bonnes réponses varie à propos des recommandations alimentaires. Turc-Dessertine (2005) affirme que 85% des patients connaissent les recommandations alimentaires, Nurit, Bella, Gila et Revital (2009) arrivent à un taux de 39% de patients connaissant les recommandations alimentaires. Chez Khudair et Hanssens (2010), ce taux s'élève à 61,4%. D'autres résultats présentent également des écarts importants. Par exemple, chez Nurit, Bella, Gila et Revital (2009), 62% savent quand demander une aide immédiate alors que chez Léger et al. (2004) ce taux s'élève à 96%.

Malgré la démonstration d'une amélioration du niveau de connaissances des patients dans toutes les études, les résultats sont difficilement généralisables. Il est difficile d'argumenter si une intervention est plus efficace qu'une autre pour les raisons suivantes :

- Les stratégies d'éducation thérapeutique ne sont jamais totalement identiques
- Les éléments évalués ne sont jamais totalement semblables selon les études
- Les caractéristiques des participants varient selon les études
- Les études comportent certaines faiblesses méthodologiques influençant les résultats

Deccache et Meremans (2000, cités par Inserm, 2001) classifient l'éducation à la santé en quatre types¹². L'éducation thérapeutique exposée dans les recherches analysées s'inscrit dans une démarche plutôt de type un et trois c'est-à-dire une approche biomédicale basée sur l'enseignement et l'apprentissage de savoirs médicaux. Aucune des études sélectionnées n'axe véritablement une stratégie d'éducation thérapeutique de

¹² Cf. Figure 1 p. 16

types deux et quatre c'est-à-dire sur une approche biopsychosociale intégrant « l'enseignement de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale » et « l'apprentissage de savoirs de santé à la fois physique, mentale et sociale » (Deccache et Meremans, 2000, cités par Inserm, 2001, p. 30). Une approche d'éducation thérapeutique incluant les quatre types d'éducation à la santé pourrait hypothétiquement démontrer de meilleurs résultats.

Un autre aspect intéressant à relever des études analysées est la manière d'évaluer la qualité de l'éducation thérapeutique. En effet, cette évaluation porte principalement sur les connaissances des patients, les incidents hémorragiques et thromboemboliques ainsi que sur les résultats de l'INR. Ces moyens d'évaluation découlent probablement du fait que les recherches sont de nature quantitative. Toutefois, lors du développement du concept d'éducation thérapeutique, les critères d'une éducation thérapeutique de qualité ont été exposés selon la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007). Même si certaines recherches tiennent compte de certains de ces critères de qualité dans la réalisation de l'éducation thérapeutique, ils ne sont pas utilisés dans une optique d'évaluation.

La question de recherche formulée, « quelles sont les stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes en milieu hospitalier et extra-hospitalier en vue d'une gestion adéquate d'un traitement AVK au long cours par les patients adultes et âgés ? » comporte l'aspect de « la gestion adéquate » du traitement. Cet élément est étroitement lié aux concepts de la promotion de la santé et de la prévention de maladie. En effet, les recherches analysées démontrent qu'une gestion adéquate du traitement par le patient va limiter les complications et favorise le maintien de l'état de santé. Pour parvenir à une gestion adéquate du traitement, le patient doit pouvoir acquérir des connaissances et des compétences au moyen d'une éducation thérapeutique (D'Ivernois et Gagnayre, 2011). Ces propos sont appuyés par Héral, Hourdier et Tessier (2006) affirment que l'éducation thérapeutique vise une bonne efficacité du traitement et l'évitement de complications. Identifier des stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes semble être une nécessité étant donné que l'Ordre National des Infirmiers (ONI, 2010) soulève que l'éducation thérapeutique du patient « reste mal connue, le contenu des pratiques étant peu étudié par la recherche en soins » (p. 3) alors que d'après le Conseil International des Infirmières (CII, 2010), la promotion de la santé, la prévention de la maladie et l'éducation thérapeutique du patient font partie des rôles essentiels relevant du personnel infirmier.

5.3. Réponse à la question de recherche et implication pour la pratique

En lien avec les résultats des recherches analysées ainsi que le cadre de références et les concepts développés, ce chapitre répond à la question de recherche suivante « quelles sont les stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes en milieu hospitalier et extra-hospitalier en vue d'une gestion adéquate d'un traitement AVK au long cours par les patients adultes et âgés ? »

Les stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes sont les suivantes :

- L'éducation thérapeutique individuelle sous forme écrite, verbale et de questionnaire
- L'éducation thérapeutique individuelle incluant des supports numériques (iPod™, vidéos)
- L'éducation thérapeutique collective sous forme de classe

Les stratégies d'éducation thérapeutique ne démontrant pas de résultats concluants sont les suivantes :

- L'éducation thérapeutique qui aborde le même contenu en deux temps, par exemple faire une classe d'éducation thérapeutique après un enseignement usuel
- L'éducation thérapeutique dite « usuelle », c'est-à-dire non basée sur un programme structuré

Les éléments n'ayant pas d'impact sur l'efficacité de l'éducation thérapeutique sont les suivants :

- Inclure dans une vidéo uniquement des preuves narratives (anecdotes) plutôt que de combiner des preuves narratives et statistiques
- Le type d'intervenant dispensant l'éducation thérapeutique (infirmière, pharmacien, médecin). Toutefois, deux études démontrent que les patients préfèrent plutôt le médecin, résultat probablement en lien avec le contexte culturel (Qatar et Israël)
- Le milieu de soins (hospitalier et extrahospitalier) pour autant que la charge de travail permette d'accorder à l'éducation thérapeutique la même importance

Selon les résultats des recherches analysées et la littérature, les implications pour la pratique professionnelle sont les suivantes :

- L'éducation thérapeutique du patient fait partie du rôle propre de l'infirmière (CII, 2010 et ONI, 2010)
- L'éducation thérapeutique du patient est «une nécessité épidémiologique, thérapeutique, économique, mais également éthique» (D'Ivernois et Gagnayre, 2011, p. 2)
- Le but de l'éducation thérapeutique est «de donner au patient tous les moyens cognitifs et techniques d'une gestion de sa maladie (D'Ivernois et Gagnayre, 2011, p. 2)
- L'éducation thérapeutique du patient a un effet sur la réduction des complications de la maladie (Léger et al., 2004 et Pernod et al., 2008)
- L'éducation thérapeutique du patient devrait répondre à des critères de qualité (HAS, 2007)
- L'éducation thérapeutique du patient devrait être basée sur un programme structuré comprenant plusieurs étapes (HAS, ibid.)
- L'éducation thérapeutique du patient demande des compétences spécifiques à l'infirmière (Université de Genève, 2013)
- L'éducation thérapeutique du patient demande des compétences spécifiques aux patients (D'Ivernois et Gagnayre, 2001)

Les implications pour la pratique ne peuvent toutefois pas faire l'impasse de la réalité du terrain de l'activité des pratiques soignantes. En effet, l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE, 2011) indique que la durée des séjours d'hospitalisation a diminué de manière importante en Suisse entre 2000 et 2009. Elle est passée de 13,7 jours à 9,7 jours pour tous les services confondus. Dans un contexte où les durées d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, le temps à disposition pour l'éducation thérapeutique se trouve de plus en plus limité. Les soignants sont donc confrontés à fournir une éducation dans un laps de temps restreint. Ces affirmations amènent les auteurs à se questionner quant à la place que prendra l'éducation thérapeutique du patient dans le futur. En effet, pour être de qualité, cette dernière demande du temps, de l'investissement et un certain niveau de compétences. Toutefois, appréhender l'éducation thérapeutique davantage en lien avec son effet bénéfique pour le patient et le système de santé, plutôt qu'en termes de charge de travail supplémentaire

pourrait améliorer son efficacité et engendrer une réduction du nombre de réhospitalisations tout en diminuant les coûts de la santé. Accorder plus d'importance à l'éducation thérapeutique du patient revient également à valoriser le rôle autonome de l'infirmière. Dès lors, il est également possible de supposer que l'éducation thérapeutique ne dépend pas uniquement de la volonté du personnel soignant, mais également de l'engagement de l'institution et des contraintes institutionnelles.

5.4. Implication pour la recherche

Un questionnement émerge des résultats exposés par les études analysées vis-à-vis de l'efficacité de l'éducation thérapeutique. En effet, elles mentionnent toutes que les stratégies d'éducation thérapeutique démontrent de « bons résultats ». Toutefois, certaines études (Turc-Dessertine, 2005 et Pernod et al., 2008) mentionnent par exemple un total de bonnes réponses avoisinant les 50%. Dès lors, en connaissant les risques d'incidents hémorragiques et thromboemboliques susceptibles d'être engendrés par les AVK, peut-on affirmer que les stratégies d'éducation thérapeutique décrites comme efficaces donnent réellement de bons résultats ? De plus, les stratégies d'éducation thérapeutique sont variées, comprenant chacune une démarche spécifique et un moyen d'évaluation ne portant parfois pas sur les mêmes éléments. Ce fait induit de nombreuses variables rendant la généralisation des résultats difficile. Certains aspects méthodologiques comme le fait que certaines études ne décrivent pas clairement la stratégie d'éducation thérapeutique effectuée ou alors qu'elles ne possèdent pas de groupe contrôle et n'évaluent pas l'intervention avant, mais seulement après rendent également difficile d'émettre des conclusions. Dès lors, il est compliqué d'affirmer qu'une stratégie d'éducation thérapeutique est plus performante qu'une autre. De plus, les études n'abordent jamais le questionnement de savoir si une stratégie d'éducation thérapeutique est d'une manière globale, suffisamment performante.

La qualité, la quantité et le contenu des articles trouvés sur la thématique suscitent d'autres propositions de recherches disposant notamment d'une méthodologie qui rendrait peut-être possible la comparaison des résultats et d'en tirer des conclusions fiables et généralisables. Une proposition de recherche émerge à la suite de ce travail :

- Inclusion d'un échantillon de grande ampleur avec certaines caractéristiques semblables (par exemple, patients nouvellement sous AVK, n'ayant pas encore bénéficié d'une éducation thérapeutique)

- Évaluation des connaissances actuelles avec un instrument de mesure scientifiquement validé (par exemple le test OAK)
- Randomisation en plusieurs groupes (expérimental et contrôle) en fonction de divers types d'interventions (individuelle, collective), proposition d'un devis de type essai randomisé contrôlé
- Réalisation de l'intervention en tenant compte des critères de qualité de l'éducation thérapeutique et des quatre étapes de l'éducation thérapeutique (Haute Autorité de Santé, 2007)
- Nouvelle évaluation des connaissances avec un instrument de mesure scientifiquement validé directement après l'intervention, mais également dans le temps (par exemple le test OAK). Evaluer également la survenue des incidents hémorragiques et thromboemboliques ainsi que des résultats des tests INR (temps passé en zone thérapeutique)
- Mise en évidence des résultats obtenus en fonction de la stratégie d'éducation thérapeutique et comparer les stratégies entre elles
- Officialisation et proposition aux institutions d'un programme structuré ayant démontré des résultats probants

Une autre proposition de thématique de recherche émerge également du fait que dans la totalité des études, les patients âgés souffrant de troubles cognitifs sont exclus des recherches. Alors que la moyenne d'âge des patients sous AVK est de 72,5 ans (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 2012a), investiguer l'éducation thérapeutique et les aspects de la gestion d'un traitement AVK dans une population âgée susceptible de présenter plus de comorbidités, d'être en perte d'autonomie et d'être limitée dans ses capacités d'apprentissage pourrait être intéressant pour la science infirmière.

5.5. Critique du travail de Bachelor

Cette revue systématique de littérature étoffée comporte plusieurs limites, notamment en raison du niveau de formation et d'expérience des auteurs. En effet, ce travail réalisé par deux étudiants constitue une première expérience de la recherche. En conséquence, l'utilisation des moteurs de recherche étant nouvelle, certaines méconnaissances sont susceptibles d'avoir provoqué, indépendamment de toute volonté, l'exclusion de certains articles pertinents en lien avec la question de recherche. De plus, le niveau

d'anglais des auteurs étant limité, certaines subtilités des recherches écrites en anglais sont susceptibles d'avoir échappé à leur compréhension ainsi qu'à leur attention. La rigueur méthodologique de la revue systématique de littérature étoffée a été respectée dans la mesure du possible pour ce travail.

Pour terminer, les exigences de ce travail de Bachelor impliquent de trouver et d'analyser uniquement 15 recherches d'articles scientifiques. Ces derniers ne sont donc pas représentatifs de la totalité de la littérature scientifique par rapport à cette thématique.

Conclusion

Cette revue systématique de littérature a permis l'approfondissement d'une thématique confrontant les auteurs à leur pratique professionnelle d'étudiants en soins infirmiers. La réalisation de ce travail a fait prendre conscience aux auteurs que l'éducation thérapeutique est un processus complexe, influencé par de multiples variables, ainsi que d'une nécessité capitale dans la prise en charge du patient. La conscientisation de ces éléments a véritablement sensibilisé et modifié la perception des auteurs vis-à-vis du rôle infirmier à cet égard. La réalisation de ce travail engendre une véritable motivation de la part des auteurs à vouloir mettre en pratique les connaissances acquises dans leur vie professionnelle future.

Cette initiation à la recherche a également fourni aux auteurs des outils qui leur permettront d'élargir leurs connaissances et de s'appuyer sur des savoirs scientifiques tout au long de leur carrière professionnelle.

Les réponses à la question de recherche ont permis d'identifier des stratégies d'éducation thérapeutique pertinentes et de mettre non seulement en évidence leurs implications pour la pratique, mais également leurs limites. Toutefois, les résultats obtenus engendrent une certaine frustration chez les auteurs. En effet, les attentes de réponses à la question de recherche n'ont pas été totalement satisfaites. Les auteurs s'attendaient à des résultats plus centrés sur les comportements et les attitudes des infirmières permettant une éducation thérapeutique de qualité. Aborder cet axe aurait peut-être nécessité la formulation d'une question de recherche relative à l'éducation thérapeutique de manière moins spécifique à une thématique et plus centrée sur le domaine de la pédagogie.

Bibliographie

Bibliographie des articles de recherche

- Barcellona, D., Contu, P. et Marongiu, F. (2006). A « two-step » educational approach for patients taking oral anticoagulants does not improve therapy control. *Journal of thrombosis and thrombolysis*. 22 (3), 185-190. doi : 10.1007/s11239-006-9027-2
- Barcellona, D., Contu, P. et Marongiu, F. (2002). Patient education and oral anticoagulant therapy. *Haematologica*. 87 (10), 1081-1086.
- Blaise, S., Satger, B., Fontaine, M., Yver, J., Rastel, D., Toffin, L., Seinturier, C., Ramos, M., Bosson, J. L., Pernod, G., et GRANTED. (2009). Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les traitements anticoagulants oraux : expérience du réseau Ville-Hôpital GRANTED du secteur Sud-Isère. *Journal des maladies vasculaires*. 34 (5), 346-353. doi : 10.1016/j.jmv.2009.07.088
- Denizard-Thompson, N. R., Singh, S., Stevens, S. R., Miller, D. P. et Wofford, J. L. (2012). iPod™ technology for teaching patients about anticoagulation: a pilot study of mobile computer-assisted patient education. *Primary health care research and development*. 13 (1), 42-47. doi: 10.1017/S146342361100034X
- Eickhoff, J. S., Wangen, T. M., Notch, K. B., Ferguson T. J. Nickel, T. W. Schafer, A. R. et Bush D. L. (2010). Creating an anticoagulant patient education class. *Journal of vascular nursing*. 28 (4), 132-135. doi : 10.1016/j.jvn.2010.08.002.
- Janoly-Duménil, A., Bourne, C., Loiseau, K., Luanté, J., Sancho, P.O., Ciancia, F., Caillet, F., Boisson, D., Rioufol, C., Plauchu, M.M., Rode, G. et Jacquin-Courtois, S. (2011). Oral anticoagulant treatment – Evaluating the knowledge of patients admitted in physical medicine and rehabilitation units. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54 (3), 172-180
- Khudair, I. F. et Hanssens, Y. I. (2010). Evaluation of patients' knowledge on warfarin in outpatient anticoagulation clinics in a teaching hospital in Qatar. *Saudi medical journal*. 31 (6), 672-677.
- Léger, S., Allenet, B., Pichot, O., Figari, G., Calop, J., Carpentier, P. et Bosson, J. L. (2004). Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de

- prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse. *Journal des maladies Vasculaires*, 29 (3), 152-158. doi : JMV-07-2004-29-3-0398-0499-101019-ART6
- Macfee Winans, A. R., Rudd, K. M. et Thriller, D. (2010). Assessing anticoagulation knowledge in patients new to warfarin therapy. *The Annals of pharmacotherapy*. 44 (7-8), 1152-1157. doi: 10.1345/aph.1P092
- Mazor, K. M., Baril, J., Dugan, E., Spencer, F., Burgwinkle, P. et Gurwitz, J. H. (2007). Patient education about anticoagulant medication: is narrative evidence or statistical evidence more effective? *Patient education and counseling*. 69 (1-3), 145-157. doi : 10.1016/j.pec.2007.08.010
- Nurit, P., Bella, B. C., Gila, E. et Revital, Z. (2009). Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Journal of clinical nursing*. 18 (17), 2530-2536. doi : 10.1111/j.1365-2702.2009.02844.x
- Pernod G., Labarère J., Yver J., Satger B., Allenet B., Berremili T., Fontaine M., Franco G. et Bosson J.-L. (2008). EDUC'AVK: reduction of oral anticoagulant-related adverse events after patient education: a prospective multicenter open randomized study. *Journal of general internal medicine*. 23 (9), 1441-1446. doi : 10.1007/s11606-008-0690-1
- Saligari, E., Belle, L., Berry, M., Gonod, V., Poiré, A., Picard, E., Vialle, E. et Desjoyaux, E. (2003). Évaluation d'un programme d'éducation des patients sous antivitamine K. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*. 52 (5), 297-301.
- Singla, D. L., Jasser, D. et Wilson, R. (2003). Effects of group education on patient satisfaction, knowledge gained, and cost-efficiency in an anticoagulation center. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 43 (2), 264-266.
- Turc-Dessertine, C. (2005) Evaluation of the therapeutic education of patients using anti-vitamins K drugs in a cardiology/intensive care unit. *Recherche en soins infirmiers*. (80), 59-75.

Bibliographie générale

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. (2012a). *Point d'information. Les nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran et rivaroxaban) dans la fibrillation auriculaire : ce qu'il faut savoir*. [Page WEB]. Accès : http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/f9403ce137ac4edc80960924401fb716.pdf [Page consultée le 30 mai 2013].
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. (2012b). *Vous et votre traitement anticoagulant par AVK (antivitamine K)*. [Page WEB]. Accès : <http://www.automesure.com/library/pdf/carnet-avk.pdf> [Page consultée le 2 juin 2013].
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2012a). *Rapport thématique. Les anticoagulants en France en 2012 : État des lieux et surveillance*. France : Cavalié, P., Grené, N., Falip, E., Hay, B., Hueber, S., Miranda, S., Tricotel, A. et Veyries M. L.
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2012b). *Rapport. Bon usage des médicaments antivitamine K (AVK)*. France : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
- Association Suisse des Infirmières. (2011). *Les soins infirmiers en Suisse perspectives 2020*. Berne : Association Suisse des Infirmières.
- Boehlen, F. (s.d.). *Traitements anticoagulants; aspects pratiques*. Hôpitaux Universitaires Genevois : Service d'Angiologie-Hématologie.
- Centre de référence des maladies vasculaires du foie. (2007). *Les anticoagulants*. [Page WEB]. Accès : http://www.amvf.asso.fr/uploads/pdf/les_anticoagulants.pdf [Page consultée le 16 juin 2013].
- Charte d'Ottawa. (1986). *Promotion de la santé*. [Page WEB]. Accès : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf [Page consulté le 2 mai 2013].

- Collignon, J. L. (2002). Colloques et Séminaires 22 et 23 mars 2001 Namur. Les différentes facettes de l'éducation du patient. *Education du patient et Enjeu de Santé*. 21 (1), 10-13.
- Compendium Suisse des Médicaments. (2013). *Information sur le médicament*. Sintrom®. [Page WEB]. Accès : <http://www.kompendium.ch/mproAIPS/sm/21693/fr> [Page consultée le 1er juin 2013].
- Conseil International des Infirmières. (2010). *Définition des soins infirmiers*. [Page WEB]. Accès : <http://www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing/> [Page consultée le 1^{er} juin 2013].
- D'Ivernois, J. F. et Gagnayre, R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*. Maloine : Paris.
- D'Ivernois, J. F. et Gagnayre, R. (2001). Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *Actualité et dossier en santé publique*. 36, 11-13.
- D'Ivernois, J. F. et Gagnayre, R. (2007). Proposition pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. *Actualité et dossier en santé publique*. 58, 57-61.
- Drouet, L., Fiessinger, J.N., Boneu, B. et Decousus, H. (2000). Mobilisation pour les antivitamines K. *Sang Thrombose Vaisseaux*. 6, 347-349.
- De Benedetti, E. (2013). *Anticoagulation et fibrillation auriculaire*. [Page WEB]. Accès : <http://www.edebenedetti.com/dr/pratique-medicale/informations-aux-patients/anticoagulation-et-fibrillation-auriculaire/> [Page consultée le 30 mai 2013].
- Eusébio, J., Reny, J. L., Fontana, P. et Nendaz, M. (2010). Maladie cardiovasculaires, antiagrégants, anticoagulants et risque hémorragique. *Revue Médicale Suisse*. 6, 1942-1950.
- Formarier, M. et Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : édition Mallet conseil.
- Handschin, C. et Meyer U. A. (2012). Pourquoi mon patient réagit-il différemment à ce médicament? Pharmacogénomique et médecine personnalisée dans la pratique. *Forum Médical Suisse*. 12 (22), 425-433.

- Haute Autorité de Santé. (2007). *Recommandations. Education thérapeutique du patient. Définition, finalité et organisation*. [Page WEB]. Accès : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf [Page consultée le 2 juin 2013].
- Héral, S., Hourdier, C. et Tessier, N. (2006). L'éducation du patient sous AVK, une prise en charge de qualité. *Soins*. 706, 38-40.
- Holbrook, A. N., Pereira, J. A., Labiris, R., MacDonald, H., Douketis, J. D., Crowther, M. et Wells P. H. (2005). Systematic overview of warfarin and its drug and food interactions. *Archives of Internal Medicine*. 165, 1095-1106. doi:10.1001/archinte.165.10.1095
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2001). *Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*. Paris : Arwindson, P., Bury, J. A., Choquet, M., De Peretti, C., Deccache, A., Moquet-Anger, M. L. et Paicheler, G.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2010a). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?*. Saint-Denis : Jourdan, D.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (2010b). *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux – 5es Journées de la prévention, Paris, 2-3 avril 2009*. Saint-Denis : Vincent, I., Loaëc, A. et Fournier, C.
- Loiselle, C.G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières*. Canada : Renouveau Pédagogique Inc.
- Nadot, N. (2010). *Soins infirmiers fondés sur les preuves scientifiques ou Evidence Based Nursing (EBN)*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de santé.
- Nadot, N. (s.d.). Synthèse narrative (*Narrative summary = Résumé récapitulatif narratif et synthèse thématique*). [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de santé.
- Nadot, N., Schorro, E. et Gasser, C. (2011). *Travail de bachelor : Guide concernant une revue de la littérature étoffée*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

- Ordre National des Infirmiers. (2010). *L'infirmier dans l'éducation thérapeutique : une mission à part entière au sein de l'équipe pluridisciplinaire pour répondre avec efficacité aux besoins des patients*. [Page WEB]. Accès : http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/position_education_therapeutique.pdf [Page consultée le 1er juin 2013].
- Organisation de coopération et de développement économique. (2011). *Panorama de la santé 2011: Les indicateurs de l'OCDE*. Durée moyenne de séjour à l'hôpital. [Page WEB]. Accès: http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-fr/04/05/index_ml;jsessionid=7k1m175j3bhb2.delta?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-33-fr&containerItemId=/content/serial/19991320&accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-fr&mimeType=text/html&site=fr [Page consultée le 16 juin 2013].
- Organisation Mondiale de la Santé (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Université de Sydney : Don Nutbeam.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). Maladies chroniques. [Page WEB]. Accès : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ [Page consultée le 18 juin 2013].
- Prisma. (2009). *Flow diagram*. [Page WEB]. Accès : <http://www.prisma-statement.org/2.1.4%20-%20PRISMA%20Flow%202009%20Diagram.pdf> [Page consultée le 11 juin 2013].
- Promotion Santé Suisse. (2006). *Renforcer la promotion de la santé et la prévention. Bases pour l'élaboration d'une stratégie en Suisse*. [Page WEB]. Accès : http://www.hepa.ch/internet/hepa/fr/home/dokumentation/dokumente_gesundheit_parsys.15586.downloadList.13303.DownloadFile.tmp/praeventionstaerkenfr.pdf [Page consultée le 22 juin 2013].
- Robert-Ebadi, H. et Boehlen F. (2008). Anticoagulation orale au long cours : indications et problèmes. *Revue Médicale Suisse*. 143, 343-349.
- Stager, B., Blaise, S., Fontaine, M., Yver, J., Allenet, B., Baudrant, M., Pernod, G. et Bosson, J. L. (2009). Education thérapeutique des patients traités par anticoagulants oraux antivitamines K. *La Presse Médicale*. 38, 1780-1787.

Université de Genève. (2013). *Formation continue. CAS – Education thérapeutique du patient*. [Page WEB]. Accès : <http://www.unige.ch/formcont/CEFEP.html> [Page consultée le 1er juin 2013].

Université de Montréal. (2010). *Bibliothèques des sciences de la santé*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bib.umontreal.ca/SA/caps7b.htm> [Page consultée le 30 mai 2013].

Annexes

Annexe 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.

Rachel Morandi et Valentin Fasel

Annexe B: La Charte d'Ottawa



EUROPE

PROMOTION DE LA SANTE

Charte d'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir

notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation -est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHÉ VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
 - lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
 - combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
 - reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
 - réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
 - reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.
- Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

Annexe C : Compétences du patient suite à une éducation

Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice	
Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
2. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement
3. Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe...
4. Faire face, décider...	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme...), décider dans l'urgence...
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress...)
6. Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, auto-contrôle glycémique, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer les gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls...). Pratiquer des gestes d'urgence
7. Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie
8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients...

(D'Ivernois, J. F. et Gagnayre, R. 2001)

Annexe D: Grilles de lecture critique d'un article

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données				

recherche	correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?				
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

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

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				

et mesures	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				

Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

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

Approche mixte

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair*	Eléments de l'article
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Question de R / Buts	-Question				
	-Buts de l'étude				

Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles)				
Présentation des	-Les résultats sont-ils présentés de				

résultats	manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				

Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

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

Annexe E : Grilles d'analyses simplifiées

<p>Références de l'article analysé :</p> <p>Turc Dessertine, C. (2005). Évaluation de l'éducation thérapeutique des patients sous traitement antivitamines K en service de cardiologie / soins intensifs. <i>Recherche en soins infirmiers</i>, 80, 59-75.</p> <p>Grille quantitative</p> <p>Enquête</p>	
Introduction	
Énoncé du problème	<p>L'auteur met en évidence son expérience personnelle qui l'a conduite à cette recherche. La thématique de l'éducation thérapeutique est propre au rôle autonome de l'infirmier.</p> <p>Mise en évidence de l'éducation thérapeutique permettant d'éviter des complications de la maladie ou liées au traitement</p> <p>La réflexion sur les critères de qualité de l'éducation thérapeutique reste pauvre. Il n'y a que peu de documentation sur les AVK pour les nouveaux collaborateurs. Il n'y a pas d'indication de bilan des connaissances au moment de l'entrée à l'hôpital et peu d'indications d'évaluation des acquis durant et à la fin de séjour. Aucune information au sujet des acquis à l'hôpital n'est transmise au soignant assurant la continuité des soins à la sortie de l'hôpital.</p>
Recension des écrits	<p>Plusieurs études sont recensées.</p> <ul style="list-style-type: none">- Au cours de l'année 1998 en France, 13% des hospitalisations suite à des effets secondaires étaient liées à un épisode hémorragique sous antivitamines K (soit 17'000 hospitalisations par an).- En 2000, 8% des entrées à l'hôpital suite à une hémorragie cérébrale étaient liées à une prise de traitement AVK.- En 2000, il est démontré que 98% des patients ont connaissance du besoin de surveillance de laboratoire, 76% ont lu la notice, 45.5% port une carte de signalement comme quoi ils sont sous traitement anticoagulant, 68% ont connaissance les signes de surdosage, 6.7% ont donné la totalité des réponses concernant les signes de surdosage, 11% savent qu'il faut

	<p>avertir son médecin traitant/ son dentiste/son kinesthésiste et le biologiste, 84% connaissent le traitement antalgique à prendre en cas de douleurs, 55% savent qu'il ne faut pas manger de chou en trop grande quantité, mais les autres interactions alimentaires restent que peu connues.</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>L'auteure se base sur des recommandations de l'OMS reprises par Deccache.</p> <p>L'éducation thérapeutique est considérée comme une démarche se réalisant par étape. Cette dernière est indissociable de la prise en soins du patient par rapport à l'aspect de sensibilisation, d'information et d'apprentissage. Il s'agit également d'apporter un soutien au niveau et social concernant la pathologie, la médication, les soins, les protocoles de soins, les comportements favorisant un état de santé et ceux abordant plutôt l'axe de la pathologie. Ceci permet d'aider l'individu et son entourage et de les accompagner dans le processus de compréhension de la pathologie ainsi que de la médication, pour au final rendre le patient acteur de sa propre santé.</p> <p>L'éducation thérapeutique intègre les concepts de promotions de la santé et de prévention tertiaire.</p> <p>Deccache décrit l'éducation en tant que démarche centré sur le patient. Elle prend alors en considération les capacités d'adaptation que possède le patient vis-à-vis de la pathologie, de ses besoins. Elle doit faire partie intégrante de la démarche de soins. Cette démarche doit prendre en considération la vie de tous les jours de la personne malade, son environnement psychosocial, sans laisser l'entourage de côté.</p> <p>L'éducation thérapeutique donne la possibilité d'avoir une plus grande efficacité dans les soins, améliore l'impact du traitement et la qualité de vie du patient, favorise l'autonomie du patient et par conséquent l'observance à la médication.</p> <p><u>Les étapes de la démarche éducative se suivent comme telles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recueil de données (connaissances, besoins d'apprentissage du patient et des proches) - Évaluer (motivation, voir comment la personne est prête à recevoir) - Diagnostic thérapeutique

	<ul style="list-style-type: none"> - Fixer les objectifs (du patient, de l'entourage et leur laisser la possibilité de les négocier) - Établir le contrat éducatif - Faire l'enseignement - Évaluation des acquis du patient suite à l'enseignement
Hypothèses	L'éducation thérapeutique des patients sous traitement antivitamines K est-elle suffisante dans le service où l'auteure travaille ? Les patients hospitalisés avec un traitement antivitamines K ont-ils eu dans le service la possibilité d'acquérir et valider les connaissances nécessaires concernant leur médication afin de se prévenir des facteurs de risque liés au traitement au long terme ?
Méthodes	
Devis de recherche	Enquête
Échantillon et contexte	<p>Groupe 1 : n=11 (patient avec AVK à leur arrivée), groupe 2 : n=16 (instauration du traitement AVK dans le service)</p> <p><u>Les critères d'inclusions:</u> personnes âgées jusqu'à 85 ans avec les facultés cognitives conservées, comprenant et parlant la langue, suivant un traitement AVK à leur arrivée dans le service (cardiologique ou soins intensifs).</p>
Collecte des données	<p>Les questions des questionnaires sont explicitées avec les réponses. Le questionnaire a été également testé.</p> <p>Le phénomène étudié est une évaluation de l'éducation thérapeutique des patients dont le recueil de données est réalisé au moyen d'un questionnaire.</p>
Déroulement de l'étude	La procédure est schématisée : remise d'un livret sur les AVK édité par la Fédération Cardiologique, remise d'une fiche explicative écrite par 2 cardiologues du service, explications données par les médecins, cadre de santé et infirmière du service, puis distribution d'un questionnaire d'entrée et finalement d'un questionnaire de sortie identique.

	Questionnaire sous la protection des données dans le cadre de l'hôpital, puis anonyme lors de la publication de l'article.
Résultats	
Traitement des données et présentation	<p>Pas véritablement de traitement des données, mais les réponses à chaque question sont synthétisées et mentionnées. Une synthèse sous forme de tableaux est présente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 40,74% mentionnent la carte de signalement du traitement anticoagulant - 81,48% décrivent les signes de surdosage - 37,03% sont au courant qu'ils peuvent développer des hématomes - 18,51% savent qu'il est possible d'avoir des saignements au niveau des gencives - 7,4% savent qu'ils peuvent avoir du sang dans les urines - 7,4% sont au courant de la nécessité d'informer certains professionnels du fait qu'ils soient sous traitement anticoagulant - 85% sont informés au sujet des alimentations à consommer en faible quantité, mais seulement 37,03% sont capables d'indiquer trois types d'aliments différents
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>La recherche est mise en lien avec l'étude de l' Afssaps et trois autres résultats d'enquêtes précédentes sont mentionnés</p> <p>L'auteure propose des pistes d'actions généralisables à d'autres services</p>
Perspectives	<p>L'auteure fait des propositions par rapport à la recherche effectuée : mise en évidence des besoins au sujet de l'éducation par rapport à la spécificité de chaque service de soins, amener une réflexion quant au contenu et à la manière de délivrer l'information et identifier les caractéristiques à faire connaître au patient, créer des outils adaptés à la spécificité du service, évaluer les connaissances au début, durant et à la fin de l'hospitalisation, utilisation d'outils de transmissions, poursuivre</p>

	l'éducation à l'extérieur de l'hôpital, assurer la continuité des soins.
Limites et évaluation globale	<p>Les limites de la recherche sont exposées : inexpérience en matière de méthodologie et élaboration de questionnaire, étude réalisée par une seule personne, changements d'organisation lors de l'étude, des biais sont exposés.</p> <p>Il y a une sensibilisation vis-à-vis de la nécessité d'une éducation thérapeutique de qualité en lien avec les résultats de l'enquête montrant des lacunes dans les connaissances et la gestion des traitements par les patients.</p>

Références de l'article analysé :

Janoly-Duménil, A., Bourne, C., Loiseau, K., Luanté, J., Sancho, P.O., Ciancia, F., Caillet, F., Boisson, D., Rioufol, C., Plauchu, M.M., Rode, G. et Jacquin-Courtois, S. (2011). Oral anticoagulant treatment – Evaluating the knowledge of patients admitted in physical medicine and rehabilitation units. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 54, 172-180.

Grille Quantitative

Étude prospective monocentrique

Introduction

Énoncé du problème

Les auteurs décrivent les problèmes qui ressortent avec la prise des AVK et s'appuient sur des statistiques, des recommandations et d'autres auteurs.

Les AVK sont des médicaments ayant une importante utilisation. Plus d'1% de la population française est sous traitement anticoagulant. Ces traitements médicamenteux peuvent avoir pour conséquence des effets indésirables graves, plus particulièrement les événements hémorragiques. Ces complications sont la première cause des accidents iatrogènes médicamenteux. 13% des hospitalisations sont liées à des effets indésirables, ce qui représente environ 17000 hospitalisations par an. Le taux de complications hémorragiques grave se trouve autour des 5% par année chez les patients sous traitement AVK. Des recommandations sur le bon usage des AVK existent. En France, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé se charge de la diffusion de ces recommandations. Elles insistent sur le besoin nécessaire d'une information et d'une éducation des patients sous traitement AVK.

Durant l'hospitalisation, les patients doivent pouvoir recevoir un programme d'éducation thérapeutique se basant sur les recommandations de la loi « Hôpital patient santé territoire » de 2009. Dans les services de réadaptation, l'éducation s'appuie également sur la circulaire ministérielle de 2008. Elle se centre surtout sur la prévention de certaines complications telles que les escarres, l'infection urinaire, les enraidissements articulaires, mais aussi sur le maintien du

	<p>potentiel fonctionnel. Par contre, les traitements médicamenteux sont relativement moins pris en compte.</p> <p>Pourtant, les patients hospitalisés se voient souvent prescrire des AVK dans les services de réadaptation afin d'assurer la prise d'une affection de l'appareil locomoteur ou du système nerveux central. Le traitement d'AVK est indiqué principalement pour les maladies thromboemboliques. Il est également indiqué dans les cardiopathies emboligènes, les troubles du rythme cardiaque. L'éducation thérapeutique par rapport aux AVK est donnée par les médecins et/ou les infirmières durant l'hospitalisation et à la fin de cette dernière.</p> <p>Les effets positifs de programmes d'éducation thérapeutique ont déjà été démontrés. Tang et al. ont démontré une corrélation positive entre les connaissances que le patient a acquises lors du processus d'éducation thérapeutique et l'obtention, ainsi que le maintien de l'INR cible. De plus, il est prouvé que les patients ayant eu un processus éducatif ont un risque quatre fois moins élevé d'accidents hémorragiques et/ou récidives thrombotiques à trois mois par rapport aux patients ayant eu une prise en charge habituelle. Les auteurs précisent qu'à leur connaissance des démarches éducatives spécifiques développées en médecine physique et rééducation.</p> <p>Le but de cette recherche était d'évaluer le niveau de connaissance des patients sur leur traitement AVK à la fin de l'hospitalisation dans un service de rééducation avant leur retour à domicile.</p>
Recension des écrits	<p>Oui, les auteurs démontrent les problèmes qui ressortent suite à l'utilisation des AVK. Ils se basent sur des chiffres statistiques des hospitalisations pour complication hémorragique et sur les auteurs Tang et al.</p> <p>Des accidents hémorragiques peuvent survenir. De plus, plus d'1% de la population se trouve sous anticoagulant, ce qui n'est pas rien. 17000 hospitalisations par an pour des complications hémorragiques (13% des hospitalisations). De plus, les complications hémorragiques graves atteignent un taux proche de 5%, taux plus élevé dans les trois premiers mois de traitement. Des recommandations sur le bon usage des AVK existent. Durant leur hospitalisation, les patients doivent pouvoir bénéficier de programme d'éducation, cependant ceux étant en vigueur ne prennent que peu en compte l'aspect du</p>

	<p>traitement médicamenteux, mais vise plutôt la prévention de complications comme les escarres, les infections urinaires ou encore le maintien du potentiel fonctionnel.</p> <p>Les bénéfices des programmes d'éducation ont déjà prouvé leur efficacité. Tang et al. ont mis en évidence la corrélation positive entre les connaissances du patient acquises durant le processus d'éducation thérapeutique et l'obtention et le maintien de l'INR cible. Les patients ayant reçu un processus éducatif ont un risque quatre fois moins élevé de complications hémorragiques et/ou de récurrences thrombotiques que les patients ayant reçu une prise en charge habituelle durant les trois premiers mois de traitement. À ce jour, il n'y a pas de démarche éducative spécifique développée en service de médecine physique et rééducation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les auteurs se basent sur les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de la santé, sur les recommandations de la loi « Hôpital patient santé et territoire » de 2009 et sur la circulaire ministérielle de 2008.</p> <p>Les recommandations concernant le bon usage du traitement AVK sont diffusées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de la santé. Cette dernière insiste sur la nécessité d'une information et d'une éducation des patients ayant un traitement par AVK</p>
Hypothèses	<p>Évaluation du niveau de connaissances des patients par rapport à leur médication AVK à la fin de l'hospitalisation au sein d'un service de rééducation et avant le retour à domicile.</p> <p>Le processus éducatif a donc une influence sur les connaissances des patients et cette étude cherche à démontrer le niveau de connaissances des patients. De plus, les patients dont le traitement est nouveau sont séparés des patients avec un traitement déjà instauré avant l'hospitalisation. (supposition qu'il y aura une différence entre les deux catégories de patients ?)</p>
Méthodes	
Devis de	Étude prospective monocentrique

recherche	
Échantillon et contexte	<p>L'étude se déroule dans l'hôpital Henry-Gabrielle dans deux unités de soins.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : prise d'un traitement AVK durant une période d'au moins trois mois et maintenu à la fin de l'hospitalisation, retour à domicile après l'hospitalisation avec implication ou non d'un aidant, niveau de compréhension orale compatible avec un entretien semidirigé d'évaluation des connaissances, consentement oral du patient et/ou de la personne de confiance</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : troubles psychiatriques susceptibles d'entraver l'entretien, troubles de la compréhension et/ou troubles cognitifs sévères affectant la qualité/fiabilité des données recueillies</p> <p>54 patients ont été initialement inclus mais 50 patients ont été finalement inclus à cette étude dont 29 hommes et 21 femmes. La moyenne d'âge est de 58 ans (+ ou - 15.2).</p> <p><u>Motifs de la rééducation</u> : hémiplegie secondaire à un AVC, une tétra- ou paraplégie, polytraumatisme, polyradiculonévrite, pose de prothèse de genou.</p> <p>Dans 48% des cas, le traitement AVK était indiqué pour la maladie thromboembolique. Pour 36% des cas, il s'agissait d'une cardiopathie emboligène.</p> <p>88% des patients ont reçu du fluindione (préviscan), 6% de la warfarine et 6% de l'acénocoumarol (sintrom).</p> <p>Pour 20 patients sur 50, l'aidant était présent au moment de l'entretien.</p>
Collecte des données	<p>Le questionnaire a été établi en collaboration avec les médecins à partir de documents existants. Il s'inspirait aussi à partir du carnet AVK créé par la Société française de cardiologie.</p> <p>Le questionnaire comprenait 16 items qui ont été repris durant un entretien semidirigé. L'entretien a été réalisé par le pharmacien de l'institution, accompagné par un étudiant de pharmacie ou de médecine. L'entretien dure environ 40 minutes dans la chambre du patient. La présence de l'aidant ou non a été décidée selon les troubles cognitifs et/ou</p>

	<p>d'expression du patient. Cette évaluation a été réalisée la semaine précédant la sortie. Si le patient ne possédait pas les connaissances suffisantes sur le traitement AVK, il recevait une information complémentaire par le pharmacien.</p> <p>Questionnaire en annexe.</p> <p>Oui, le but de cette recherche est d'évaluer le niveau de connaissance des patients sur leur traitement AVK. Par le biais du questionnaire, les chercheurs ont pu mettre en évidence le niveau de connaissances des patients et de voir si celui-ci est assez bon afin d'assurer une gestion du traitement médicamenteux en toute sécurité au domicile.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Elle a duré du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 au sein de deux unités d'un hôpital. 50 patients ont été inclus à l'étude selon des critères précis mentionnés plus haut. Ils ont participé à des entretiens semi-dirigés réalisés par un pharmacien accompagné par un étudiant en pharmacie ou en médecine. Cet entretien s'appuie sur un questionnaire prenant en compte 16 items. Il durait environ 40 minutes dans la chambre du patient, avec ou non la présence de l'aidant, selon les troubles cognitifs et/ou d'expression du patient.</p> <p>Les patients sont anonymes. Un des critères d'inclusion est le consentement oral du patient et/ou de la personne de confiance.</p>
Résultats	
Traitement des données et présentation	<p>Analyses globales d'après deux groupes : « anciens traitements » (instaurés avant l'hospitalisation → n = 10) et « nouveaux traitements » (instaurés pendant l'hospitalisation → n = 40).</p> <p>Le taux de réponse juste pour chaque item a été calculé (rapport du nombre de réponses justes par rapport au nombre de réponses totales).</p> <p>Test statistique exact de Fischer de comparaison de proportions</p> <p>70% des patients connaissaient le nom du traitement médicamenteux (anciens et nouveaux confondus), 84% connaissaient la date d'instauration, 76% connaissaient l'indication, 82% connaissaient le rôle.</p>

	<p>Valeurs cibles de l'INR peu connues → 24% seulement pour les deux groupes confondus. 50% chez les anciens traitements, même si une différence significative existe entre les deux groupes ($p = 0.04$)</p> <p>50% des patients avec le traitement instauré avant l'hospitalisation affirme n'avoir jamais reçu d'information et 60% disent ne pas connaître le carnet AVK de suivi.</p> <p>22% des patients (tout confondu) connaissaient les signes de surdosage et conduite à tenir</p> <p>Patients avec un traitement instauré durant l'hospitalisation : 43% connaissaient la conduite à tenir en cas d'oubli, 35% connaissaient la nécessité d'une surveillance, 64% connaissaient l'importance de la prise régulière du médicament, 50% connaissaient les risques d'un sous-dosage, 53% connaissaient les de l'automédication. Notions mieux connues chez les patients sous traitement depuis plus longtemps. Différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant la nécessité d'une surveillance ($p = 0.01$) et les risques de l'automédication ($p = 0.03$)</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Dans le domaine du savoir, les patients connaissent bien le nom et le rôle de l'AVK. Par contre dans le domaine du savoir-faire, les connaissances sont plus lacunaires (signes évocateurs d'un surdosage et conduite à tenir).</p> <p>Les résultats qui ressortent dans cette recherche sont comparables à d'autres recherches. Une étude réalisée auprès de 186 patients rapporte que 61% des patients connaissaient le rôle de l'AVK mais le risque de surdosage par seulement 19%. Une autre étude effectuée auprès de 88 patients rapporte que 60 à 90% des patients connaissaient l'indication du traitement AVK, mais seulement 11% connaissaient le risque hémorragique.</p> <p>Ces résultats démontrent bien la nécessité d'améliorer l'information donnée aux patients sur les risques.</p> <p>Cependant, les risques de sous-dosage sont mieux connus. Il paraît plus facile au patient de comprendre un risque de rechute de la maladie si le traitement n'est pas assez efficace.</p> <p>Les patients ne connaissaient pas bien les risques de l'automédication. Nous savons que deux cas sur trois de surdosage</p>

	<p>sont liés à une association de médicaments qui augmente l'effet des AVK.</p> <p>60% des patients prenant ces traitements pendant plusieurs années ne connaissaient pas points essentiels du traitement tels que les risques de surdosage et la conduite à tenir. 50% des patients ne connaissaient pas les valeurs cibles de l'INR. Ceci justifie l'intégration de ces patients à un programme d'éducation thérapeutique concernant les AVK.</p> <p>Dans cette étude, les patients sont plus jeunes que les patients inclus dans d'autres recherches.</p> <p>Les auteurs mentionnent que leur échantillon est restreint malgré que l'étude se soit faite sur deux ans, cependant les résultats qui ressortent sont en accord avec ce qui est déjà ressorti jusqu'à présent dans la littérature.</p>
<p>Perspectives</p>	<p>Suite à cette recherche, des séances éducatives ont été mises en place. Les aidants se retrouvent très investis dans la démarche, car nombreux sont les patients présentant des troubles cognitifs.</p> <p>Les séances sont réalisées par un binôme pharmacien/médecin. Elles donnent la possibilité aux patients de se mettre en situation pratique afin de tester le comportement qu'ils adopteraient face à une situation d'hémorragie, d'oubli de prise, d'INR anormalement bas/haut, de chirurgie programmée.</p> <p>Des outils pédagogiques ont été développés dans le but d'illustrer les propos : albums photos présentant les médicaments d'utilisation courante et support imagier d'explication du traitement médicamenteux facilitant l'expression des patients.</p> <p>Dans une perspective de continuité de prise en charge, les auteurs envisagent une transmission du dossier éducatif auprès des confrères pharmaciens pour assurer le suivi à la sortie de l'hôpital.</p> <p>Les résultats de l'étude démontrent la nécessité de développer des démarches éducatives sur le traitement médicamenteux dans le service de médecine physique et rééducation, en complément des démarches déjà en vigueur.</p> <p>D'autres traitements devront être abordés : antalgique, psychotrope, antispastique, prévention de la maladie cardiovasculaire.</p> <p>La prochaine étape du travail concerne la conception d'un programme éducatif complet et pluriprofessionnel incluant la</p>

	problématique de l'adhésion au traitement médicamenteux.
Limites et évaluation globale	<p>Les auteurs indiquent des limites à leur étude. Cette dernière a été effectuée uniquement sur deux unités de soins où la prise en charge médico-pharmaceutique, ainsi que les procédures étaient identiques. Ceci peut expliquer le fait que l'effectif est relativement faible dans l'étude par rapport aux autres travaux publiés, malgré qu'elle se soit déroulée sur deux ans. Par ailleurs, les résultats révèlent la même chose que les autres études trouvées dans la littérature.</p> <p>Les résultats ont engendré la mise en place de séances d'éducation thérapeutique réalisées par un pharmacien et un médecin. Ils ne parlent pas du rôle infirmier. Cependant, nous pouvons imaginer que l'infirmière possède les connaissances nécessaires à la réalisation de ces séances d'éducation ?</p>

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Denizard-Thompson, N. R., Singh, S., Stevens, S. R., Miller, D. P. et Wofford, J. L. (2012). iPod™ technology for teaching patients about anticoagulation: a pilot study of mobile computer-assisted patient education. <i>Primary health care research and development</i>. 13 (1), 42-47. doi : 10.1017/S146342361100034X</p> <p>Grille Qualitative</p> <p>Étude pilote</p> <p>Traduction libre</p>	
<p>Introduction</p>	
Énoncé du problème	<p>Fournir une éducation thérapeutique efficace est un défi. La charge de travail est en constante augmentation avec pour conséquences parfois l'unique possibilité d'offrir une brochure, de déléguer la tâche à d'autres personnes ou simplement ne pas faire d'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique du patient est caractérisée par des études comme souvent incohérente, non coordonnée, non ciblée et faite dans la précipitation. L'utilisation de multimédia comme l'iPod™ et les téléphones portables peuvent offrir la possibilité de voir d'autres patients pendant le temps de l'éducation thérapeutique et d'améliorer ainsi la productivité et le flux des patients. Les auteurs font également référence à des études qui reconnaissent l'ordinateur comme un multimédia utilisable dans les activités d'éducation thérapeutique en offrant un meilleur contenu et une meilleure qualité du message éducatif.</p>
Recension des écrits	<p>Un état des connaissances est fait par rapport à la dangerosité de l'utilisation des AVK (warfarine). Certains auteurs qualifient ce médicament comme un des plus dangereux. L'éducation thérapeutique des patients sous AVK a donc une grande importance pour prévenir les complications. Les auteurs citent également des études qui qualifient l'éducation thérapeutique des patients souvent insatisfaisante.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les auteurs de la recherche souhaitent créer et implanter dans leur clinique un module éducatif dispensé aux patients à l'aide d'un support multimédia portable dans l'objectif de standardiser et d'améliorer l'éducation des patients sous AVK</p>

	(warfarine). La faisabilité de ce processus est évaluée en lien avec les bénéfices éducationnels pour le patient. Les auteurs ne développent pas de cadre conceptuel.
Question de recherche	Les auteurs ne formulent pas clairement une question de recherche. En lien avec le type de devis (étude pilote), l'objectif de l'étude est clairement mentionné. Les auteurs souhaitent démontrer la faisabilité d'un système éducatif par multimédia (iPod™). Les auteurs ont cherché à déterminer si les employés d'une clinique et les patients pouvaient être capables d'utiliser ce moyen pour compléter un programme éducatif et en retirer des bénéfices.
Méthodes	
Échantillon et contexte	<p>L'échantillon est détaillé, les patients sous AVK ont été automatiquement inclus à l'étude à l'aide d'un registre sans avoir pour critère d'exclusion la durée initiale du traitement. La collecte des données a duré quatre mois dans le but de pouvoir assurer les trois modules d'éducation prévus auprès d'un maximum de patients. 55% des patients sont des femmes et l'âge moyen est de 53.4 ans. Les indications au traitement sont la fibrillation auriculaire (33%), la thrombose veineuse (45%), remplacement de valve mécanique (10%) et autre (20%). Au total 130 patients avaient au moins un INR à la clinique durant les 4 mois de l'étude et 20 patients avaient 3 INR ou plus durant les 4 mois. 70% des 130 patients ont fait l'expérience d'un module d'éducation thérapeutique. 22 patients sur 130 ont fait les trois modules et 9 patients ont refusé de faire au moins un module. Les patients venant faire des INR, mais avec certaines pathologies comme des AVC, des cancers de la langue et des douleurs chroniques n'ont pas participé à l'étude.</p> <p>Les auteurs ont cherché à avoir un échantillon maximal selon la population sous AVK venant à la clinique.</p>

Collecte des données	<p>Les infirmières ont documenté grâce à une feuille si le patient a bénéficié du programme d'éducation thérapeutique en s'assurant de sa compréhension d'utilisation. Après que les trois séries d'éducatons soient dispensées (une fois par INR sur 4 mois), les patients étaient amenés à évaluer l'outil grâce à un questionnaire administré par un médecin ou une infirmière portant sur 7 items. Les patients devaient noter de 1 à 10 (1 = pas aidant, 10 = très aidant) l'éducation thérapeutique reçue dans le passé puis celle faite avec cet outil. Le questionnaire porte sur la qualité du son et de la vidéo du module et également sur la durée de visionnage du module. Le questionnaire évalue également de 1 à 10 l'intérêt du patient pour bénéficier d'autre module de ce type, mais sur des problèmes médicaux différents. Toutefois, les connaissances des patients avant et après l'utilisation de l'outil ne sont pas analysées.</p> <p>Les auteurs cherchent à instaurer une nouvelle stratégie d'enseignement puis d'en faire l'évaluation lors d'une étude pilote. Le bénéfice apporté aux patients est évalué de manière individuelle à l'aide d'un questionnaire.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est décrite dans le temps. Le déroulement du parcours du patient de son arrivé à la clinique jusqu'à son départ est décrit.</p> <p>Les patients ont été informés de l'étude en cours et avait le choix de participer. Il n'est pas spécifié si les questionnaires sont anonymes. À la fin de l'article, il est spécifié que l'étude n'a pas été subventionnée. Dans le chapitre « content development », la démarche de développement du projet est décrite. Les trois parties du module comprennent entre autres des informations sur l'INR, des conseils nutritionnels et les raisons de l'anticoagulation. Des groupes focus de médecins et d'infirmières ont testé les modules préalablement. Les outils utilisés sont disponibles dans le commerce. Le contenu exact du module d'enseignement n'est pas clairement décrit.</p>
Résultats	

<p>Traitement des données et présentation</p>	<p>Les outils statistiques utilisés sont cités (Bento et JMP-SAS) toutefois les auteurs citent comme limite le fait que les connaissances des patients n'ont pas été évaluées avant et après l'utilisation du module en raison de la difficulté à documenter ces aspects en lien avec la charge de travail. Seule la satisfaction des patients vis-à-vis de l'utilisation de l'outil et des enseignements réalisés dans le passé est clairement évaluée.</p> <p>Au final, les 22 patients qui ont complété les trois modules affirment trouver la qualité audio et visuelle excellente (9.0/10), la qualité éducative du module est évaluée à (7.4/10) alors que la qualité des éducations thérapeutique reçue auparavant est évaluée à (6.3/10). Selon les patients, l'utilisation de cet outil a prolongé la visite de 1 à 5 minutes au maximum. Il n'y a pas de présentation graphique des résultats.</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les auteurs mentionnent que l'éducation thérapeutique par rapport à l'anticoagulation n'est pas encore universellement reconnue principalement en raison de l'organisation que cela suppose et des doutes qui subsistent sur l'efficacité des stratégies d'éducations thérapeutiques. Les auteurs affirment apporter une piste de standardisation de cette éducation en proposant un moyen de l'accomplir plus régulièrement et en augmentant son efficacité. De plus, comparé à des stratégies d'enseignements qui utilisent un ordinateur fixe dans une chambre spéciale, ce multimédia de petite taille avec des écouteurs interfère moins dans le flux des patients.</p> <p>Les auteurs généralisent la conclusion en affirmant que ce système est peu coûteux, bien accepté par les patients et interfère peu sur le déroulement général du quotidien dans une clinique à charge de travail élevée. Une année après l'étude pilote, l'outil est toujours utilisé avec des modules d'éducations complémentaires.</p>
<p>Perspectives</p>	<p>L'outil est toujours en utilisation actuellement dans la clinique. Les auteurs affirment que les moyens de parvenir à une éducation thérapeutique de qualité sont en constante évolution.</p>
<p>Limites et évaluation</p>	<p>Les limites de l'étude sont explicitées comme par exemple le faible nombre de patients ayant fait les trois modules. Une</p>

globale	<p>autre limite importante et le fait que les connaissances des patients à chaque stade du processus n'ont pas clairement fait l'objet d'une évaluation en raison d'une dotation en personnel limitée. De plus, les auteurs sont conscients que selon l'âge et les comorbidités du patient un tel outil trouve ses limites. Les chercheurs affirment également comme limite l'inexistence d'un groupe contrôle et le manque de focus sur des résultats cliniques.</p> <p>L'étude démontre qu'il existe des moyens alternatifs de réaliser des enseignements même dans le cas d'un flux de patients importants et d'une charge de travail importante. Elle démontre que des moyens autres que des entretiens individuels sont utilisables pour réaliser une éducation thérapeutique. En proposant une stratégie réduite dans le temps et globalement peu coûteuse, elle propose une piste d'action intéressante à mettre en place. De plus, ce type de support est également utilisable pour fournir d'autres informations concrètes sur la santé aux patients.</p>
---------	--

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Eickhoff, J. S., Wangen, T. M., Notch, K. B., Ferguson T. J. Nickel, T. W. Schafer, A. R., Bush D. L. (2010). Creating an anticoagulant patient education class. <i>Journal of vascular nursing</i>. 28 (4), 132-135. doi : 10.1016/j.jvn.2010.08.002</p> <p>Grille qualitative</p> <p>Étude pilote (hypothèse)</p> <p>Traduction libre</p>	
<p>Introduction</p>	
Énoncé du problème	<p>L'information à propos de la gestion d'un traitement d'anticoagulants est vitale pour les patients sortant de l'hôpital. Selon une étude citée par les auteurs, les difficultés d'adhérence à ce traitement sont responsables de 5% des admissions à l'hôpital avec un coût estimé à plus de 8 millions de dollars. Les stratégies d'éducatives sont variables selon la littérature : groupes d'éducatives, enseignements individuels, distribution de matériel pour le retour à domicile et appels téléphoniques une fois à domicile. Selon la littérature, les groupes d'éducatives démontrent une amélioration des connaissances du patient et améliore également la satisfaction des patients. Dans l'optique d'atteindre les objectifs de la « National Patient Safety Goal », un groupe de travail composé d'infirmières travaillant sur une unité de médecine et de chirurgie vasculaire ont créé une classe d'éducation thérapeutique pour les patients sortant de l'hôpital avec des anticoagulants.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs mentionnent que la commission du « National Patient Safety Goal » relève l'importance d'une éducation thérapeutique pour les patients et les proches de personne sous anticoagulants. Cette commission cite les thèmes importants de la surveillance de l'INR (monitoring), de l'adhérence, des restrictions alimentaires. Les auteurs citent des recherches qui indiquent la nécessité d'enseignement thérapeutique supplémentaire par rapport aux anticoagulants, car l'enseignement actuel est insuffisant. De plus, une étude démontre que 40 % des patients sont globalement non adhérents au traitement avec pour conséquence un risque que l'anticoagulation soit non thérapeutique. L'éducation au patient est</p>

	<p>donc vitale, mais doit être standardisée et améliorée. De plus, les soignants de l'unité de médecine et de chirurgie sont parfois peu satisfaits du processus d'éducation thérapeutique en place. Les soignants pensent que les patients devraient bénéficier d'une éducation thérapeutique à plusieurs occasions avant de quitter l'hôpital.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>L'orientation idéologique et la base philosophie est sous entendue. Il faut améliorer l'éducation thérapeutique des patients pour prévenir des complications importantes et fréquentes en lien avec les anticoagulants. De plus, la stratégie est également mise en place en regard de l'insatisfaction des soignants par rapport aux interventions en place actuellement.</p>
Question de recherche	<p>La question de recherche n'est pas clairement formulée sous une forme interrogative, mais il est possible de la comprendre lors de la lecture de l'article. Dans le chapitre « solution to the problem », les auteurs expliquent que dans l'objectif de répondre aux besoins éducatifs des patients par rapport à l'anticoagulation orale, un groupe de travail fait la tentative d'implanter une classe d'éducation thérapeutique sur leur lieu de travail.</p> <p>Des recherches antérieures sont citées sur le thème dans le chapitre « background » et « problem statement ». Les thèmes relevés sont les suivants : l'éducation aux patients et des divers aspects du médicament.</p>
Méthodes	
Population et contexte	<p>L'article mentionne le fait que les participants à la classe d'éducation thérapeutique ayant le critère d'inclusion « être sous un traitement d'anticoagulants oraux » sont tous invités pour autant que participer à la classe est compatible avec l'état de santé actuel ainsi qu'à la volonté du patient. Il n'y a pas d'autre critère d'inclusion/exclusion ni de description de la population cible. Au total, 43 participants ont répondu au questionnaire post classe.</p> <p>Les chercheurs ont formé des classes avec les patients sous anticoagulants sur le lieu de travail.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les questions sont exposées dans deux graphiques avec le nombre de participants et les réponses correctes sur une échelle de 1 à 10. Un graphique expose les questions avant l'implantation de la classe aux soignants, l'autre graphique</p>

	<p>expose évaluation des patients après la classe.</p> <p>Les données récoltées ont visé d'une part à connaître la satisfaction des soignants sur le processus d'éducation et d'autre part à évaluer la classe d'éducation thérapeutique d'après l'opinion des patients. Les instruments de collecte des données sont en adéquation. Toutefois, les auteurs mentionnent comme limite le manque d'évaluation concrète de l'efficacité de la classe. Cette limite fera l'objet d'une autre étude.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Le processus d'implantation de la classe d'éducation thérapeutique est clairement exposé (voir item suivant)..</p> <p>Les patients pouvant bénéficier de la classe d'éducation thérapeutique sont encouragés à y participer, mais n'y sont pas forcés. Les patients ne pouvant pas participer à cet enseignement ont bénéficié d'une éducation thérapeutique de manière individuelle. Dans l'article, toutes les données sont anonymes. Il n'est pas spécifié si les auteurs ont touché des subventions de la part d'une organisation pour la réalisation de cette étude. Le déroulement de l'étude est étayé. Les infirmières ont donné des informations à l'aide d'un questionnaire à propos de leur satisfaction par rapport à l'enseignement actuel de l'anticoagulation. Puis un groupe de travail a été composé pour mettre en place une classe d'éducation thérapeutique. Le groupe de travail s'est basé sur le protocole de l'institution en matière d'éducation thérapeutique sur les anticoagulants. Le but est de créer une classe au contenu ciblé par rapport à la population des unités concernées. Un spécialiste a été désigné sur l'unité pour aider à la création d'un contenu approprié. Le contenu a été présenté par le groupe de travail à une infirmière cheffe, une infirmière responsable de l'administration, une infirmière clinicienne, une infirmière spécialiste de l'enseignement thérapeutique ainsi que des chirurgiens et des médecins.</p> <p>Lors du déroulement de la classe, une infirmière est hors effectif 4h pour rassembler et préparer les patients qui ont besoins d'aide, aider les autres infirmières, réaliser l'enseignement, rétablir le matériel et finalement raccompagner les patients une fois la classe terminée.</p> <p>Les coûts en matériel sont exposés comme mineur (principalement des fournitures de bureau) et selon les souhaits des</p>

	<p>patients des copies du PowerPoint de présentation. La classe se déroule sur l'unité, à l'endroit du séjour pour les visites. Le moment de la classe est organisé en fonction du déroulement du service (principalement l'après-midi).</p> <p>Dans un deuxième temps, la stratégie a été réadaptée selon les besoins du service et un groupe d'infirmières « enseignantes » a été créé. Les infirmières volontaires ont développé des connaissances supplémentaires par rapport à la thématique. Les enseignements par classe sont planifiés à l'avance. Les patients qui souhaitent participer s'inscrivent sur une feuille à l'aide des infirmières. Pour les patients ne pouvant pas suivre la classe pour des raisons médicales, un enseignement individuel est réalisé.</p> <p>Le contenu de l'enseignement est un PowerPoint de 29 slides contenant des informations sur les médicaments, l'effet sur la coagulation, la description de l'INR, les facteurs touchants à l'INR, l'importance de suivre la dose correctement et dans quel cas contacter un médecin. La classe dure 20 minutes puis il y a du temps pour les questions. À la fin un questionnaire est distribué aux patients.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Traitement des données et présentation</p>	<p>Le chapitre « outcomes » fait le lien avec les tableaux des résultats. Six mois après l'implantation de la classe, le groupe de travail a été questionné pour avoir un feedback par rapport à la classe. 21 soignants ont répondu à 85.7% que l'expérience était bénéfique pour les patients et leur famille et 4.5% n'ont pas trouvé l'expérience bénéfique. Ces pourcentages ne sont pas décrits dans les détails, mais il est mentionné que les remarques ont été prises en considération pour augmenter la qualité du fonctionnement de la classe.</p> <p>Les résultats sont présentés dans deux tableaux. Le premier démontre sur une échelle de 1 à 10 dont le fonctionnement est expliqué. Les résultats sont présentés selon le nombre de participants (n*) et la moyenne des réponses (M). Les intervalles sont mentionnés.</p>
<p>Discussion</p>	

Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les auteurs font des liens avec des recherches antérieures, notamment une recherche de Singla, Jasser et Wilson (2003) qui ont conduit une étude avec 180 patients ayant participé à une classe d'éducation thérapeutique. Les résultats ont démontré que l'éducation en classe avait été largement bénéfique.</p> <p>La généralisation des conclusions est exposée dans le chapitre « futures directions ». La classe d'éducation va être organisée pour d'autres unités de l'hôpital. Un projet est en place pour améliorer l'évaluation de l'efficacité du projet.</p>
Perspectives	<p>Le projet est en continuation dans l'hôpital. Les infirmières ont une satisfaction supplémentaire au travail et gagnent en connaissances dans un domaine. Des perspectives d'amélioration du projet sont exposées en lien avec une des limites de l'étude qui est notamment le manque d'évaluation des connaissances du patient avant et après l'enseignement en classe.</p>
Limites et évaluation globale	<p>Les limites du projet sont exposées, notamment le manque de moyens pour évaluer clairement l'efficacité d'un enseignement en classe auprès des patients. Les auteurs sont conscients que les patients ont donné un avis, mais les connaissances n'ont pas été officiellement testées. Les patients affirment en savoir plus.</p> <p>L'étude démontre que l'implantation d'une classe pour réaliser des enseignements thérapeutiques est faisable, mais demande de l'organisation. De plus, ce type d'enseignement semble être profitable tant pour les soignants que pour les patients.</p>

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Mazor, K. M., Baril, J., Dugan, E., Spencer, F., Burgwinkle, P. et Gurwitz, J. H. (2007). Patient education about anticoagulant medication: is narrative evidence or statistical evidence more effective? <i>Patient education and counseling</i>. 69 (1-3), 145-157. doi : 10.1016/j.pec.2007.08.010</p> <p>Grille quantitative</p> <p>Étude randomisée contrôlée</p> <p>Traduction libre</p>	
<p>Introduction</p>	
Énoncé du problème	<p>Les auteurs mettent clairement en évidence un besoin d'éducation thérapeutique avec une plus grande efficacité en se basant sur des chiffres ou des résultats de recherches.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> - 36'000 patients sont traités aux urgences chaque année pour des complications liées au traitement anticoagulant. - Un sondage montre que 93% des patients sous anticoagulant oral doivent faire face à des complications. - Une autre recherche met en évidence que nombreuses sont les complications chez les patients sous anticoagulants sont liées à des erreurs du patient que l'on pourrait éviter et prévenir. - Une recherche mentionne que la plupart des erreurs sont probablement attribuables aux connaissances insuffisantes du patient concernant l'anticoagulation et les risques associés. - Dans la littérature, il ressort que pour les patients avec une éducation importante, la compréhension de données quantitatives est plus complexe. - Une étude qualitative récente a mis en évidence que les décisions prises par le patient quant à son traitement sont influencées par des discussions avec d'autres membres de la famille présentant des problèmes similaires. - Dans le contexte de l'éducation aux patients, les discours des patients sont publiés dans des livres, des brochures ou des vidéos dans le but d'éduquer les patients. - Plusieurs recherches ont été effectuées en démontrant que l'enseignement sous forme de discours ou en présentant des

	statistiques avait ses avantages. Mais aucune recherche ne met en évidence l'efficacité de la combinaison des deux.
Cadre théorique ou conceptuel	Les récits sont plutôt considérés comme familiers et concrets par rapport aux informations s'appuyant sur des statistiques. Les preuves narratives concernent un événement particulier spécifié, alors qu'au niveau statistique, il s'agit plutôt de quelque chose d'incertain = 10% de risque de... Ceci fait du récit un message plus engageant, réaliste, compréhensible en lequel le patient peut croire. Kreuter et ses partenaires de travail (2007) suggèrent que les récits peuvent faciliter le traitement de l'information, en réduisant les contre-arguments, en améliorant l'apprentissage par l'observation et en influençant les perceptions, ainsi que les normes sociales.
Hypothèses	<p><u>Question de recherche</u> : L'éducation thérapeutique du patient sous traitement anticoagulant. Est-ce la preuve narrative ou la preuve statistique qui est la plus efficace ?</p> <p><u>But de cette recherche</u> : Comparer trois approches de communication d'informations sur l'anticoagulation (preuves par récits, par statistiques ou une combinaison des deux) en évaluant les connaissances, les croyances et les comportements des patients en lien avec leur traitement anticoagulant et les surveillances qui en découlent.</p> <p>L'hypothèse est donc que ces trois approches auront une influence sur les connaissances, les croyances et les comportements des patients. L'étude consiste également à mettre en évidence les différents impacts des méthodes. Cela sous-entend qu'en fonction du groupe dans lequel les patients se trouvent, les variables dépendantes seront différentes.</p>
Méthodes	
Devis de recherche	<p>Étude randomisée contrôlée</p> <p>Trois approches de communication sont testées avec les patients par rapport à une utilisation sécuritaire de la warfarine. Les trois groupes ont été comparés à un groupe contrôle recevant une éducation par méthode usuelle (pas de vidéo).</p> <p>L'étude a été réalisée de mars à juillet 2005.</p>

Échantillon et contexte	<p>La population concernée est la population adulte recevant des soins d'un service de consultations spécialisées en anticoagulation, localisé dans un centre de santé académique. Les patients devaient avoir reçu des services pendant au moins trois mois avant la date de recrutement et devaient être actuellement sous warfarine.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : personnes ne comprenant pas l'anglais, les personnes avec des troubles cognitifs, les personnes avec des problèmes médicaux empêchant la participation à l'étude (hospitalisation par exemple) et les personnes ne résidant pas dans la région durant l'étude.</p> <p>Au total 680 noms de patients sont ressortis. 80 ont été exclus. Résultat : 600 patients potentiellement valides pour l'étude.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Des questionnaires ont été donnés aux participants. Les questionnaires ont été développés par les auteurs qui se sont basés sur des instruments déjà existants. Les thématiques abordées dans le questionnaire sont : les connaissances sur la warfarine, les croyances sur l'effet positif que la warfarine possède sur l'état de santé, les croyances sur la difficulté et la confusion qu'amène la prise de warfarine, les auto-déclarations sur l'adhérence au traitement, les croyances sur l'importance des tests de laboratoire, l'intention de se conformer aux recommandations pour les tests de laboratoire.</p> <p>8 items sont tirés de l'instrument « Beliefs About Medication Scale. Quelques données d'état des connaissances ont été incluses telles que l'âge, l'éducation, l'auto-évaluation de l'état de santé. Les autres items ont été développés spécialement pour cette étude. Tous les items ont été examinés par deux médecins.</p> <p>La première version du questionnaire a été testée durant un entretien avec 4 patients du service de consultation d'anticoagulation durant des sessions individuelles 1 à 1.</p> <p>Le groupe contrôle pourra mettre en évidence les effets positifs des vidéos représentant une éducation thérapeutique sur la prise d'anticoagulant. Et les trois groupes tests vidéo montreront par le biais du questionnaire les différences ressortant</p>

en fonction du type de contenu durant le processus d'éducation thérapeutique.

Connaissances sur la warfarine : 22 items ont été développés. Ils évaluent les connaissances sur la relation entre l'alimentation et l'influence sur l'INR, les médicaments influençant l'INR, les conséquences d'un sous- ou surdosage, les symptômes devant être rapportés aux personnels soignants. Les réponses sont soit « vrai », « faux », « je ne sais pas ». Les résultats ont été examinés par deux médecins. À savoir que chaque item est corrigé « correct » ou « incorrect ». La personne qui aura répondu « je ne sais pas » sera considérée comme une réponse « incorrecte ». Le résultat total est calculé en pourcentage par rapport au nombre de réponses correctes aux 22 items

Croyances : 25 nouveaux items ont été développés pour évaluer les croyances sur la warfarine, le régime, le laboratoire. 8 items de l'échelle « Beliefs About Medication (BAM) » ont été inclus. Il y a donc un total de 33 items. Les réponses possibles sont « fortement d'accord », « d'accord », « neutre », « en désaccord », fortement en désaccord » (sauf pour les 8 items du BAM, où la réponse centrale est « incertain »). Après une analyse psychométrique, 22 items ont été retenus, regroupés en 5 catégories.

Adhérence : L'adhérence aux recommandations des tests laboratoires est évaluée par le biais de 2 items. « Si le médecin recommande de faire le test sanguin tous les jours, je le ferai » ou « si le médecin recommande de faire le test sanguin toutes les semaines, je le ferai ». Les réponses possibles sont « fortement d'accord », « d'accord », « neutre », « en désaccord », fortement en désaccord ». Des documents concernant l'adhérence à la surveillance par les tests laboratoires ont été extraits des dossiers et mettent en évidence la présence à des rendez-vous de laboratoire trois mois avant de recevoir le pré-questionnaire et 3 mois après le questionnaire de post-intervention. Les patients avaient donné leur consentement par écrit donnant droit ainsi à l'accès à ces informations. Pour l'analyse, les rapports sur l'adhérence ont été divisés. Les rapports mentionnant une non-participation aux rendez-vous de laboratoire sont codés 1 et les absences de rapports codés de 0. L'auto-déclaration sur l'adhérence par rapport au dosage de warfarine a été évaluée par deux

questions : « Je prends parfois un dosage plus élevé de warfarine quand je sens qu'il est trop faible » et « Parfois je ne prends pas ma dose de warfarine parce que je me sens mieux sans ». Les patients qui répondent « fortement d'accord », « d'accord » ou « neutre » sont considérés comme non adhérent. Les patients qui répondent « en désaccord », « fortement en désaccord » sont considérés comme adhérent.

Intervention par vidéo : 3 vidéos ont été créées pour cette étude. Les 600 patients ont été répartis de manière aléatoire à une des vidéos ou au groupe contrôle. La randomisation a été effectuée avant le premier envoi annonçant l'étude. La procédure de l'étude est identique pour tous les groupes jusqu'à l'envoi des vidéos. Chaque vidéo met en scène un médecin et un patient discutant des éléments clés quant à la gestion de médicaments anticoagulants. Ces points clés ont été déterminés par les membres de l'équipe de recherche jugeant ces éléments comme les plus importants à savoir pour le patient. Un projet de script a été créé et recouvre ces points essentiels sans référence à des anecdotes ou des données statistiques. Le script a ensuite été examiné en identifiant les points où des anecdotes de patient ou des preuves statistiques pouvaient être intégrées sans interrompre la fluidité du dialogue. Le but étant de garder la rencontre aussi réaliste que possible. Les deux versions (narrative et statistique) ont été réalisées simultanément pour qu'elle reste aussi comparable que possible. Dans la version narrative, le médecin résumé les points clés en s'appuyant sur des anecdotes et expériences d'autres patients. Dans la version statistique, le médecin discute des mêmes points clés, mais s'appuie sur des preuves scientifiques avec des statistiques venant de la littérature médicale en utilisant un langage soutenu. Lorsqu'une preuve est insérée dans une version, une preuve est également insérée dans l'autre version pour les maintenir comparables. Dans la version vidéo combinée, le médecin utilise les deux types de preuves. À l'exception des anecdotes et des statistiques, le dialogue est identique dans les deux vidéos. Les mêmes acteurs sont utilisés dans les trois versions et la longueur de la vidéo est identique si possible. Un avant-projet de vidéo a été testé auprès de 4 patients du service de consultation d'anticoagulation. La version finale des scripts a été examinée par deux auteurs médecins.

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Un questionnaire a été envoyé avant l'intervention. Un autre a été envoyé après l'intervention. Les personnes sélectionnées ont été réparties dans les 4 différents groupes avant le premier envoi. Le premier envoi décrit l'étude et indique qu'un questionnaire sera envoyé. Le deuxième envoi contient le questionnaire de base et 5 dollars. Une fiche d'information et un formulaire sont inclus dans l'envoi afin d'avoir la permission écrite pour l'accès aux informations protégées sur les patients. Le fait de compléter le questionnaire est suffisant pour participer à tous les autres aspects de l'étude. Plus ou moins 3 semaines après que le bureau de recherche ait reçu les questionnaires, la vidéo et le second questionnaire sont envoyés aux patients s'ils sont dans un groupe où ils doivent visualiser une vidéo avec 10 dollars. Les patients du groupe contrôle ne reçoivent que le questionnaire avec 5 dollars. Cette feuille reporte les résultats des patients qui ont participé à la phase d'intervention de l'étude. 317 patients ont complété le questionnaire de base et celui après l'intervention. Sur ces 317 personnes, 270 ont donné leur consentement à l'équipe de recherche pour qu'ils accèdent aux dossiers cliniques afin d'examiner les documents relatifs à l'adhésion aux recommandations sur la surveillance de laboratoire.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Traitement des données et présentation</p>	<p>Des <i>Cronbach's alpha</i> ont été calculés pour les connaissances et les croyances des patients, afin de mettre en évidence la fiabilité des données.</p> <p>Le résultat obtenu pour les connaissances se présente en pourcentage de bonnes réponses sur les 22 items. Par rapport aux croyances liées à la warfarine, un facteur d'analyse a été utilisé pour trier les croyances au sein des sous-groupes. Les items avec un facteur de saturation de 0,40 ou moins ont été écartés. Les items avec un facteur entre 0.40 et 0.50 ont été gardés pour autant que le contenu et la fiabilité de l'analyse suggèrent que les items ont contribué à une meilleure mesure de la construction sous-jacente. Les résultats des croyances et de l'intention à l'adhérence ont été calculés comme la moyenne des éléments inclus dans l'échelle, pouvant varier de 1 à 5.</p>

Des tests Chi-square ont été utilisés pour comparer les groupes d'étude sur l'âge, le genre, la race, l'adhérence aux rendez-vous de laboratoire, l'adhérence au dosage de la warfarine.

ANOVA a été utilisée pour tester les différents groupes sur les mesures de base des connaissances, des croyances et de l'intention à l'adhérence au test de laboratoire.

La fréquence pour tous les questionnaires de base et en post-intervention a été examinée. Le résumé des résultats pour chaque ensemble d'items sur les connaissances ou les croyances a été calculé. Des analyses régressives ont été réalisées pour mettre en évidence les différences de performance en fonction de l'intervention.

Trois comparaisons ont été faites. Les sujets qui ont vu une des vidéos ont été comparés aux sujets du groupe contrôle. Les sujets qui ont vu une vidéo contenant des preuves narratives (soit seule, soit narratives et statistiques) ont été comparés aux sujets ayant vu une vidéo avec des preuves statistiques uniquement. Les sujets qui ont vu une vidéo avec des preuves narratives uniquement ont été comparés aux sujets ayant vu une vidéo avec preuves narratives et statistiques. Pour chaque comparaison, des analyses régressives ont été utilisées avec le changement de résultat comme variable dépendante. Les analyses ont été conduites avec ou sans l'inclusion du score de base correspondant dans le modèle comme co-variable (ex. le score de base sur les connaissances est inclus lorsque le score évaluant les connaissances dans l'après-intervention est différent, l'analyse est alors répétée sans cette co-variable). Toutes les analyses incluent des ajustements pour l'âge, l'éducation, le genre. Le critère de $p < 0.05$ détermine la significativité statistique.

Plusieurs tableaux mettent en évidence les résultats de la recherche. Il y a aussi des légendes explicatives en dessous des tableaux en tant que compléments. Les textes font références aux tableaux sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour comprendre les résultats. La comparaison des scores de base sur les connaissances, les croyances et l'intention à l'adhérence aux tests de laboratoire ne révèle pas de différence entre les différents groupes.

- 5 % des répondants ne savent pas qu'ils doivent appeler le service de consultation d'anticoagulation s'ils se coupent et qu'ils n'arrêtent pas de saigner
 - 13% ne savent pas qu'il faut appeler s'ils remarquent un hématome inexpliqué
 - 13% ne savent pas qu'il faut appeler s'ils remarquent du sang dans les urines ou
- En prenant ces trois conditions ensemble, 23% ne savent pas qu'ils doivent signaler au moins un de ces trois problèmes.
- 83% savent que trop peu de warfarine dans le sang peut causer AVC
 - 21% savent que trop de warfarine peut causer un AVC
 - 13% ne savent pas que trop de warfarine peut causer des hématomes.
 - 36% ne savent pas que la warfarine peut causer des saignements au niveau de l'estomac.
 - 13% croient qu'oublier un rendez-vous de laboratoire n'est pas un gros problème et 12% croient pouvoir dire si leur niveau de warfarine est au bon niveau par rapport à comment ils se sentent.

La comparaison des résultats entre les groupes qui ont regardé des vidéos et le groupe contrôle (avec les données de base appropriées) mettent en évidence une meilleure amélioration des connaissances que celle du groupe contrôle ($p = 0.001$). Cela montre aussi des changements positifs dans leurs croyances sur l'importance des tests laboratoire ($p = 0.010$) et un changement positif quant au fait de prendre de la warfarine est bénéfique ($p = 0.012$).

Il y a des indications comme quoi les patients du groupe contrôle sont moins susceptibles d'exposer une meilleure participation aux tests de laboratoire durant la deuxième période de mesure que les patients ayant vu une vidéo. Mais la différence n'est pas significative ($p = 0.07$).

La comparaison des résultats entre les différents groupes de patient montre que les patients qui ont vu une vidéo où

	<p>l'éducation s'appuie sur des preuves narratives ou narratives et statistiques en même temps ont des croyances plus fortes sur le fait que les tests de laboratoire sont importants par rapport aux patients qui ont vu une vidéo où les preuves sont statistiques ($p = 0.05$).</p> <p>Lorsque le score de connaissance de base est inclus comme co-variable, les résultats suggèrent que les patients ayant vu une vidéo avec des preuves narratives gagnent au niveau des connaissances ($p = 0.006$), mais ce résultat n'est pas significatif si les données de base ne sont pas incluses comme co-variable ($p = 0.15$).</p> <p>La comparaison entre les patients qui n'ont vu qu'une vidéo basée sur des preuves narratives et ceux qui ont vu une vidéo basée sur les preuves narratives et statistiques ne montre pas de différence significative ($p =$ de 0.17 à 0.86).</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>L'utilisation de preuves narratives telles que des anecdotes de patients dans la communication sur la warfarine est plus efficace.</p> <p>Il avait été prédit que les preuves narratives seraient plus efficaces dans tous les domaines. Mais l'absence d'un effet constant n'est pas surprenante compte tenu des résultats des études antérieures. Les résultats sont prometteurs, mais loin d'être définitifs. Il y a clairement un besoin pour le futur travail sur le terrain d'investiguer systématiquement les facteurs influençant et sous quelles conditions les preuves narratives ont un impact, de quel impact s'agit-il, quelles sont les interactions ?</p> <p>En accord avec Hinyard et Kreuteur qui ont conclu leur recherche sur la communication narrative comme un outil de changement de comportement en recommandant l'organisation de la recherche future en fonction des éléments fondamentaux de la communication (la source, le message, la chaîne, le récepteur). Une version de ce modèle de communication « the Communication-Human Information Processing (C-HIP) » a été proposée et appliquée à un vaste</p>

corpus de recherches autour de la communication d'informations d'alerte. Ce modèle élargit le simple modèle de communication en incluant des sous-étapes (la capture d'attention et son maintien, la compréhension, la mémoire, les attitudes et les croyances, la motivation, le comportement) du processus d'information se produisant chez le récepteur. Le processus peut être entravé ou amélioré à toutes les étapes ou sous-étapes. Appliqué ce modèle aux messages narratifs pourrait postuler comment les manipulations des différentes caractéristiques des messages narratifs peuvent influencer comment le message est intégré à chaque étape et en fin de compte comment ces manipulations peuvent influencer les comportements. Ce modèle suggère que la capture d'attention et sa maintenance sont les étapes critiques dans le processus. Il serait possible de concevoir une expérience investiguant spécifiquement si les preuves narratives ou statistiques influencent différemment l'attention. Cela serait mesuré par le regard, le contact visuel, la description de la personne et d'autres mesures. Les récits narratifs testés pourraient systématiquement déterminer si les effets sont dus aux caractéristiques suggérées dans la littérature comme la vivacité, le réalisme ou des événements spécifiques. Comparé les expériences peut être effectué par l'investigation des différences dans le processus à chaque sous étapes, aussi bien qu'à l'étape ultime, le comportement change.

Cette étude a également mis en évidence que les vidéos mettant en scène un médecin et un patient discutant de la gestion médicamenteuse du traitement anticoagulant et l'importance de la surveillance ont un effet positif sur les connaissances des patients. L'impact des vidéos sur les croyances du patient est mixte. Voir la vidéo est associé à une plus forte croyance dans l'importance à l'adhérence aux recommandations pour la surveillance en laboratoire et peut être associée avec une plus forte croyance dans les bénéfices de la warfarine. Il n'y a pas de preuve d'effet de la vidéo sur les tendances à l'inquiétude des patients à propos de la warfarine ou sur leurs perceptions de la prise de warfarine comme étant quelque chose de difficile, confus.

Des résultats du questionnaire de base ont une meilleure note à cause de leur importance clinique. Tout d'abord, certains

patients ont démontré des croyances potentiellement dangereuses et des lacunes sur leurs connaissances de la warfarine. Deuxièmement, la non-adhérence est une préoccupation significative. Plusieurs patients ont oublié un rendez-vous de laboratoire durant les six mois qu'a duré l'étude. Certains ont rapporté être non-adhérent au dosage, mais idéalement aucun patient ne devrait ajuster lui-même le dosage. La non-adhérence aux recommandations de dosages ou contrôles de laboratoire est un comportement à risque pouvant conduire à une mise en danger de l'individu à cause de complications. Pour le futur, il est important de remarquer que les patients dans cette étude ont reçu des soins d'un service de consultation d'anticoagulation, où ils ont reçu une éducation sur l'anticoagulation sur inscription et durant des interactions régulières avec le personnel du service. Il est attendu de ces patients qu'ils aient des bonnes connaissances que les patients ayant reçus des soins dans un service de soins primaires.

Les vidéos utilisées dans cette étude n'éliminent pas les lacunes, les croyances incorrectes ou les comportements de non-adhérence. Mais le fait que les vidéos ont un impact positif est encourageant et suggère que les futures recherches dans ce domaine sont garanties. Les vidéos fournissent un chemin efficace pour la transmission d'informations complexes aux patients et sont une option (coût-efficacité) pour suppléer les efforts des cliniciens dans l'éducation aux patients sur l'anticoagulation. En plus, les vidéos donnent la possibilité de répéter le message d'éducation. Plusieurs participants de l'étude ont dit avoir regardé la vidéo plus d'une fois ou qu'ils l'ont regardé avec un membre de la famille. La valeur de donner les informations par écrit à la maison est largement reconnue, mais pour les patients qui ont de la difficulté à lire, une vidéo à la maison est plus efficace. Si la personne n'a pas le matériel pour voir la vidéo à la maison, il y a la possibilité de la voir au service de consultation.

Les résultats suggèrent que tous les patients peuvent bénéficier d'une éducation « *refresh* » sur la warfarine de manière périodique. Les cliniciens ne doivent pas supposer que les patients sous anticoagulants depuis plusieurs mois ou années aient des connaissances adéquates sur la manière de gérer le traitement médicamenteux en toute sécurité.

	<p>Cette étude fournit certains supports pour les hypothèses mentionnant que les preuves narratives sont plus efficaces que les statistiques dans la communication d'information sur la médication gérée dans des conditions en sécurité. Ces résultats démontrent que la vidéo offre une méthode efficace pour fournir une éducation au patient et que les patients sous anticoagulants à long terme font un usage plus approprié dans la gestion médicamenteuse lorsqu'ils ont des « refresh » périodiques d'éducation.</p> <p>Oui, les chercheurs en parlent de la généralisation des résultats. Ils mentionnent que les résultats de cette étude sont probablement généralisables à une population comparable, spécifiquement pour des patients sous anticoagulant et suivi par un service de consultation spécialisé en anticoagulation. Par contre, il n'est pas connu si les résultats sont généralisables auprès de patients recevant des soins dans d'autres milieux. De plus, la plupart des participants étaient membres du groupe majoritaire et venaient de la même région, la possibilité de généralisation des résultats aux individus du groupe minoritaire ou d'une autre région n'est pas connue. Pour finir, cette étude n'évalue pas l'impact des stratégies de communication sur le long terme, car le questionnaire post-intervention a été rempli directement après avoir regardé la vidéo.</p>
Perspectives futures	<p>Les cliniciens doivent être conscients que de nombreux patients recevant des anticoagulants oraux ont des lacunes importantes sur les connaissances du traitement de warfarine. Ils ont des croyances potentiellement dangereuses, même après avoir reçu une éducation initiale sur la warfarine et les fréquences de surveillance. C'est pourquoi il est conseillé d'évaluer les connaissances, les croyances et les pratiques dans le respect de la gestion de l'anticoagulation et la surveillance que le patient a, afin de fournir fréquemment des informations clés et d'offrir un rafraîchissement périodique avec du matériel d'éducation thérapeutique. Incorporé des anecdotes de patients au sein du dialogue entre le médecin et le patient ou du matériel améliore l'efficacité du message.</p>
Limites et évaluation	<p>Les auteurs mentionnent les limites de l'étude. Tous les patients invités à participer à l'étude ne l'ont pas fait.</p>

globale	<p>Approximativement 53% de ceux qui ont reçu une invitation ont complété le questionnaire de base, regardé la vidéo et complété le questionnaire de post-intervention. Au total 193 patients ont choisi de ne pas participer à l'étude ou n'ont pas répondu aux mails. Les autres raisons des pertes : (N =24) la demande ne remplit pas les conditions nécessaires (N = 44) manque d'accès à un VCR, (N = 22) mail non délivré.</p> <p>Comme les questionnaires et les vidéos ont été distribués par mails, il n'y a pas de supervision lorsque les patients complètent le questionnaire ou regarde la vidéo. Cependant, cela a permis de recruter un plus grand échantillon et d'inclure les personnes n'ayant pas la possibilité de se déplacer jusqu'au bureau de l'étude. Ceci signifie que les patients pourraient avoir discuté des questions avec d'autres personnes à la maison. Il est donc important de remarquer les potentielles limitations de la généralisation des résultats.</p> <p>Les médecins devraient savoir qu'un grand nombre de patients recevant une anticoagulation orale ont des lacunes importantes quant à leurs connaissances de la warfarine. Ceci peut les amener à avoir des croyances dangereuses même après une éducation initiale sur la warfarine. C'est pourquoi il est conseillé d'évaluer les connaissances, les croyances et les pratiques des patients dans la gestion du traitement AVK, ainsi que les surveillances à faire. Il est également important de fournir aux patients un renforcement des informations clés et d'offrir des « refresh » périodiques avec du matériel d'éducation. De plus, intégrer des anecdotes de patients dans la discussion ou utiliser du matériel peut augmenter l'efficacité du message.</p>
---------	--

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Macfee Winans, A. R., Rudd, K. M. et Thriller, D. (2010). Assessing anticoagulation knowledge in patients new to warfarin therapy. <i>The Annals of pharmacotherapy</i>. 44 (7-8), 1152-1157. doi : 10.1345/aph.1P092</p> <p>Grille quantitative Étude prospective Traduction libre</p>	
Introduction	
Énoncé du problème	Aux Etats-Unis, la warfarine est l'unique anticoagulant disponible couramment. Son efficacité n'est plus à démontrer, mais son utilisation comporte des risques de complications telles que des hémorragies mortelles. Les effets dangereux de ce médicament sont associés à son étroit intervalle thérapeutique. Les enjeux quant à la sécurité du traitement par warfarine sont liés à sa fréquence d'utilisation en ambulatoire. En effet, la surveillance limitée des patients n'est pas tout à fait consciente des risques et des complications. Il est donc essentiel d'apporter les conseils adéquats aux patients au sujet de leur traitement anticoagulant. De plus, il est nécessaire de recenser différents facteurs influençant la sécurité et l'efficacité de la warfarine, soit l'alimentation, la consommation d'alcool, l'association à d'autres médicaments, la maladie et l'adhérence.
Recension des écrits	Les auteurs mentionnent des études mettant en évidence que le manque de connaissances des patients sur le traitement anticoagulant par warfarine est directement corrélé à une faible adhérence, conduisant les individus à une gestion et un contrôle de l'anticoagulation précaire. De plus, ils précisent que la littérature suggérant les meilleurs moyens pour mesurer la quantité et l'adéquation des connaissances a été obtenue par le mandat d'éducation des patients hospitalisés.
Cadre théorique ou conceptuel	La commission mixte a créé des mandats appropriés, afin de réduire la probabilité de nuisances aux patients, associés au traitement anticoagulant. Ceci est le résultat du haut risque de complications lié à la prise d'anticoagulants, à des difficultés dans le dosage, à la surveillance et à un manque d'adhérence au traitement. Ces mandats incluent des exigences spécifiques concernant l'utilisation de pratiques standardisées dans le but de fournir une éducation structurée aux patients ainsi qu'à leur

	<p>famille avant la sortie de l'hôpital, étant donné que le patient se voit instaurer son traitement durant l'hospitalisation, mais que la responsabilité du suivi ambulatoire leur reste attribuée.</p>
Hypothèses	<p>Buts : Vérifier que les patients reçoivent une éducation adéquate sur l'anticoagulation durant leur hospitalisation. Déterminer s'il y a une différence de connaissances acquises entre les patients du groupe « soins habituels » et ceux du groupe programme d'interventions structurées.</p> <p>Hypothèse : le groupe « intervention » obtiendra un meilleur score au test sur les connaissances de l'anticoagulation orale par rapport au groupe recevant les soins habituels.</p>
Méthodes	
Devis de recherche	<p>Etude prospective</p> <p>L'étude a été réalisée auprès des patients hospitalisés qui se sont vus introduire un traitement de warfarine. Ils ont été recrutés du centre médical de Bassett de décembre 2007 à juillet 2008. La commission d'examen de l'institut de recherche de Bassett approuve ce projet de recherche.</p>
Échantillon et contexte	<p>Les critères d'inclusion : patients admis à l'hôpital et recevant de la warfarine pour tout diagnostic, ayant plus de 18 ans, capables de donner leur consentement, parlant l'anglais.</p> <p>Les critères d'exclusion : patient avec une démence ou des troubles cognitifs, patientes enceintes, ou déjà traités par la warfarine.</p> <p>Au début, 221 patients ont été dépistés, dont 181 ont été exclus de la recherche. 102 patients avaient déjà pris auparavant de la warfarine, 13 patients avaient des troubles cognitifs, 60 ont quitté l'hôpital avant l'intervention et 6 patients ont décliné l'invitation. Ceci donne un résultat de 40 patients inclus au total. N = 20 ont reçu les soins habituels et N = 20 ont reçu une éducation structurée par un pharmacien. Tous les patients retenus pour l'étude ont été interviewés, afin de déterminer la répartition dans un des deux groupes. Ils ont été placés dans le groupe approprié en fonction des réponses données. Le</p>

	<p>pharmacien a vérifié si la personne a déjà pris ou non de la warfarine dans le passé, car les dossiers médicaux n'étaient pas à disposition au moment de la sélection. Après cela, les patients recrutés ont été questionnés s'ils avaient ou non reçu des conseils sur la warfarine durant l'hospitalisation. Si les patients avaient parlé au sujet de la warfarine à un moment donné avec un soignant, l'individu était attribué au groupe « soins habituels ».</p>
Collecte des données	<p>Les chercheurs indiquent qu'ils se sont basés sur le test OAK (basé sur les connaissances par rapport à l'anticoagulation par oral) afin d'évaluer les connaissances des patients sur le traitement anticoagulant par oral. Il a été développé récemment et validé comme une aide dans l'évaluation des connaissances des patients sur la warfarine. Il s'agit de 20 questions à choix multiples. Ce test a été réalisé par un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé, incluant 4 experts de l'anticoagulation reconnus nationalement. De plus, cet outil a été validé pour son utilisation en recherche clinique ou pour augmenter l'éducation aux patients.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Le test a été donné à 20 patients sous traitement de warfarine au long terme (plus de 90 jours) dans le réseau de santé ambulatoire de la clinique d'anticoagulation. Le test OAK a été donné directement après la répartition dans le groupe de soins habituels. Après le test, si les patients avaient des questions ou n'étaient pas sûrs avec les réponses du test, ils avaient la possibilité de bénéficier d'une éducation supplémentaire sur la warfarine. Les patients ayant un score faible au test ont également bénéficié d'une éducation sur la warfarine. Les patients ayant reçu les soins habituels ont reçu un petit livret d'enseignement sur la warfarine, après avoir complété le test dans le but d'assurer la continuité des soins.</p> <p>Si les patients affirmaient n'avoir jamais parlé avec un professionnel de la santé au sujet de la warfarine durant l'hospitalisation, ils étaient attribués au groupe d'interventions (groupe recevant une éducation basée sur un programme structuré). Tous les patients se trouvant dans ce groupe ont bénéficié d'un entretien formel concernant l'éducation à la warfarine avec le pharmacien recruteur. L'éducation comprenait les points essentiels suivant : nom de firme et générique, indications, dosage et administration, les doses manquées, interactions avec les médicaments et l'alimentation, niveau de</p>

	<p>l'INR, surveillances, inversion de l'effet de la warfarine, complications, soins d'urgence. Les questionnaires ont été donnés aux patients après l'intervention du pharmacien. Un livret d'éducation à la warfarine a été donné aux patients, livret qu'ils devaient lire avant le test, car il fait partie du processus d'éducation. L'entretien avec le pharmacien variait entre 15 et 20 minutes pour la plupart des sessions d'éducation. Les patients complétaient le test OAK au moins 24h après l'éducation, mais avant de rentrer à domicile. Si cela était nécessaire, une éducation à la warfarine supplémentaire était fournie après le test, basée sur les réponses incorrectes du test. Les documents de l'éducation thérapeutique au patient étaient enregistrés par le pharmacien dans le dossier médical du patient.</p> <p>Il a été mis en évidence que les infirmières étaient le pilier de l'éducation au sein du groupe « soins habituels ». Il n'y a pas de conseils standardisés dans cette population, mais il a été apprécié que la plupart des infirmières impriment les informations de la série de « soins et santé » Microdemex. Elles le donnaient aux patients dans le but de fournir une éducation consciencieuse. Par contre, aucun acte d'éducation aux patients n'était documenté dans le dossier médical par rapport aux soins habituels prodigués.</p> <p>Les patients ont tous donné leur consentement avant l'intervention et le test.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Traitement des données</p>	<p>Les auteurs ont cherché à détecter une différence de 10% dans les résultats du test entre le groupe de soins habituels et le groupe d'intervention. Les résultats spécifiques du test OAK ne sont pas directement corrélés avec les résultats cliniques. Ce degré de différence choisi est représentatif d'une compréhension suboptimale d'un ou plusieurs points d'éducation reliés à la warfarine inclus dans le test OAK. Un niveau prédéfini de pouvoir de 90% et un alpha de 0.05 ont été utilisés. Basé sur ces statistiques, il a été déterminé qu'un minimum de 37 patients serait nécessaire pour un pouvoir adéquat.</p> <p>Les résultats au test OAK entre le groupe intervention et le groupe de soins habituels ont été comparés en utilisant une</p>

	<p>analyse à deux voies de covariance, ajustées aux individus (sexe, âge, années d'éducation), Le sexe, l'âge, les années d'éducation ne sont pas significatifs dans ce modèle. Les comparaisons entre les deux échantillons ont été prises en compte. Le test non-paramétrique de Wilcoxon a été utilisé. Les comparaisons entre groupes d'âge et années d'éducation ont amené à l'utilisation d'un t-test student's. La part de femmes et la part de réponses correctes entre les groupes ont été comparées par l'utilisation de khi carré test et des tables 2x2 contingentes.</p> <p>Pour les cas où le nombre de cellules était inférieur à 5, le test de Fisher a été utilisé.</p> <p>Les résultats du test OAK ont été exprimés par le pourcentage de réponses correctes sur les 20 questions. Les valeurs reportées de p étaient bilatérales avec une significativité statistique déterminée par un niveau de 0.05. Toutes les analyses ont été effectuées par la version 9.1.3 du SAS. (institut SAS, Cary, NC).</p>
Présentation des résultats	<p>En raison des difficultés rencontrées avec le recrutement des patients, il n'a pas été possible de recruter le nombre total de patients dicté par le pouvoir d'analyse (N = 74). L'étude a été réalisée avec un total de 40 personnes (20 par groupe). La différence entre les groupes étudiés était plus importante que prévue.</p> <p>Un résultat au test OAK de 72% sur 100% a été atteint. Ce score était conforme à ce que mentionne une étude validée par Zeolla et al. et a été fixé comme objectif du résultat au test OAK par les patients hospitalisés. Le résultat du groupe d'intervention été significativement plus élevé au test OAK que le groupe des soins habituels (74% contre 55%, p = 0.004).</p> <p>Un tableau est inséré dans la recherche et met en évidence les caractéristiques de base des participants à l'étude. Un deuxième tableau met en évidence les résultats obtenus au test OAK. Le score minimum obtenu auprès du groupe « soins habituels » est de 5% de réponses correctes, alors que dans le groupe « intervention », il est de 55%.</p>
Discussion	
Intégration de la théorie et	<p>L'étude montre que les patients recevant les soins habituels ne parviennent pas à acquérir des connaissances suffisantes quant au traitement de warfarine avant la sortie de l'hôpital. Le groupe ayant reçu une éducation sur la warfarine avec un</p>

des concepts	<p>modèle structuré a un meilleur résultat de 19% au test OAK par rapport à l'autre groupe. Le score minimum obtenu au test OAK entre les deux groupes a une variation importante. Le score minimum obtenu par le groupe d'intervention est identique au score moyen atteint par le groupe de soins habituels. Les résultats sont favorables au groupe d'intervention et montre une significativité statistique ($p = 0.004$).</p> <p>Dans cette étude le groupe d'intervention a démontré un score moyen de 74%. Ce chiffre dépasse l'objectif fixé à 72% ($p > 0.005$). Il est possible que cette différence soit le résultat d'une plus récente éducation dans le groupe d'intervention. Le fait d'améliorer l'éducation au patient conduit à une meilleure connaissance de la warfarine, ce qui améliore sur le long terme la sécurité du patient.</p> <p>Tang et al ont trouvé une corrélation positive entre les connaissances du patient sur la warfarine et sur les valeurs des normes thérapeutiques de l'INR.</p> <p>Roddie et Pollock ont reporté que les patients avec des meilleures connaissances sur la warfarine ont un meilleur contrôle sur l'anticoagulation. Mais Davis et al. ont reporté que les connaissances sur la warfarine ne sont pas significativement liées à un meilleur contrôle de l'anticoagulation.</p> <p>Une étude menée par le groupe d'étude sur l'anticoagulation de Newcastle n'a pas réussi à démontrer la relation entre les connaissances et les niveaux de l'INR. La confirmation de cette théorie dans un grand essai prospectif bien conçu devrait permettre une évaluation de résultats cliniquement significatifs comme le renforcement au long terme de la sécurité et de l'efficacité.</p> <p>Cette étude pilote montre qu'il y a une large variation de quantité de connaissances du patient sur la warfarine avant le retour à domicile au sein des établissements hospitaliers, comme le démontre le test OAK. La population de l'étude est significativement plus performante dans un test de validation après avoir reçu une forme structurée d'éducation par un</p>
--------------	---

	<p>pharmacien par rapport à des soins habituels. Les auteurs mentionnent que les résultats obtenus dans cette étude possèdent une généralisation limitée. Tous les patients inclus dans cette étude étaient de couleur blanche, ce qui reflète la population étudiée par Zeolla et al. L'ethnicité de cette population d'étude était très homogène. Le niveau d'éducation et l'âge des participants variaient légèrement et étaient conformes à ceux observés dans les études de validation, ce qui peut être généralisable aux aires rurales dans les US.</p>
Perspectives futures	<p>Depuis la fin de cette étude, une brochure a été préparée comme outil universel de conseils aux patients pour les éducateurs et l'équipe, afin de suppléer tous les patients dans leur thérapie par warfarine. Dans l'institution d'étude, les efforts en regard de l'éducation aux patients continueront à prendre leur place, aussi bien que les établissements hospitaliers du pays feront l'effort de fournir une amélioration de la sécurité du patient et adhéreront aux exigences de la commission commune.</p> <p>Documenté le processus d'éducation aux patients dans les dossiers de soins est essentiel aux institutions, pas seulement pour adhérer aux exigences de la commission commune, mais aussi pour s'assurer que chaque patient a reçu des conseils compréhensifs.</p> <p>Il serait bien d'effectuer pour d'autres établissements des études prospectives randomisées plus larges, afin de déterminer si les conseils structurés sur la warfarine conduisent à une amélioration de l'éducation du patient et de la sécurité quant au haut risque de complications associé à la warfarine.</p>
Limites et évaluation globale	<p>Durant l'étude en cours, ils reconnaissent que l'éducation à la warfarine est rarement effectuée par le biais de soins habituels avant la sortie de l'hôpital. Le recrutement de patients bénéficiant de soins usuels a été difficile. En plus, les auteurs ont déterminé que les infirmières dans les étages de médecine et de chirurgie apportent la majorité de l'éducation du groupe de soins habituels. La quantité, la qualité et éventuellement la répartition des connaissances sur la warfarine obtenues par les participants de ce groupe semblent être pauvre en comparaison au groupe d'intervention. Cependant, il est plausible que les conseils fournis aux patients n'étaient pas aussi structurés ou approfondis en raison des contraintes de temps et des</p>

contraintes sur les infirmières donnant l'éducation. Il serait digne d'intérêt de voir si le groupe de soins habituels produit un résultat plus élevé au test par la récréation dans cette étude d'un environnement plus contrôlé. Cette étude affiche des résultats réalistes dans le monde de tous les jours et devraient être interprétés en tant que tel.

Les auteurs mentionnent une deuxième limite à l'étude. Les investigateurs étaient au courant des questions posées dans le test OAK avant de réaliser l'éducation thérapeutique. Ils auraient donc pu éduquer le patient dans une certaine direction. Éthiquement, tous les patients devraient être correctement éduqués sur la warfarine, ce qui inclut au minimum des points à discuter durant l'intervention structurée par le pharmacien. Chacun de ces sujets se retrouve au moins dans une catégorie de questions dans le test. Le favoritisme des chercheurs ne devrait pas être une question si chaque patient est conseillé correctement sur la warfarine. Les auteurs reconnaissent cependant que le favoritisme des investigateurs ne peut pas être exclu.

La répartition des patients dans le groupe d'intervention dépend du feedback des patients. Le groupe dans lequel le patient était inclus dépendait du patient. Dans l'idéal, il y aurait une forme plus structurée, afin de déterminer le groupe approprié aux patients. Étant donné que l'éducation du patient sur la warfarine n'était pas décrite dans les dossiers des patients, la manière la plus compréhensive pour répartir les gens dans les deux groupes était de se baser sur leur propre discours.

Cette étude mentionne qu'une brochure accompagnant l'éducation thérapeutique est donnée aux patients depuis la réalisation de l'étude. La partie discussion structurée a démontré son efficacité et l'infirmière (même si dans la situation, il s'agit d'un pharmacien) possède les compétences et les connaissances pour réaliser un enseignement structuré sur l'anticoagulation par warfarine.

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Saligari, E., Belle, L., Berry, M., Gonod, V., Poiré, A., Picard, E., Vialle, E., et Desjoyaux, E. (2003). Évaluation d'un programme d'éducation des patients sous antivitamine K. <i>Annales de cardiologie et d'angéiologie</i>. 52 (5), 297-301.</p> <p>Grille quantitative</p> <p>Étude prospective</p>	
Introduction	
Énoncé du problème	Les auteurs mettent en évidence le fait que les patients sous traitements AVK sont à risque permanent, si leur traitement est déséquilibré, d'événements hémorragiques ou thrombotiques.
Recension des écrits	<p>Les auteurs mettent en évidence plusieurs résultats d'étude.</p> <p>Une enquête indique que 13% des hospitalisations pour un événement hémorragique sont liées au traitement AVK. Cette enquête a également mis en évidence le fait que 45% des patients seulement des patients avaient un INR dans les normes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au niveau européen, il existe des systèmes d'éducation s'adressant à la population sous AVK : cliniques d'anticoagulants, aides à la prescription par ordinateur par exemple. - L'éducation a déjà démontré son impact quant à la diminution des effets indésirables.
Cadre théorique ou conceptuel	Les auteurs mentionnent que le terme d'éducation thérapeutique, dans la littérature anglo-saxonne, correspond aux actes ayant pour but d'aider le patient dans l'acquisition et le maintien d'aptitudes. Ces dernières lui donneront la possibilité de gérer adéquatement sa vie comprenant également l'aspect pathologique. De plus, l'idée de partenariat apparaît entre le patient et l'équipe soignante. Le patient devient alors acteur de sa prise en charge et par conséquent assume ses soins.
Hypothèses	<p>Les hypothèses ne sont pas clairement formulées, mais elles sous-entendent que l'éducation aura une influence sur les patients, puisque les auteurs désirent évaluer l'impact de ce programme d'éducation sur les patients (connaissances et INR seront évaluées).</p> <p><u>Question de recherche</u> : Quel est l'impact thérapeutique du programme d'éducation thérapeutique auprès des patients</p>

	sous traitements AVK ?
Méthodes	
Devis de recherche	<p>Etude prospective</p> <p>L'éducation a débuté en septembre 1999 et continue de se poursuivre au jour de l'écriture de l'article. Cependant, les évaluations de l'effet de l'éducation ont été réalisées jusqu'en juin 2000.</p>
Échantillon et contexte	<p>L'échantillon est composé de patients sous traitement AVK consultants ou hospitalisés dans le service de cardiologie de l'hôpital. La participation se fait sur inscription libre, mais un maximum de 10 personnes par séance était toléré. Les caractéristiques des individus sont variables : différents âges, catégories socioprofessionnelles, pathologies, spécialités médicamenteuses, ainsi qu'un temps d'instauration différent. Il n'y a pas de critères d'exclusion pour les patients recrutés pour l'étude.</p> <p>En tout, ce sont 88 patients qui se sont inscrits en 9 mois. Seulement 55 patients ont participé au programme dans sa globalité. Il y avait 17 femmes et 38 hommes. La moyenne d'âge de la population était de 65.9 ans (ET = 13). 13 patients étaient sous traitement anticoagulant pour une pathologie thrombo-embolique veineuse et 41 patients pour une maladie cardiaque (attention, il manque une personne pour les maladies). 45 personnes étaient sous préviscan et 10 personnes sous sintrom.</p>
Collecte des données	<p>En ce qui concerne le niveau de connaissances des patients, un questionnaire comprenant 12 questions leur a été donné. Le questionnaire a été rempli avant l'éducation, après la deuxième séance et 6 mois après la participation aux séances. L'état des connaissances a été comparé en reprenant la moyenne de réponses justes obtenues aux questionnaires.</p> <p>Pour les INR, l'impact de l'éducation a été évalué en prenant en considération les INR 6 mois avant et 6 mois après la participation. Puis, le pourcentage moyen des INR en zone thérapeutique a été comparé. L'écart des INR en dehors des</p>

	normes a également été évalué en prenant les extrêmes. Cependant, ces écarts ne prennent pas en considération les possibles variabilités journalières de l'INR entre chaque contrôle. Les auteurs font donc l'hypothèse que l'INR varie de façon linéaire entre les examens de laboratoire. Les tests statistiques ont permis d'établir une comparaison entre les temps moyens que les participants ont passés dans les normes thérapeutiques avant et après le programme d'éducation thérapeutique.
Déroulement de l'étude	Les patients inscrits (droit des patients respectés, protection des données dans la publication des résultats) à l'étude ont participé à deux séances. Chaque séance durait environ 1h, à un écart d'une semaine. Les soins éducatifs étaient prodigués par deux infirmières, avec la participation du médecin au besoin. Durant la première séance, les patients recevaient des informations par le biais d'un cours donné à l'aide de transparents. C'est à ce moment que les patients ont reçu le carnet de surveillance. Durant la deuxième séance, des cas cliniques étaient présentés afin de discuter de modalités plutôt pratiques de la médication. Ces rencontres avaient pour but de remémorer aux patients des éléments basiques de leur traitement, le but de ce dernier, ainsi que le mode d'action. Des liens entre les pathologies et le risque thrombo-embolique étaient faits. Les professionnels de la santé décrivaient aussi les surveillances à effectuer, que ce soit au niveau de la clinique (signes hémorragiques) ou biologique (INR → ce qu'il mesure, la variation, la fréquence de contrôle). Les réactions que les patients devaient avoir en cas d'hémorragie étaient abordées. Enfin, des aspects plus pratiques du traitement médicamenteux étaient discutés, comme la prise journalière du traitement, l'alimentation, les interactions avec d'autres traitements, le fait d'avoir sur soi la carte de groupe sanguin et la carte précisant le traitement médicamenteux.
Résultats	
Traitement des données et présentation	Les moyens utilisés dans la présente étude sont un questionnaire, un examen des INR et une analyse statistique avec le test de student et du khi carré pour comparer les résultats avant et après l'éducation. Le traitement des données a été réalisé par le logiciel SPSS. Les résultats sont mentionnés sous forme de graphique et de tableaux.

	<p>Par rapport aux connaissances le taux de réponses justes avant l'éducation varie entre 60% et 90%. Plus ou moins 70% des patients ont avec eux leur carte de groupe sanguin et la carte précisant le traitement AVK. Plus de la moitié des gens n'ont pas connaissance des risques de surdosage et de sous-dosage. 11% des réponses sont justes lorsque les patients sont questionnés sur les signes hémorragiques. Après le programme d'éducation, l'amélioration des connaissances est significative. Le taux de réponses justes passe de 6.63 sur 12 à 11.14 sur 12 ($p < 0.0001$). Après six mois, les individus n'oublient que peu d'informations. Le taux passe à 10.1 sur 12. Cependant, cette diminution est significative ($p < 0.0001$). Concernant l'INR, le taux d'INR en zone thérapeutique augmente de 45% avant l'éducation à 61% après ($p < 0.0001$). La moyenne des écarts de la valeur de l'INR obtenue et la valeur souhaitée diminue également de manière significative ($p < 0.0016$), passant de 0.54 avant le programme d'éducation à 0.40 après. Pour finir, le temps passé par les patients en moyenne dans la zone thérapeutique augmente après le programme d'éducation, soit de 49% avant à 65% après ($p < 0.001$).</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les auteurs s'appuient sur d'autres études réalisées. En 1996, Christen et al. démontrent que 50% des patients ne connaissaient pas l'effet et le but du médicament. Taylor et al stipulent qu'uniquement 66% des patients avaient connaissances qu'un autre traitement médicamenteux pouvait faire varier la coagulation. Un autre axe apparaît dans l'étude de Burns et al en 1998. En effet, 52% des patients seulement sont convaincus du besoin de la médication anticoagulante. Les enjeux de l'éducation thérapeutique se situent entre l'apport d'information et la compréhension du patient, ainsi que les changements de comportements induits par la mise en place du traitement. Dans cette étude, l'impact de l'éducation a été prouvé par une amélioration de la stabilité de l'INR. Même si les connaissances et l'équilibre du traitement sont améliorés, rien ne prouve que les patients adopteront toujours ces attitudes dans le cas où des problèmes surviendraient. De plus, le facteur temps implique une perte de connaissances. En effet, 40% des patients oublient les informations données au</p>

	<p>moment de l'introduction du traitement selon Ansell et al.</p> <p>L'étude a donc mis en évidence l'efficacité du programme d'éducation dans le service. D'autres avantages en ressortent comme le partage d'expériences entre patients, les séances permettent de consacrer du temps à la formation, l'utilisation d'autres supports est possible comme les supports visuels. Pour finir, ce programme permet de susciter la prise de conscience de l'importance de l'éducation. L'outil utilisé s'intègre dans la démarche de soins. Les patients sont satisfaits de ces démarches qui leur permettent de devenir acteurs de leur propre santé.</p>
Perspectives futures	<p>Les auteurs mentionnent que le projet mis en place dans l'établissement d'Annecy quant à l'éducation se poursuivait toujours au moment de la rédaction de l'article, soit 4 ans après le début de la mise en place des interventions. L'efficacité prouvée sur l'amélioration des connaissances et une meilleure stabilité de l'INR a permis l'intégration de ce projet à la démarche de soins. Par contre, il est important de ne pas uniquement centrer les perspectives d'éducation dans ce projet. Cette éducation doit se substituer à la relation soignant-soigné.</p>
Limites et évaluation globale	<p>Les auteurs ne mentionnent pas les limites de la recherche.</p> <p>Dans la présente recherche, les groupes d'éducation sont accompagnés par des infirmières. Il est donc possible d'introduire ce genre de séances au sein d'établissements et d'attribuer cette tâche à l'infirmière.</p>

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Pernod G., Labarère J., Yver J., Satger B., Allenet B., Berremili T., Fontaine M., Franco G. et Bosson J.-L. (2008). EDUC'AVK: reduction of oral anticoagulant-related adverse events after patient education: a prospective multicenter open randomized study. <i>Journal of general internal medicine</i>. 23 (9), 1441-1446. doi : 10.1007/s11606-008-0690-1</p> <p>Grille quantitative</p> <p>Étude prospective multicentrique avec randomisation</p> <p>Traduction libre</p>	
<p>Introduction</p>	
Énoncé du problème	<p>Les auteurs mentionnent que le taux de complications hémorragiques majeures est estimé à 5% par année, particulièrement durant les trois premiers mois. Ce risque hémorragique est lié à la difficulté des praticiens et des patients dans la gestion de l'anticoagulation orale.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs précisent que l'utilisation de médicament AVK est efficace dans le traitement et la prévention des maladies thromboemboliques. La prise de ce type de traitement permet de diminuer de 80% le risque de rechute d'événements thromboemboliques.</p> <p>Des stratégies ont été développées afin de réduire les erreurs de dosage et de surveillance. Parmi ces stratégies figurent les cliniques d'anticoagulants, récents modèles de soins. Dans ce type de structures, les patients bénéficient d'une surveillance de l'anticoagulation et d'un ajustement du dosage. Grâce à l'utilisation de cette approche, les patients étaient durant 63.5% du temps dans la fourchette des valeurs cibles de l'INR.</p> <p>En termes de surveillances de l'INR, l'autogestion de l'anticoagulation orale a également été décrite comme efficace et aussi sûre que la gestion par un spécialiste d'une clinique d'anticoagulation. De plus, la satisfaction des patients est plus importante dans le cas où ils gèrent cela eux-mêmes.</p> <p>Récemment, une éducation et un programme de support pour les praticiens généraux a montré l'amélioration de la qualité de</p>

	la gestion de l'anticoagulation orale en ce qui concerne le temps où les patients étaient dans la fourchette des valeurs cibles de l'INR. Par ailleurs, les effets d'une compréhension insuffisante du traitement AVK par le patient ont déjà été décrits. De plus, une éducation thérapeutique insuffisante concernant le traitement AVK est corrélée à une anticoagulation mal contrôlée. Ce déficit s'est montré être le principal facteur prédictif des saignements chez les individus âgés.
Cadre théorique ou conceptuel	Les auteurs décrivent que l'utilisation de médicament AVK est efficace dans le traitement et la prévention des maladies thromboemboliques. Il permet de diminuer de 80% le risque de rechute d'événements thromboemboliques. Par contre, le concept de l'éducation thérapeutique n'est pas développé par contre et pourrait l'être.
Hypothèses	<u>L'hypothèse</u> est sous-entendue : le programme d'éducation aux patients a un impact sur la réduction du taux d'événements négatifs reliée à la prise d'AVK. Les auteurs émettent l'hypothèse que le taux d'événements hémorragiques et thrombotiques sera de 13% dans le groupe contrôle contre 7% dans le groupe d'intervention. Par ces hypothèses, les auteurs ont anticipé un pouvoir de 80% pour détecter une différence significative entre les deux groupes ($\alpha = 0.05$) avec un nombre moyen de 20 patients pour le cabinet privé ou le département hospitalier, ainsi qu'une corrélation intra-groupe de 0.05.
Méthodes	
Devis de recherche	Etude ouverte prospective multicentrique avec randomisation Ce devis va permettre la mise en évidence d'une comparaison entre le groupe d'intervention recevant un programme d'éducation spécifique et un groupe contrôle recevant les soins standards. Pour éviter un contact entre les groupes, les auteurs ont réalisé une étude avec des groupes randomisés dans 15 cabinets privés et 26 départements hospitaliers. Comme l'intervention était réalisée par les médecins en cabinet privé et les infirmières des hôpitaux ou des pharmaciens, l'unité de randomisation était le cabinet privé pour les consultations externes et le service hospitalier en milieu hospitalier. Les médecins des cabinets privés qui étaient d'accord de participer ont été

	<p>recruté parmi les spécialistes en médecine vasculaire de la région de Grenoble. Les services hospitaliers ont été sélectionnés à partir de leurs départements de soins chirurgicaux et de médecine aiguë dans l'hôpital universitaire de Grenoble, donc un hôpital d'éducation de 2200 lits et quatre hôpitaux généraux du quartier.</p> <p>Le comité d'examen institutionnel approuve l'étude. Tous les hôpitaux, les praticiens privés et chaque patient ont fourni un consentement libre et éclairé par écrit.</p> <p>Les médecins de famille de tous les patients ont été informés de la réalisation de cette étude. Le contrôle et le statut du groupe ne leur étaient pas cachés.</p>
Population et contexte	<p>Les patients ont été recrutés par les médecins des cabinets et des départements hospitaliers depuis le mois de janvier 2003 au mois de décembre 2004. Les patients ont plus de 18 ans et un diagnostic de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire impliquant l'instauration d'un traitement AVK pour trois mois ou plus.</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : personnes avec des contre-indications aux AVK, ne parlant pas le français ou qui avaient des conditions psychosociales incompatibles avec l'inscription, le processus d'éducation ou le suivi.</p> <p>Au total, 302 patients ont été inclus dans l'étude entre janvier 2003 (ou 2002 ? Attention deux dates différentes) et décembre 2004. 135 femmes pour 167 hommes, âgés entre 18 et 91 ans (médiane à 62 ans).</p> <p>Après randomisation : 160 patients étaient inscrits à l'hôpital et 142 patients étaient inscrits chez un spécialiste privé de médecine vasculaire. Les deux groupes sont similaires et comparables au niveau des caractéristiques cliniques de base (tableau 1 mais attention n=60 au lieu de 160 sur tableau ?!)</p> <p>Les cabinets privés et les départements hospitaliers ont été assignés au hasard au groupe d'intervention ou au groupe contrôle. La randomisation a été réalisée par le statisticien à l'aide d'un ordinateur afin d'obtenir des groupes comparables.</p>
Collecte des	La collecte des données a été réalisée par les médecins dans les cabinets privés et par les infirmières dans les départements

données	<p>hospitaliers. Elles concernaient la démographie, l'index des événements thromboemboliques veineux, les comorbidités, le niveau socioculturel et les facteurs pronostiques incluant l'index de risque hémorragique chez les patients en ambulatoire.</p> <p>Pour mettre en évidence le risque du caractère thrombotique dans le groupe contrôle et d'intervention, les auteurs ont utilisé une valeur de référence du risque de récurrence thrombotique basée sur les maladies thromboemboliques veineuses idiopathiques (+1), les maladies thromboemboliques veineuses récurrentes (+1) et les cancers (+1). Un résultat de un ou plus désigne un risque thrombotique élevé.</p> <p>Les infirmières de recherche ignorant le groupe d'étude ont réalisé des entretiens téléphoniques avec les patients ou leur famille 90 jours après l'inscription afin d'identifier les épisodes hémorragiques et la récurrence symptomatique de thromboses veineuses. Uniquement les épisodes hémorragiques impliquant une consultation en ambulatoire ou une hospitalisation ont été enregistré. Lorsqu'un événement était enregistré, ses caractéristiques étaient résumées dans un tableau structuré.</p> <p>À la fin des 3 mois de suivi, les infirmières de recherche ont interviewé les patients des deux groupes et évalué leurs connaissances par le biais d'un questionnaire de 18 items traitant de caractéristiques spécifiques aux AVK, les valeurs thérapeutiques, la gestion des hémorragies ou des INR hors normes et la gestion du traitement AVK durant des procédures dentaires.</p> <p>Les variables mesurées sont l'efficacité du programme par rapport aux événements hémorragique ou thrombotique, ainsi que le niveau de connaissances des patients après l'éducation.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les auteurs expliquent les interventions effectuées pour la recherche. L'intervention éducationnelle dure entre 20 et 30 minutes et consiste à réaliser une session d'enseignement individuelle en face à face. Durant cette session, les besoins du patient sont identifiés, des objectifs éducationnels sont définis et adapté au niveau de cognition et aux comportements du</p>

	<p>patient, le contenu et les stratégies d'enseignement sont choisis afin d'atteindre les objectifs. De plus, un livre avec des images est utilisé et donné aux patients pour décrire la maladie et le traitement. Une brochure spécifique résumant l'information donnée durant la session est offerte aux patients. Dans le groupe contrôle, les médecins de cabinets privés ou d'hôpital fournissent aux patients l'éducation habituelle, non structurée et leur donnent une brochure standard publiée par l'association cardiaque française.</p> <p>Les patients ont reçu comme conseil d'aller voir le médecin de famille après la sortie de l'hôpital pour le suivi ou bien d'aller chez un médecin spécialisé assurant suivi ambulatoire. Les médecins de famille ont reçu les recommandations de se conformer aux guidelines sur les traitements AVK.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Traitement des données et présentation</p>	<p>Les résultats sont présentés sous forme de texte. Utilisation du khi carré, test de Fisher et de Wilcoxon pour les analyses statistiques.</p> <p>L'efficacité du programme a été prouvée. Durant les trois mois de suivi, 15 incidents hémorragiques soit (5%) ont été enregistrés, incluant 2 incidents majeurs. Dans le groupe expérimental, il y a eu 3 hémorragies contre 12 pour le groupe contrôle (p = 0.01).</p> <p>Durant cette même période, l'incidence de la récurrence des thromboses veineuses était proche entre les deux groupes (n = 2 pour le groupe expérimental, n = 5 pour le groupe contrôle). Dans le groupe contrôle 2 cas d'embolie pulmonaire ont été observés.</p> <p>Le critère de résultat principal a été observé 20 fois (6.6% des patients), soit 5 fois auprès du groupe expérimental et 15 fois auprès du groupe contrôle. En conséquence, dans les analyses multivariées, la diminution des risques cumulés dans le groupe expérimental est statistiquement significative (p < 0.01).</p>

	<p>L'efficacité du programme d'éducation en lien avec l'âge démontre des bénéfices similaires, peu importe l'âge du patient. Les bénéfices étaient également similaires si les patients étaient éduqués à l'hôpital ou dans un cabinet privé de médecine vasculaire, peu importe le niveau socioculturel.</p> <p>L'évaluation des connaissances du patient s'est faite après 3 mois grâce à un questionnaire de 18 items avec un score possible de 0 à 20 (en annexe). La moyenne des connaissances était supérieure dans le groupe expérimental, soit 13.9 + ou – 4.5 contre 12.4 + ou – 4.9 pour le groupe contrôle ($p = 0.08$). Le niveau de connaissances était aussi plus élevé chez les patients plus jeunes, soit 14.3 + ou – 4.6 pour les patients en dessous de 70 ans contre 11.2 + ou – 4.4 pour les patients âgés de plus de 70 ans ($p < 0.01$). Pour finir, le niveau de connaissance était aussi lié au niveau socioculturel ($p < 0.01$), soit 15.4 + ou – 3.7 contre 11.5 + ou – 4.5.</p> <p>Les résultats primaires sont la survenue d'événements hémorragiques et thrombotiques. Tous les événements ont été examinés et classifiés par un comité de sélection dont les membres ignoraient le groupe de recherche. Les événements thromboemboliques récurrents ont été objectivement confirmés par les mêmes critères. Le résultat secondaire était le nombre de bonnes réponses au questionnaire de 18 items (score entre 0 et 20).</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>La prise de traitement AVK implique un risque élevé, lié à des valeurs cibles n'étant pas dans les normes. Ceci est la cause principale de l'échec de l'efficacité du traitement.</p> <p>Des stratégies ont été développées afin de garantir la sécurité et l'efficacité du traitement, dont des interventions d'éducation thérapeutique. Cependant, l'impact exact d'un programme d'éducation thérapeutique sur le traitement anticoagulant oral est toujours discutable. Certaines études ne démontrent pas d'amélioration concernant le contrôle de la thérapie, alors que d'autres mettent en évidence l'amélioration de la qualité de l'anticoagulation. Mais, ces études sont plutôt centrées sur la</p>

	<p>surveillance du laboratoire, comme le taux de pourcentage de l'INR dans les normes et le temps passé dans cette zone de valeurs thérapeutiques.</p> <p>Dans cette étude, il était question d'évaluer l'impact d'un programme d'éducation sur le taux d'événements négatifs (complications). Cette étude met en évidence qu'un programme d'éducation simple apporte des meilleures connaissances aux patients par rapport aux traitements AVK. De plus, l'incidence des complications hémorragiques ou thrombotiques était proche de ce qu'il se trouve dans les données précédentes. Dans le groupe d'intervention, cette incidence était trois fois moins élevée que dans le groupe contrôle. L'impact du programme est donc significatif et indépendant de l'âge ou du niveau socioculturel. Les auteurs mettent en évidence que les résultats obtenus sont similaires aux résultats de Beyth et al. qui ont développé un multiprogramme de gestion du traitement AVK basé sur l'éducation, mais aussi sur la surveillance du temps de prothrombine.</p> <p>Ceci montre que les résultats obtenus vont dans le sens de ce qui a déjà été démontré dans des précédentes études.</p>
Perspectives futures	<p>Les chercheurs mentionnent en conclusion que l'éducation aux patients se faisant par le biais d'un programme d'éducation engendre une diminution des complications liées aux traitements AVK. Il serait donc judicieux de continuer dans cette optique.</p>
Limites et évaluation globale	<p>Tout d'abord, les médecins de famille assurant la surveillance du traitement AVK n'étaient pas spécialement informés sur la randomisation. Cependant, ils n'étaient pas sans connaître le contrôle et le statut d'intervention. C'est pourquoi, il n'est pas exclu que les médecins aient pu déterminer l'attribution de la répartition et ont été plus ou moins attentifs à l'un ou l'autre groupe de patients. Si c'est le cas, cela pourrait être considéré comme un effet bénéfique à l'intensité du programme d'éducation.</p> <p>Deuxièmement, les auteurs n'ont pas contrôlé l'efficacité du programme sur l'INR et donc la qualité de l'anticoagulation. Ils se sont centrés sur la réduction des complications. Cela peut être un biais à la recherche. En effet, des contrôles plus</p>

fréquents pourraient être associés à moins d'effets indésirables. Mais une plus importante sensibilisation au besoin de contrôles réguliers de l'INR pourrait être considérée comme un effet bénéfique du programme d'éducation.

Troisièmement, les auteurs précisent que l'intervention d'éducation n'était pas restreinte aux équipes hospitalières. Cette étude a été conçue pour refléter le modèle de soins français dans lequel les médecins de cabinets privés gèrent l'anticoagulation orale. Mais l'étude a mis en évidence que les bénéfices étaient le même, peu importe l'équipe. Il n'est pas possible de démontrer des différences statistiques entre les deux groupes au sujet de leurs connaissances. Ceci est certainement lié au pouvoir insuffisant de l'étude.

Oui, les auteurs ont mis en évidence l'impact positif d'un programme d'éducation thérapeutique sur le traitement AVK. De plus, ils précisent qu'il n'y a pas de différences au niveau des connaissances entre l'éducation en milieu hospitalier (donné par les infirmières) et celui donné en cabinet privé (médecins).

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Khudair, I. F. et Hanssens, Y. I. (2010). Evaluation of patients' knowledge on warfarin in outpatient anticoagulation clinics in a teaching hospital in Qatar. <i>Saudi medical journal</i>. 31 (6), 672-677.</p> <p>Grille quantitative</p> <p>Étude transversale</p> <p>Traduction libre</p>	
<p>Introduction</p>	
<p>Enoncé du problème</p>	<p>Le problème de recherche est énoncé dans l'état des connaissances (introduction). L'antivitamine K (warfarine) est la médication principale en cas de pathologies cardiaques, thromboemboliques et hypercoagulabilité. Le médicament ayant une fenêtre thérapeutique étroite, des contrôles réguliers et des ajustements doivent être effectués pour qu'il soit thérapeutique tout en minimisant les risques thrombotiques sans toutefois augmenter les risques hémorragiques. Les facteurs contribuant à la fluctuation de l'INR sont la prise irrégulière du médicament, la compliance du patient ainsi que les interactions médicamenteuses et alimentaires. L'éducation et l'information aux patients sont importantes pour assurer la sécurité et l'efficacité du traitement. Les auteurs citent la littérature pour appuyer le fait qu'une éducation thérapeutique adéquate est synonyme d'une stabilité/efficacité du traitement. Les auteurs affirment que le niveau de connaissances des patients est peu connu. L'objectif de la recherche est d'évaluer la qualité de l'éducation des patients est leurs connaissances sur le médicament.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Le devis de l'étude est une étude transversale. La population est observée dans sa globalité dans un temps donné pour mesurer son niveau de connaissance. Il n'y a pas de définition des variables dans l'article, mais il est possible de faire l'hypothèse que les auteurs sous-entendent que l'état des connaissances du patient qu'ils cherchent à évaluer (variable</p>

	dépendante) résulte de l'éducation thérapeutique (variable indépendante). Les auteurs mentionnent dans le chapitre méthodologie que les associations entre les variables indépendantes et dépendantes sont évaluées à l'aide du t-test et X2 avec pour résultats $p < 0.05$ significatif.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de définition de l'éducation thérapeutique du patient ni d'autres concepts. Toutefois, les auteurs définissent l'usage des AVK en liens avec les pathologies et l'état actuel des connaissances sur son utilisation et les risques pour les patients. Les auteurs définissent l'éducation du patient comme un droit fondamental.
Hypothèses	L'hypothèse formulée est que les professionnels de la santé ne réalisent pas forcément que beaucoup de patients ont des lacunes dans leurs connaissances de la gestion du traitement et que les connaissances ne sont pas évaluées de manière claire et systématique. En lien avec la potentialité de risque d'utilisation du médicament, une éducation thérapeutique est clairement nécessaire pour amener le patient à une gestion adéquate du traitement. Pour savoir si les patients disposent de connaissances suffisantes, elles doivent par définition être évaluées.
Méthodes	
Devis de recherche	Le devis de recherche est cité par les auteurs, une étude transversale. Les auteurs ne font pas l'argumentation du choix du devis.
Échantillon et contexte	L'échantillon est détaillé de manière claire en lien avec le pays et le contexte. La majorité des patients sont arabes. Les patients inclus sont tous les patients venant pour une consultation à la clinique entre le 1 ^{er} août et le 30 septembre 2008 pour la clinique de médecine et entre le 1 ^{er} octobre et le 30 novembre 2008 pour les patients à la clinique de cardiologie. Les critères d'inclusions sont : avoir un traitement de warfarine depuis au moins 2 mois, être capable de lire et de comprendre l'arabe ou l'anglais et avoir la volonté de compléter le questionnaire. Les patients exclus sont les patients ne pouvant lire l'anglais/arabe et les patients gériatriques incapables de lire le questionnaire. Les caractéristiques de la

	<p>population (n=140) font l'objet d'un tableau comprenant le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le travail, la médication chronique autre que warfarine, la langue, la clinique visitée (médicale, cardiologie). Un deuxième tableau expose les indications et la durée du traitement. Un troisième tableau explicite les caractéristiques de l'éducation thérapeutique offerte aux patients.</p> <p>Sur 140 patients :</p> <p>Education réalisée auprès de (n=116 soit 83%) par : médecins 68, pharmaciens 25, infirmières 4, plusieurs intervenants 14, autres 5</p> <p>Réalisée dans le contexte suivant (n=116) : séjour à l'hôpital 84, à la clinique 15, à la pharmacie 4, à plusieurs endroits 8, autre 5</p> <p>Date de la dernière éducation (n=116) : les deux derniers mois 31, les 6 derniers mois 25, une année et plus 54, ne se souvient pas 6</p> <p>La préférence de l'intervenant (n=140) : médecin 80, pharmacien 38, infirmière 2, plusieurs intervenants 20</p> <p>Les chercheurs ont inclus le plus possible de personnes dans l'échantillon (n=140), un échantillon de cette taille semble représentatif de l'état actuel des connaissances des patients à propos de l'anticoagulation orale.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les questionnaires sont clairement exposés. Les questionnaires sont en deux parties. La première avec 8 questions sur l'éducation thérapeutique reçue jusqu'à aujourd'hui, les complications hémorragiques/thrombotiques rencontrées depuis l'instauration du traitement, les doses manquées et l'INR. Le deuxième porte sur 12 questions, 10 questions sont dérivées du test « anticoagulation knowledge » (OAK). Elles portent sur les interactions médicamenteuses, la vitamine K, le régime alimentaire, l'interprétation de l'INR, les effets d'une dose manquante et comment la gérer et à quel moment le patient doit contacter une aide médicale. Les deux autres questions portent les actions de la warfarine et qui informer de l'utilisation courante de ce médicament. Le questionnaire est exposé dans son intégralité en appendice. Le questionnaire a</p>

	été au regard de la population traduit en langue arabe. Le questionnaire a été approuvé par un professeur de langue pour garantir la traduction correcte et son accessibilité aux personnes du domaine non médical.
Déroulement de l'étude	Après le remplissage du questionnaire les réponses correctes étaient données et de la documentation supplémentaire distribuée. Uniquement des personnes volontaires ont participé au questionnaire. L'étude a été approuvée par le «Medical Research Bord, Doha, Qatar ». Les auteurs remercient les participants de l'étude à la fin de l'article.
Résultats	
Traitement des données et présentation	<p>Les chercheurs utilisent l'outil du $p <$ pour établir les différences significatives entre les deux groupes « connaissances satisfaisantes » et « connaissances insatisfaisantes » à propos du niveau d'éducation des personnes interrogées. Les auteurs utilisent l'outil statistique pour faire le lien entre le contrôle de l'INR, l'éducation thérapeutique reçue/pas reçue et les similitudes entre les trois réponses les plus incorrectes entre les deux groupes (interactions médicamenteuses, dose manquée et qui informer du traitement). Des corrélations sont également faites entre les deux groupes à propos de l'adhérence (évaluée par le nombre de doses manquées). L'adhérence est plus haute dans le groupe avec les meilleures connaissances.</p> <p>Sur un total de 378 patients venant au centre médical et cardiologique de la clinique pendant les 4 mois de l'étude, 140 ont participé et accepter de répondre au questionnaire (37,8%). 83% avait déjà bénéficié d'une éducation thérapeutique. Les caractéristiques de la population sont résumées dans le tableau 1. Les indications et la durée du traitement de warfarine sont résumées dans le tableau 2. Le tableau 3 présente les caractéristiques de l'éducation thérapeutique. Les patients ont été classifiés en 2 groupes, le groupe « connaissances satisfaisantes » et le groupe « connaissances insatisfaisantes » (figure 1). La différence entre les deux groupes vis-à-vis du niveau d'éducation et statistiquement significative ($p < 0.0001$).</p>
Discussion	

Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les auteurs mentionnent que l'étude basée sur le questionnaire aide à l'évaluation de la compréhension du patient à propos de la compréhension des aspects importants du traitement de warfarine. Ils font le lien avec le cadre théorique/postulat de départ qui affirme qu'il y a des insuffisances dans les connaissances des patients.</p> <p>Les chercheurs affirment que</p>
Perspectives futures	<p>Les chercheurs souhaitent dans les futures travaux acquérir une attitude servant mieux les buts de la recherche, pouvoir inclure les proches et les aidants des patients ne pouvant pas directement participer à l'étude et trouver des pistes d'actions pour évaluer les patients d'autres groupes ethniques et d'autres langues. Les chercheurs affirment avoir le projet d'évaluer la documentation écrite en plusieurs langues développées dans l'institution.</p>
Limites et évaluation globale	<p>Dans le chapitre limitation de l'étude, les auteurs affirment qu'un nombre important de patients ont refusé de remplir le questionnaire ce qui limite la possibilité de généralisation des résultats. De plus, les patients gériatriques dans l'incapacité de répondre au questionnaire n'ont pas été inclus alors qu'ils sont la population la plus à risque d'avoir des complications en lien avec le traitement. Les aidants (famille, autre) auraient dû être inclus dans l'étude. Une autre limitation est la barrière de la langue. Le questionnaire n'a pas été complété par les patients parlant d'autres langues que l'arabe et l'anglais.</p>

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Barcellona, D., Contu, P. et Marongiu, F. (2006). A « two-step » educational approach for patients taking oral anticoagulants does not improve therapy control. <i>Journal of thrombosis and thrombolysis</i>. 22 (3), 185-190. doi : 10.1007/s11239-006-9027-2</p> <p>Grille quantitative</p> <p>Étude prospective avec randomisation</p> <p>Traduction libre</p>	
Introduction	
Énoncé du problème	<p>Les auteurs mentionnent que l'utilisation de l'anticoagulation orale dans la prévention d'événements thromboemboliques est importante. De plus, la surveillance des traitements anticoagulants oraux implique des contrôles et des ajustements thérapeutiques. Les auteurs indiquent également que les patients présentant une surveillance faible de leur traitement médicamenteux augmentent le risque de développer une complication hémorragique ou thrombotique. Le temps passé par les patients en zone thérapeutique est une indication de l'efficacité du traitement et est considéré comme bon lorsqu'il se situe au moins à 70%. La valeur de l'INR peut être influencée par différents aspects : maladies intercurrentes, médicaments, pauvre compliance, apport irrégulier de légumes, les saisons, l'expérience du médecin dans le traitement anticoagulant et la génétique. Ceci peut donc augmenter le risque d'apparition d'une complication hémorragique ou thrombotique.</p> <p>De manière générale, les patients se voient recevoir un petit cours éducationnel sur la manière de gérer le traitement anticoagulant avant de débiter le traitement. Ce cours contient des informations sur les indications, les risques et les bénéfices de la prise du traitement médicamenteux, le mode d'administration, le comportement alimentaire, l'influence des médicaments et maladies intercurrentes, ainsi que le style de vie. Cette éducation a pour but d'améliorer l'adhérence au traitement médicamenteux.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs précisent que plusieurs recherches ont déjà été réalisées sur les aspects éducationnels de la prise du traitement anticoagulant par oral. Elles ont mis en évidence que la faible compréhension que les patients avaient des explications des</p>

	<p>médecins pouvait être un facteur de risque de la variation du niveau d'anticoagulation.</p> <p>Dans cette recherche, les auteurs s'appuient sur les trouvailles de différents auteurs. Estrada et al ont démontré que les brochures décrivant des aspects spécifiques à l'anticoagulation orale ne sont pas compréhensibles pour la plupart des patients âgés. Cela implique d'avoir un matériel écrit dans un langage clair et simple. Ils ont également suggéré que l'éducation par le biais de cours devait avoir plus d'importance, étant donné que les patients oubliant de prendre leur traitement ou ne savant pas pourquoi ils le prenaient avaient un pourcentage de temps passé dans la zone thérapeutique faible.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les auteurs ne mentionnent pas précisément de théories et le concept de l'éducation thérapeutique est survolé à travers l'état des connaissances et les recherches effectuées précédemment. Les auteurs décrivent des généralités quant aux traitements médicamenteux et se basent sur les résultats de recherches effectués dans le passé. Cependant, cette base donne un cadre et démontre l'idéologie recherchée dans cette étude quant à l'impact que peut avoir une stratégie d'éducation thérapeutique.</p>
Hypothèses	<p>Les auteurs ont réalisé cette recherche dans le but de mettre en évidence si le temps passé en zone thérapeutique peut être amélioré par un entretien, suivi par une approche éducative. Les auteurs ont voulu tester trois différentes approches et ont réparti de manière aléatoire les participants dans un des trois groupes éducationnels. Ces types d'éducation avaient pour sujet les aspects importants de la thérapie par anticoagulant oral.</p> <p>Le titre mentionne déjà le fait que les auteurs pensent que le fait d'utiliser cette approche éducative n'améliore pas le contrôle de la thérapie.</p> <p>Les chercheurs mettent en évidence le fait que la prise du traitement anticoagulant oral est liée à un risque hémorragique ou thrombotique. Ce risque est lui-même influencé par les connaissances du patient quant au traitement. C'est pourquoi, une éducation thérapeutique se doit d'être mise en place et les moyens utilisés doivent être compréhensibles pour le patient afin de lui amener les connaissances nécessaires au bon déroulement de la prise du traitement médicamenteux et des surveillances qui en découlent. Il est donc important d'évaluer si la stratégie utilisée montre son efficacité ou non, chose qui</p>

	a été réalisée dans cette étude.
Méthodes	
Devis de recherche	Etude prospective avec randomisation en trois groupes.
Échantillon et contexte	<p>Au total, 240 patients ont été retenus (128 hommes pour 112 femmes, avec une moyenne d'âge de 50 ans). Les patients ayant testé les questions afin de les valider ont été exclus de l'étude.</p> <p><u>Autres critères d'exclusion</u> : patients ayant débuté le traitement anticoagulant moins d'une année avant le début de l'étude, patients recevant les ajustements du traitement à la maison par fax, patients dont les valeurs de l'INR n'ont pas toujours été disponibles dans l'année précédente à cause d'une interruption des anticoagulants ou d'une hospitalisation, patients dont le traitement anticoagulant oral devait se finir dans les 6 mois.</p> <p>Les patients intégrés à l'étude avaient comme indication pour le traitement anticoagulant oral : prothèse mécanique de valve cardiaque (n = 27), fibrillation auriculaire (n = 109), infarctus du myocarde (n = 16), cardiomyopathie dilatée (n = 2), accident vasculaire cérébral ischémique (n = 12), thrombose artérielle périphérique (n = 6) et thrombose veineuse profonde avec ou sans embolie pulmonaire (n = 68).</p> <p>186 patients étaient traités par sintrom (acénocoumarol) et 54 patients par coumadine (warfarine).</p> <p>Les auteurs ont inclus un nombre de patients sur la base d'une estimation de la taille nécessaire de l'échantillon afin de mettre en évidence une différence significative du pourcentage du temps passé en zone thérapeutique avant et après la deuxième intervention éducative.</p> <p>La taille minimum de l'échantillon était de 63 patients par groupe afin de pouvoir relever une différence moyenne de 10% par rapport au temps passé dans la zone thérapeutique, considérant un niveau alpha de 0.05 et un pouvoir de 80%.</p>

	<p>Pour cette étude, les auteurs ont donc retenu 240 patients. La taille de l'échantillon est adéquate et dépasse même les objectifs fixés par l'estimation, car tous les groupes sont largement au-dessus de 63 participants. (groupe 1 → n = 80, groupe 2 → n = 81 et groupe 3 → n = 79).</p> <p>Durant la période de recherche, un total de 15 patients a été perdu. 7 du groupe du cours éducationnel, 6 du groupe de la brochure et 2 du groupe sans intervention. Le résultat final du nombre de participants est donc de 218 au moment du calcul des résultats.</p>
Collecte des données	<p>Les questions posées aux patients lors de l'entretien ont d'abord été testées auprès d'un échantillon de 76 personnes avec un traitement anticoagulant à long terme. Ceci a permis de vérifier le niveau de compréhension que les individus avaient de ce questionnaire. Il a été demandé aux patients d'expliquer le sens de plusieurs questions sélectionnées de manière aléatoire. 90% des patients comprenaient le sens de ces dernières et ont déclaré que l'entretien était clair. Suite à cela, les auteurs ont obtenu une version finale de l'entretien qui a été validée. Celle-ci contenait 20 questions à choix multiples sur le sujet de l'anticoagulation par oral. La variable à mesurer était le pourcentage du temps passé en zone thérapeutique. Celui-ci a été calculé pour chaque patient en utilisant le programme journalier de l'INR de Rosendaal et al. Les différences de pourcentage de temps passé en zone thérapeutique ont été calculées dans les trimestres avant et après l'intervention éducative. Cette variable a montré une distribution normale (test de Kolmogorov-Smirnov) et un t-test a été utilisé pour assembler les données. Le 95% de l'intervalle de confiance de la moyenne des différences a été calculé. Le test de McNemar a été utilisé dans le but de comparer les données de manière qualitative, considérant la limite à 70%. Le test de Fisher et le test X^2 ont été utilisés pour calculer la fréquence des patients dont le temps passé dans les normes des valeurs thérapeutiques a été amélioré après l'entretien. Les patients ont alors été divisés en deux catégories : contrôle thérapeutique faible (< 70%) et contrôle thérapeutique bon (> 70%).</p>

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Les 240 participants à l'étude ont tout d'abord participé à un entretien durant lequel ils devaient répondre à 20 questions à choix multiples. Tous les participants à cet entretien ont reçu des informations sur les indications, les risques, les bénéfices de l'anticoagulation, l'administration, les comportements alimentaires, l'influence des médicaments, les maladies intercurrentes et le style de vie au commencement de la prise d'anticoagulant. Ensuite, les données concernant le genre et la scolarité ont été enregistrées et chaque participant a signé l'entretien. Les auteurs ont utilisé un schéma de randomisation généré par un ordinateur. Les participants se sont vus attribuer à un des trois groupes d'intervention, soit : cours éducationnel, brochure ou pas d'intervention.</p> <p>Les patients se trouvant dans le groupe du cours éducationnel ont été divisés en 3 sous-groupes en fonction de l'indication de leur traitement anticoagulant. Ils ont été invités à participer au cours sur 3 différents jours. Le cours parlait des réponses aux questions de l'entretien et les bonnes réponses étaient partagées avec les participants sur des slides. La présentation a été réalisée par le médecin qui a expliqué simplement pourquoi il s'agissait de la bonne réponse.</p> <p>Concernant le groupe ayant reçu la brochure, il leur a été demandé de la lire attentivement. En effet, cette dernière contenait les bonnes réponses des questions de l'entretien.</p> <p>Les auteurs mentionnent que les 240 patients intégrés à l'étude ont donné leur accord.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Traitement des données et présentation</p>	<p>Les auteurs ont utilisé différentes méthodes d'analyse statistique. Les analyses de la variance pour les mesures répétées ont été utilisées afin d'évaluer l'influence possible du genre, du niveau scolaire, de la durée du traitement anticoagulant oral sur la variation du temps passé en zone thérapeutique avant et après l'entretien. Le coefficient corrélationnel de Spearman a été calculé pour l'évaluation d'un lien potentiel entre les variables. Les différences de pourcentage de temps passé en zone thérapeutique ont été calculées dans les trimestres avant et après l'intervention éducative. Cette variable a montré une distribution normale (test de Kolmogorov-Smirnov) et un t-test a été utilisé pour assembler les données. Le 95% de</p>

	<p>l'intervalle de confiance de la moyenne des différences a été calculé. Le test de McNemar a été utilisé dans le but de comparer les données de manière qualitative, considérant la limite à 70%. Le test de Fisher et le test X^2 ont été utilisés pour calculer la fréquence des patients dont le temps passé dans les normes des valeurs thérapeutiques a été amélioré après l'entretien. Les patients ont alors été divisés en deux catégories : contrôle thérapeutique faible (< 70%) et contrôle thérapeutique bon (> 70%).</p> <p>Les auteurs ont présenté les résultats sous forme de texte, mais ont également synthétisé les données sous forme de tableaux. Les résultats n'ont pas montré de lien significatif entre le temps passé en zone thérapeutique et le pourcentage de réponses correctes aux questions de l'entretien. Une différence significative a été remarquée dans le temps passé en zone thérapeutique dans le trimestre avant et suivant l'interview. Le temps était amélioré de 13%. La fréquence des patients avec un bon niveau d'anticoagulation (> 70%) était significativement plus élevée dans le trimestre suivant l'entretien que dans le trimestre le précédent ($p = 0.00009$). Le genre, le niveau scolaire ou la durée de la thérapie par anticoagulation n'a pas d'influence sur le temps passé en zone thérapeutique. Entre les trois groupes, le pourcentage du temps passé en zone thérapeutique était similaire. Le résultat est identique dans le trimestre suivant l'entretien. Pour finir, un bon contrôle de la thérapie par anticoagulant a été maintenu (temps en zone thérapeutique > 70%) et aucune variation significative n'a été démontrée durant les trois semestres suivant l'entretien.</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les auteurs reprennent les principaux résultats et les comparent aux résultats de la littérature déjà réalisée sur la thématique. Cela leur permet ainsi d'avancer que les résultats montrant que l'entretien n'améliore pas le temps passé en zone thérapeutique, va dans le sens de ce qu'ils avaient déjà affirmé dans une précédente recherche, même si dans la recherche présente, cela ne concerne que des sujets généraux de l'anticoagulation orale.</p> <p>Récemment, Palareti et al ont montré que le fait d'effectuer un questionnaire sur la thérapie par anticoagulant oral avait un</p>

effet positif sur les patients avec une anticoagulation pauvre.

En se basant sur une recherche réalisée par Laporte et al., qui montre qu'il n'y a pas de différence dans le contrôle de la thérapie entre un cours éducationnel intensif et les soins standards, les auteurs suggéraient que les médecins des cliniques d'anticoagulants devraient donner peu à peu des explications et conseils sur les concepts principaux de l'anticoagulation orale auprès des patients avec une anticoagulation faible et durant la période entière de la thérapie.

Un résultat intéressant de l'étude est le fait qu'une éducation en deux temps est inutile sur une courte période. Par contre, le résultat principal de l'étude est le fait qu'il y a une amélioration de 13% du temps passé en zone thérapeutique pour les trois trimestres chez les patients qui n'ont ni participé au cours éducationnel, ni lu une brochure après l'entretien.

Ensuite, le fait que les patients soient sous anticoagulants à long terme pourrait les amener à oublier ou sous-estimer certaines informations reçues des médecins des cliniques d'anticoagulant, surtout s'ils n'ont pas eu de problèmes hémorragiques ou thrombotiques. De plus, certains facteurs engendrent un contact moindre entre le médecin et le patient : clinique bondée, programme informatique pour la gestion de l'anticoagulation. De ce fait, les informations que reçoivent les patients ne sont pas renforcées.

Deux études menées au sein de deux différentes cliniques d'anticoagulants en Italie ont mis en évidence respectivement que 83% et 39% des patients sous anticoagulant préféraient parler avec un médecin. Cela montre dans un sens que les patients rejetaient cette nouvelle méthode de surveillance de l'anticoagulation orale.

Avec ces résultats, les auteurs peuvent ainsi présumer que l'utilisation de l'entretien seul pourrait rappeler aux patients les aspects principaux du traitement anticoagulant et que la deuxième intervention n'amène pas d'amélioration quant au temps passé dans la zone thérapeutique, car il n'y a pas de nouvelles informations présentes et pouvant engendrer des modifications du comportement de l'individu. L'entretien avait certainement plutôt un rôle dans l'amélioration de la motivation de la personne que dans l'amélioration de leur compréhension de l'anticoagulation par oral. Les deux processus éducatifs de la

	<p>deuxième étape ont probablement échoué dans l'amélioration de la motivation des patients.</p> <p>Les auteurs mettent également en évidence que le manque de corrélation entre le pourcentage de réponse juste et le temps passé en zone thérapeutique dans le trimestre avant l'entretien montre que la faible adhérence au traitement n'est pas dépendante de la compréhension sur les mécanismes de l'anticoagulation orale. Il est également mis en évidence qu'en s'intéressant sur certaines questions, 50% des patients ne connaissent pas des éléments de base sur l'anticoagulation orale. Ceci pourrait donner lieu à des implications juridiques. En effet, ne pas connaître ce qu'est la vitamine K et dans quels aliments elle se retrouve n'est pas si dangereux, par contre ne pas connaître les principaux effets secondaires du médicament tels que les hémorragies, la corrélation entre les valeurs du TP et les complications possibles peut l'être !</p> <p>Il semblerait que l'amélioration du temps passé en zone thérapeutique et l'adhérence à la thérapie seraient liées à un rôle actif du patient dans sa relation avec le médecin de la clinique d'anticoagulant. Ces résultats amènent à se questionner si les patients sous anticoagulants devaient recevoir une approche éducative traditionnelle uniquement ou devrait périodiquement être stimulé afin d'être impliqués au moyen d'un questionnaire ou un entretien après un cours éducationnel individuel au début de la prise du traitement. L'utilisation d'un questionnaire est facile et bon marché ce qui serait même adapté dans les cliniques d'anticoagulants bondées et pour les patients faisant l'autotest.</p> <p>Les auteurs précisent que cette étude ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur l'approche éducationnelle à utiliser, mais elle remet en question l'approche éducative traditionnelle auprès des patients sous anticoagulants. De plus, ils mentionnent clairement le fait que les résultats ne pourraient pas être appliqués à un centre avec un petit nombre de patients ou aux patients suivis par un médecin généraliste.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Les chercheurs mentionnent le fait de l'utilité d'un questionnaire, moyen bon marché et facile qui serait adapté même si les cliniques sont bondées de monde et pour les patients faisant l'autotest. Ils précisent même que le contact entre les patients et les cliniques pourrait se faire par internet et que le questionnaire pourrait être envoyé et rempli à domicile. Pour le futur,</p>

	<p>cette pratique pourrait s'avérer adaptée pour les patients traités avec les nouveaux médicaments antithrombotiques n'impliquant pas de suivi de laboratoire.</p> <p>De plus, les auteurs précisent qu'il faudrait effectuer une étude randomisée plus grande et sur un plus long terme. Ceci pourrait amener à faire émerger le meilleur chemin pour arriver à un programme éducationnel standardisé.</p>
<p>Limites et évaluation globale</p>	<p>Les auteurs indiquent plusieurs limites à leur recherche. Tout d'abord, la durée de la thérapie a pu affecter les résultats, car uniquement les patients sous anticoagulants à long terme ont été inclus. Les résultats ne pourraient pas être appliqués à un centre avec un petit nombre de patients ou aux patients suivis par un médecin généraliste. La dernière limite relevée dans cette étude est la variabilité dans la préparation des entretiens, les cours et les brochures.</p> <p>Les auteurs relèvent le fait qu'il semblerait que l'amélioration du temps passé en zone thérapeutique et l'adhérence à la thérapie seraient liées à un rôle actif du patient dans sa relation avec le médecin de la clinique d'anticoagulant. À partir de ce point, il est question de savoir si les patients sous anticoagulants devraient recevoir une approche éducative traditionnelle uniquement ou devrait périodiquement être stimulé afin d'être impliqués au moyen d'un questionnaire ou un entretien après un cours éducationnel individuel au début de la prise du traitement. L'utilisation d'un questionnaire est facile et bon marché ce qui serait même adapté dans les cliniques d'anticoagulants bondées et pour les patients faisant l'autotest.</p> <p>Afin d'arriver à des démarches de soins, il est nécessaire d'avoir des réponses plus précises sur la stratégie d'éducation thérapeutique la plus adaptée.</p>

Référence de l'article analysé :	
Singla, D. L., Jasser, D. et Wilson, R. (2003). Effects of group education on patient satisfaction, knowledge gained, and cost-efficiency in an anticoagulation center. <i>Journal of the American Pharmaceutical Association</i> . 43 (2), 264-266.	
Grille mixte	
Enquête	
Traduction libre	
Introduction	
Énoncé du problème	Les auteurs mentionnent la nécessité de l'éducation thérapeutique, afin d'éviter les complications liées à la prise du traitement médicamenteux. D'habitude, l'éducation aux patients sur la prise de warfarine se faisait de manière individuelle pour les patients des cliniques d'anticoagulants. Cette approche peut malheureusement être répétitive pour l'équipe de soins et demande beaucoup de temps.
Recension des écrits	La mise en place de groupe d'éducation peut avoir des avantages par rapport à l'éducation individuelle, que ce soit pour l'équipe de soins ou les patients. Les auteurs mettent en évidence que cette approche a déjà fait ses preuves dans le domaine des maladies chroniques. Cependant, peu de données sont disponibles par rapport aux groupes d'éducation pour les patients sous anticoagulants.
Cadre théorique ou conceptuel	Dans cet article, il n'y a pas de définition claire sur le concept de l'éducation thérapeutique. Au niveau théorique, quelques éléments ressortent quant à la nécessité de l'éducation thérapeutique, afin d'éviter les complications.
Question de Recherche / Buts	La question n'est pas formulée sous forme interrogative, mais sous forme d'objectifs. Il s'agit de mesurer le gain de connaissances des patients par le biais d'un groupe d'éducation sur la warfarine et de mesurer la satisfaction du groupe d'éducation. Un deuxième point sera évalué. Il s'agit cette fois-ci de l'efficacité du groupe d'éducation en termes de coûts et

	du temps investi par le personnel soignant.
Méthodes	
Devis de recherche	Enquête
Population et contexte	Tous les patients intégrés au centre d'anticoagulation entre mai 2001 et octobre 2001, indépendamment du traitement de warfarine en cours ou des précédentes visites au centre, ont été invités à participer au cours d'éducation en groupe. 55% des patients participant à l'étude étaient des hommes et 56% avaient 80 ans ou plus. Entre mai et octobre 2001, 17 sessions d'éducation en groupe ont été organisées pour un total de 180 patients. 15 patients étaient prévus par groupe de classe, mais la moyenne de personne par classe se trouvait à 11 patients suite à des annulations. Ces 180 patients assistant au cours ont complété le questionnaire d'enquête. Cette dernière a été réalisée dans le centre d'anticoagulants de la clinique médicale d'Arizona.
Collecte des données et mesures	Le questionnaire de l'enquête interrogeait les participants sur leur compréhension avant et après le cours sur les sujets suivant : les besoins de l'anticoagulation, la surveillance de l'INR, les facteurs influençant l'INR, les complications liées à la prise du traitement médicamenteux anticoagulant. Les questions étaient dichotomiques (oui-non) et par catégories. Le questionnaire n'a pas été validé auprès d'un groupe test, ni comparé à d'autres questionnaires évaluant des éléments similaires.
Déroulement de l'étude	A partir du mois de mai 2001, 1h de cours d'éducation en groupe a été offerte aux nouveaux patients du centre d'anticoagulants d'Arizona. Le cours était donné par le pharmacien ou l'infirmière de la clinique d'anticoagulants. Cette présentation a été réalisée à l'aide de diapositives et d'une session de discussion sur l'utilisation des anticoagulants, le besoin de surveillance de l'INR, les facteurs pouvant influencer l'INR et les complications liées à la prise de médicaments anticoagulants. Pour chaque classe, 90 minutes étaient prévues, incluant 30 minutes pour la préparation et le rangement. À la

	<p>fin du cours, les patients complétaient un questionnaire pour une enquête, évaluant les connaissances acquises et leur satisfaction d'apprentissage au sein d'un groupe.</p> <p>Avant de mettre en place ce processus d'éducation dans la classe, les auteurs ont effectué une analyse pour déterminer la faisabilité financière de fournir une éducation dans un groupe.</p> <p>Les groupes d'éducation ont été limités à 15 participants par session suite au manque de place.</p>
<p>Résultats</p>	
<p>Traitement des données et présentation</p>	<p>Pour l'évaluation des attitudes d'apprentissage dans le groupe, les auteurs ont utilisé des analyses descriptives. Afin de comparer les connaissances avant et après la session d'éducation en groupe, un t-test a été utilisé et les auteurs ont calculé les pourcentages pour le reste des variables de l'enquête. L'analyse des données a été réalisée par le SAS 8.2. Un niveau significatif de $\alpha = 0.05$ a été prédéfini pour les tests statistiques.</p> <p>Un tableau présente le résultat obtenu pour l'évaluation des connaissances avant et après la session d'éducation en groupe. Les analyses préliminaires étaient basées sur les hypothèses suivantes : si 15 patients étaient vus de manière individuelle, cela correspond à 450 minutes nécessaires à leur visite initiale à la clinique. En effet, 30 minutes sont essentielles à la première visite d'éducation et le test de base de l'INR. Le groupe classe lui, permet d'éduquer 15 patients en 90 minutes, incluant le temps de préparation. Cependant, ces patients exigeraient encore 15 minutes suite à la visite pour le test de base de l'INR, ce qui correspond à 225 minutes. Après ces analyses préliminaires, il en ressort un gain de temps de 135 minutes avec l'éducation en groupe.</p> <p>Les patients ont montré une amélioration significative dans les quatre domaines éducationnels évalués. Le résultat le plus significativement amélioré concerne la compréhension du test de l'INR. 89% des patients ont répondu que le cours donné répondait à des questions d'ordre médical auxquels les autres soignants n'avaient pas répondu auparavant. 99% ont répondu que l'information fournie était précieuse en termes de positionnement dans une meilleure gestion de leur thérapie par</p>

	<p>warfarine. Les patients ont également mentionné qu'ils étaient favorables à l'environnement de groupe avec un taux de 69% reportant que l'information sur la warfarine est mieux donnée au sein d'un groupe. Alors que seulement 8% pensent que l'information devrait être donnée en individuel. 73% ont indiqué que l'environnement de groupe améliore leur habilité à apprendre au le sujet de la warfarine, contre seulement 5% pensant que cela diminuait leur habilité à apprendre. De manière générale, 99% des répondants croyaient que le fait d'assister à un cours était une expérience précieuse.</p> <p>Durant le mois d'octobre 2001, une analyse a été réalisée afin de déterminer si les projections financières initiales ont été respectées. La projection initiale avait été prévue pour 15 patients par groupe et un total de 135 minutes était gagné au niveau du temps. Dans l'étude, le nombre moyen de patients était de 11 par groupe d'éducation, donc moins que prévu. Pour chaque groupe d'éducation, le gain de temps pour l'équipe soignante était de 75 minutes.</p>
<p>Discussion</p>	
<p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats démontrés dans l'étude mettent bien en évidence le gain de connaissances des patients et la satisfaction de donner cette éducation en groupe. Il est également encourageant que plusieurs patients aient mentionné le fait que des discussions sur des questions étaient incluses au cours alors que les autres professionnels de la santé n'y avaient pas répondu.</p> <p>De cette étude, le groupe d'éducation s'avère être avantageux pour l'équipe de la clinique. L'équipe est en accord avec le fait que les diapositives de présentation étaient un outil facile à utiliser et une méthode bien organisée pour donner une éducation aux patients. Les soignants étaient satisfaits du temps supplémentaire disponible, ainsi que de la répétition réduite de l'enseignement individuel. Sur les 75 minutes de gagner, l'équipe soignante utilisait 15 minutes pour réaliser le test d'INR.</p> <p>Les résultats obtenus montrent que l'éducation en groupe est une alternative à l'éducation individuelle, s'avérant efficace en termes de coûts.</p> <p>Les résultats ont prouvé l'efficacité des groupes d'éducation et devraient être transférables à des groupes identiques au niveau du nombre de participants.</p>

<p>Perspectives futures</p>	<p>Les auteurs concluent sur l'efficacité de la méthode en termes de coûts. L'amélioration des connaissances a été prouvée. Mais des recherches devraient encore être réalisées et devraient comparer l'éducation individuelle et de groupe. Il serait également nécessaire d'étudier les bénéfices de l'éducation en groupe, les connaissances qu'ils gardent, le contrôle de l'anticoagulation sur le long terme.</p>
<p>Limites et évaluation globale</p>	<p>Les auteurs mettent en évidence plusieurs limites de cette étude. Ils n'ont pas utilisé de groupe contrôle pour comparer l'éducation individuelle à celle de groupe. Il n'y a eu qu'un questionnaire pour évaluer les connaissances. Pour une meilleure rigueur scientifique, un pré et post test aurait dû être fait. Cette approche avait initialement été essayée, mais à cause de l'âge des patients, le fait de compléter deux questionnaires devenait une trop grande charge. Il était également difficile de programmer des groupes d'éducation coïncidant avec l'intégration des patients au centre d'anticoagulation. Certains patients assistant au cours avaient déjà visité le centre précédemment, ce qui a pu potentiellement biaiser le résultat des connaissances gagnées. De plus, certains patients étaient nouveaux dans le centre, mais déjà sous anticoagulants. Les chercheurs n'ont pas fait de différences entre les nouveaux patients sous warfarine et ceux déjà sous traitement. Les conclusions ne peuvent donc pas être tirées par rapport aux patients susceptibles de tirer un plus grand bénéfice de l'éducation en groupe. Le questionnaire n'a pas été validé dans un grand groupe de patients, ni comparé à d'autres questionnaires mesurant des éléments similaires. Pour finir, les auteurs n'ont pas évalué si les patients avaient atteint un meilleur contrôle de leur anticoagulation ou si les connaissances étaient retenues sur le long terme.</p> <p>Le gain de temps en utilisant l'éducation en groupe se voit être à la disponibilité de l'équipe de soins. Cette méthode a prouvé son efficacité et pourrait être appliquée dans le contexte hospitalier de manière plus large.</p>

Référence de l'article analysé

Nurit, P., Bella, B. C., Gila, E. et Revital, Z. (2009). Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Journal of clinical nursing*. 18 (17), 2530-2536. doi : 10.1111/j.1365-2702.2009.02844.x

Grille quantitative

Enquête

Traduction libre

Introduction

Énoncé du problème

Les auteurs se basent sur les questions et les problèmes au sujet de l'amélioration de l'éducation au patient par rapport à la prise du traitement médicamenteux discutés par le Forum de qualité des soins infirmiers au sein du centre médical universitaire d'Hadassah. Une amélioration de l'éducation impliquerait d'assurer la compréhension du patient quant aux spécificités du traitement. Un autre questionnement a été mis en évidence : est-ce que les infirmières peuvent identifier la non-adhérence du patient ou l'incapacité de ce dernier à se plier aux instructions médicales et agir en conséquence ?

Il a également été discuté de la problématique du patient ne prenant pas correctement son traitement médicamenteux et s'exposant ainsi à un risque de développer des effets secondaires importants ainsi que de péjorer son état de santé.

Suite à ces discussions, il a été décidé de mettre en place un programme ayant pour but de promouvoir et d'améliorer l'éducation au patient par les infirmières. Ce programme était accompagné d'un questionnaire évaluant les connaissances des patients, incluant une évaluation de l'adéquation des interventions infirmières en réponse aux connaissances des patients.

Recension des écrits

Les auteurs s'appuient sur des éléments de la littérature pour mettre en évidence la problématique du terrain. Ils mentionnent tout d'abord une étude de Nettles (2005) stipulant que l'éducation aux patients durant leur hospitalisation au sujet de leur traitement médicamenteux est un problème auquel l'équipe soignante prend part au quotidien. L'hospitalisation est donc un moment critique dans l'apport d'informations pour les patients et leur famille. Brown & Cofer (2000), ainsi que Becker & Allen (2001) indiquent qu'une éducation efficace du patient prodiguée par les professionnels de la santé, en particulier par les

infirmières peut améliorer l'adhérence au traitement médicamenteux. Hegney et al. (2005) ainsi que Cook et al. (2006) ont reporté que les professionnels de la santé pensent avoir les connaissances suffisantes pour éduquer les patients quant à leur traitement médicamenteux. Cependant, des études ont également montré que les patients ne recevaient pas une éducation suffisante sur la médication (Alibhai et al, 1999, Hegney et al., 2005, Kerzman et al., 2005)

En accord avec l'Organisation Mondiale de la Santé, une des barrières de l'éducation au patient est un manque de conscience et de connaissances quant à l'adhérence au traitement médicamenteux. Du côté des professionnels de la santé, les compétences pour fournir une éducation suffisante peuvent entraver l'éducation.

Les recherches de McMillan et al. (2000), King et al. (2002) ainsi que Newall et al. (2006) mettent en évidence que les infirmières montrent un déficit en connaissances pharmacologiques. Ceci peut donc avoir un impact négatif sur le processus d'éducation au patient.

91% des infirmières pensent qu'elles sont capables d'expliquer aux patients comment le traitement agit. 34% fournissent une éducation avant la sortie de l'hôpital. 22% donnent un dépliant avec des informations sur le traitement (Hegney et al., 2005).

Des infirmières se plaignent aussi de l'indisponibilité des ressources matérielles (Marcum et al., 2002). Un quart des infirmières interrogées disent ne pas utiliser de matériel écrit parce qu'il n'est pas disponible ou rare (Institut pour la pratique médicale en sécurité, 2003).

Un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (2003), indique qu'il y a un manque d'outils cliniques concernant l'évaluation et l'intervention en cas de problèmes d'adhérence médicamenteuse. Le problème vient de la communication peu optimale entre le patient et le soignant. Marcum et al. (2002) ont mis en évidence que les infirmières peuvent percevoir les patients comme non réceptifs à l'enseignement. Le niveau littéraire des patients est un autre obstacle à l'éducation du patient, surtout pour les patients ne lisant pas l'anglais. (Alibhai et al., 1999 et l'Institut pour la pratique médicale en sécurité, 2003)

D'autres obstacles à l'éducation sont mentionnés comme le temps (Alibhai et al., 1999, Marcum et al., 2002, l'Institut pour la

	<p>pratique médicale en sécurité, 2003 et Cook et al., 2006). Les effectifs inadéquats sont également vus comme une barrière à l'éducation thérapeutique (Marcum et al., 2002, et l'institut pour la pratique médicale en sécurité, 2003). Le manque de soutien dans la gestion de l'éducation du patient diminue la priorité accordée à l'éducation par les infirmières (Marcum et al., 2002). Le forum de qualité des soins infirmiers a décidé de faire face au challenge de fournir une éducation sur la médication aux patients durant leur hospitalisation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les professionnels de la santé sont en accord avec le fait qu'enseigner aux patients les modifications du style de vie et la gestion du traitement médicamenteux est de leur responsabilité, ce qui inclut également d'identifier les barrières à l'adhérence au traitement.</p>
Hypothèse	<p>L'étude a pour but d'évaluer : le niveau de connaissances et l'intention de prendre la médication, si les patients ont reçu une éducation verbale et écrite sur la médication et d'évaluer si les interventions réalisées par les infirmières sont adéquates au cas où les patients présenteraient un manque de connaissances ou un risque potentiel de ne pas prendre le traitement.</p> <p>Les objectifs sous-entendent que l'éducation possède une influence sur le niveau de connaissances et l'intention de prendre la médication.</p>
Méthodes	
Tradition et devis de recherche	<p>Enquête faisant partie d'un projet d'interventions pour promouvoir l'éducation du patient au sujet du traitement médicamenteux.</p> <p>Cette enquête a débuté en octobre 2004 et s'est poursuivie jusqu'à juin 2005.</p>
Échantillon et contexte	<p>Les patients inclus à l'étude étaient ceux dont le traitement médicamenteux faisait partie de ceux choisis par chaque établissement (bêta-bloquant, digoxine, warfarine et sintrom). Si le patient n'était pas capable de communiquer, les informations étaient transmises à l'aidant principal et ce dernier rendait un feedback. Les patients prévus à quitter l'hôpital pour un long terme étaient exclus de l'étude.</p>

	En tout, 251 patients ont participé à l'étude.
Collecte des données	<p>Un questionnaire rempli par les infirmières pendant qu'elles interrogeaient les participants de l'étude a été créé pour chaque traitement médicamenteux. Les patients sortant de l'hôpital pour le domicile étaient questionnés. Le questionnaire contenait cinq parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1) détails personnels (âge, sexe, niveau d'éducation). - 2) 8 questions générales (nouveau médicament ?, information reçue sur le traitement ?, brochure reçue ?) - 3) 7 questions sur le niveau de connaissance des patients ou des aidants en ce qui concerne la prise du traitement en toute sécurité (raisons de prendre le traitement, dosage requis, moment de la prise, surveillances laboratoires nécessaires, procédure en cas d'oubli de la prise du médicament, symptômes nécessitant une visite médicale). Si les patients donnent toutes les infos = réponse correcte, manque une partie des infos = réponse partiellement correcte, ne répondent pas correctement = réponse incorrecte. - 4) 4 questions évaluant les compétences et la volonté des patients à prendre le traitement médicamenteux, l'intention d'être en contact avec un médecin généraliste. - 5) Partie complétée par les infirmières dans le cas où un manque de connaissances, de compréhension ou un risque potentiel de non-adhérence au traitement étaient remarqués. Dans ces cas, l'infirmière devait documenter les interventions utilisées pour pallier à ces déficits. <p>Le questionnaire a été testé lors d'une étude pilote. Les questions posant problème ont été modifiées.</p> <p>La plupart des informations reçues dans cette étude viennent directement des patients, une partie vient des aidants principaux.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les infirmières des trois institutions ont choisi des médicaments pour lesquelles elles avaient un intérêt particulier en matière d'éducation thérapeutique (bêta-bloquant, digoxine, warfarine et sintrom).</p> <p>Des brochures spécifiques aux médicaments sélectionnés ont été créées par une équipe multidisciplinaire (infirmières,</p>

	<p>pharmaciens et médecins). Ces brochures contenaient des informations spécifiques à l'indication du traitement médicamenteux, son utilisation, le suivi médical, les recommandations diététiques, les effets secondaires, ce qu'il faut faire en cas d'oubli de prise du traitement et quand aller consulter le médecin. Des guidelines ont également été élaborés par l'équipe de recherche. Ces derniers instruisent les infirmières sur comment gérer l'éducation du patient au sujet de la médication. Les patients sélectionnés pour l'étude ont reçu une brochure écrite sur le traitement médicamenteux et une éducation verbale par une infirmière. Ils ont répondu aux questionnaires. Des réunions du personnel ont eu lieu avec pour objectif de présenter le projet incluant le développement des brochures et des guidelines pour les infirmières.</p> <p>Afin de déterminer le nombre de patients qui recevaient les médicaments sélectionnés et combien recevaient une éducation thérapeutique, il a été demandé aux secrétaires médicales de chaque établissement de préparer une liste de patients recevant le médicament spécifique. Ces données ne sont pas totalement documentées à cause de la faible collaboration des secrétariats médicaux de chaque institution.</p> <p>Le centre hospitalier pour la qualité et la sécurité clinique a donné sa permission éthique. Cette dernière a également été donnée par l'administration des soins infirmiers de l'hôpital, les directeurs médicaux des services de médecine interne et les infirmières cheffes.</p>
Résultats	
<p>Traitement des données et présentation</p>	<p>Aucune méthode n'est décrite concernant le traitement des données. Pour certains résultats, des moyennes ont été effectuées. Pour d'autres il est juste indiqué le taux de pourcentage sur le total de participant.</p> <p>Les résultats sont présentés dans trois différents tableaux. Une partie se retrouve par écrit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La moyenne d'âge des participants se trouve à 68,6 ans. - Deux tiers des patients avaient un haut niveau d'éducation scolaire. - Dans la totalité des participants, il y a significativement plus d'hommes que de femmes (68% contre 32%, $p = 0.032$).

- Les caractéristiques personnelles des patients se retrouvent dans le tableau 1. Dans le tableau 2 est mis en évidence les patients en fonction des établissements, le type de médicament, si le traitement est nouveau, continu ou avec un changement de dosage.
- Pour la plupart des patients, le traitement était un traitement continu. C'était un nouveau traitement chez moins d'un tiers des patients.
- Entre 84 et 93% des patients ont reçu des explications sur leur traitement.
- Entre 71 et 93% ont reçu une explication par les infirmières au sujet de leur traitement.
- Entre 82 et 98% ont reçu une brochure sur leur médication. Entre 77 et 91% ont reporté l'avoir lue.
- Entre 95 et 97% disent être en contact avec leur médecin généraliste.
- Entre 88 et 97% ont planifié de prendre régulièrement leur traitement médicamenteux.
- Le troisième tableau met en évidence les connaissances des patients concernant la médication.
- La plupart des patients connaissaient les raisons de la prise du traitement, le bon dosage, le moment de la prise.
- Les patients étaient informés sur le suivi médical, la démarche à faire en cas d'oubli de prise du traitement et la démarche à faire en cas d'arrêt du traitement sur ordre médical.
- Un manque de connaissances est ressorti chez les patients sous warfarine, sintrom, furosémide et digoxine par rapport aux recommandations alimentaires.
- Les données concernant les interventions infirmières ont été incluses dans 133 questionnaires (53%). Les données ont relevé que malgré le manque de connaissances des patients au sujet des recommandations alimentaires, les interventions infirmières pallient aux problèmes seulement dans 12% des cas.
- Il n'y a pas de différence statistique entre les patients recevant une éducation, une brochure écrite, ou qui se réfère à un diététicien et ceux qui reçoivent une nouvelle médication, ont un changement de dosage, ou continuent régulièrement la prise

	de leur traitement médicamenteux. Il n'y a pas non plus de différence statistique entre les interventions infirmières choisies et le niveau d'éducation des patients.
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les auteurs s'appuient sur la recension des écrits pour l'interprétation des résultats.</p> <p>La plupart des patients ont démontré un haut niveau de connaissances au sujet de la médication. Cependant, les connaissances du traitement n'ont pas été évaluées avant l'intervention. La source du niveau de connaissances des patients n'est donc pas très claire. Kerzman et al. (2005) indiquent que moins de 20% des patients récemment sortis de l'hôpital présentent des effets secondaires, doivent subir des tests et leur changement de style de vie est associé à la prise du médicament. Des autres études (Stewart & Pearson, 1999, Louis-Simonet et al., 2004) ont mis en évidence le manque de connaissances des patients récemment sortis de l'hôpital sur des aspects importants de leur médication. Par rapport à ces résultats de recherches, une explication possible du haut niveau de connaissances des patients dans la présente étude serait le succès du projet d'interventions.</p> <p>Dans la présente recherche, le manque de connaissances des patients est surtout au niveau des recommandations alimentaires. Cet aspect a été décrit dans la littérature (Van der Wal et al., 2006, Lennie et al., 2008). L'éducation insuffisante en matière de diététique peut être due à la faible priorité donnée à ce problème par les professionnels de la santé et les patients. De nouvelles recherches sont nécessaires pour clarifier cette problématique.</p> <p>La plupart des patients ont reçu une éducation par une infirmière. Cependant, il n'a pas été demandé si l'éducation avait été fournie par une infirmière d'un des établissements participant à l'étude ou d'une autre institution. Certaines recherches indiquent que les infirmières ne sont pas la source préférée des patients en matière d'éducation thérapeutique. Trewin & Veitch (2003) ont découvert que seulement 4% de la population interrogée préférait que l'éducation vienne des infirmières. Les autres préféraient les médecins ou les pharmaciens.</p>

	<p>Kerzman et al. (2005) stipulent que les conseils aux patients sont donnés par les médecins durant l'hospitalisation et que les patients préfèrent que cela se passe de cette manière. Ces résultats mettent l'accent sur le besoin de renforcer la sensibilisation de la population au sujet de l'infirmière comme éducatrice du patient par rapport à la médication.</p> <p>Dans l'étude, les infirmières n'utilisent pas les outils à disposition. Les raisons de cette non-utilisation sont : le manque de temps, la charge de travail et le fait que l'éducation du patient n'est pas prioritaire quand il y a de nombreuses tâches à réaliser. Des raisons semblables sont ressorties dans des études (Alibhai et al., 1999, Marcum et al., 2002, Institut pour la pratique médicale en sécurité, 2003 et Cook et al., 2006).</p> <p>Les interventions infirmières sont basées sur les réponses des patients au questionnaire. Les interventions n'étaient pas documentées dans certains questionnaires et ne permettaient pas de déceler le problème. Dans les questionnaires où elles étaient décrites, elles n'étaient pas influencées par le niveau d'éducation du patient. Cependant, des études démontrent que le niveau d'éducation peut être un obstacle à l'éducation au patient (Alibhai et al., 1999 et Institut pour la pratique médicale en sécurité, 2003).</p> <p>De nombreux résultats sont similaires à ceux déjà mis en évidence dans les études précédentes.</p>
Perspectives	<p>Les auteurs mentionnent le fait que de futures recherches sont nécessaires afin d'évaluer la mise en œuvre, ainsi que les résultats du projet de soins infirmiers dans le domaine de la promotion de l'éducation au patient au sujet de la médication.</p>
Limites et évaluation globale	<p>Les auteurs mentionnent clairement les limites de leur recherche. Dans un premier temps, la collecte des données des interventions infirmières n'était pas complète à cause d'un manque de documentations infirmières. Ceci a pu conduire à une mauvaise interprétation des réponses fournies par les infirmières. Ensuite, il n'y avait pas d'information disponible</p> <p>Les auteurs ont écrit un paragraphe entier sur la pertinence pour la pratique. Ils mentionnent clairement que les résultats de cette étude ont des implications pratiques pour les infirmières.</p> <p>Tout d'abord, il est recommandé de promouvoir l'éducation au patient en milieu hospitalier. De plus, le développement de</p>

petits outils combinant l'éducation aux patients et un feedback des connaissances est aussi conseillé. Ces outils éducationnels structurés peuvent aider à standardiser le contexte éducationnel et à surmonter le manque de connaissances des infirmières potentielles. Ils pourront donc aider les infirmières à gérer la surcharge de travail et les contraintes de temps.

Lorsque les patients sont instruits au sujet de leur médication, une attention spéciale doit être accordée aux problèmes diététiques.

Les auteurs stipulent également qu'il serait nécessaire d'insister davantage sur le rôle infirmier en tant qu'éducateur au sujet de la médication auprès du patient durant l'hospitalisation. Ceci peut être réalisé par le perfectionnement professionnel continu de l'infirmière, en se concentrant sur l'éducation au patient.

Pour finir, il est décrit que le soutien de l'administration des soins infirmiers est essentiel afin de prendre en compte l'éducation au patient en tant que composante de haut niveau dans la pratique infirmière.

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Blaise, S., Satger, B., Fontaine, M., Yver, J., Rastel, D., Toffin, L., Seinturier, C., Ramos, M., Bosson, J. L., Pernod, G., et GRANTED. (2009). Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les traitements anticoagulants oraux : expérience du réseau Ville-Hôpital GRANTED du secteur Sud-Isère. <i>Journal des maladies vasculaires</i>. 34 (5), 346-353. doi : 10.1016/j.jmv.2009.07.088</p> <p>Grille qualitative Étude rétrospective</p>	
<p>Introduction</p>	
Énoncé du problème	<p>Les AVK possèdent un risque iatrogène important. En effet, 5% d'hémorragies majeures pour 100 patients sont présentes chez les patients traités par ce type de médicament. Le réseau GRANTED est un réseau de maladies vasculaires du secteur sud-Isère avec pour but l'amélioration de la prise en soins de patients souffrant d'une maladie au niveau vasculaire. Il est donc très présent en ce qui concerne l'éducation thérapeutique. Cette éducation auprès de la population sous AVK vise la diminution du risque lié à la prise d'AVK. L'éducation effectuée dans ce contexte suit une méthodologie standardisée et reproductible. L'éducation est donnée par des praticiens ou des infirmières. Dans le réseau GRANTED, une évaluation en interne de l'éducation au patient quant au traitement AVK a été réalisée. Les résultats sont présentés dans cette recherche.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs mentionnent uniquement le fait que des études prospectives réalisées auparavant ont mis en évidence l'efficacité de l'éducation thérapeutique par rapport à la prise de traitement AVK. Le programme d'éducation thérapeutique au sein du réseau GRANTED a été mis en place suite aux résultats de l'étude Educ'AVK, démontrant le bénéfice obtenu sur les récurrences de complications thromboemboliques et hémorragiques suite à une éducation.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les auteurs font référence à des recommandations de pratiques diffusées par l'Afssaps et la HAS pour les professionnels de la santé, afin de les aider à la gestion du traitement médicamenteux. Les recommandations informent sur les règles d'usage, ce qui implique une éducation thérapeutique de qualité.</p> <p>L'éducation thérapeutique fournie par le réseau GRANTED s'adapte au niveau de la méthode pédagogique et des outils</p>

	utilisés. La méthode est standardisée (compte rendu éducatif fait systématiquement), adaptée aux individus (éducation individuelle, collective, suivi éducatif,...). L'éducation se fait par le personnel du réseau, soit deux infirmières et trois médecins. Le programme a été soumis à une évaluation en interne avant. Son but est d'améliorer la pratique professionnelle. L'évaluation réalisée concernait le déroulement de la séance d'éducation, la qualité de l'action éducative et l'utilisation d'outils éducatifs.
Hypothèse	Le but de cette étude est d'évaluer qualitativement (niveau de qualité) l'éducation thérapeutique au sein du réseau GRANTED chez les patients sous traitement AVK, peu importe les facteurs de risque. L'évaluation permettra de voir si elle est efficace ou non. Ceci implique que l'éducation thérapeutique prodiguée peut avoir un impact sur la médication (efficacité).
Méthodes	
Devis de recherche	Etude rétrospective Elle s'est déroulée du 24 janvier 2007 au 22 novembre 2007.
Population et contexte	L'échantillon est constitué de 100 patients interrogés après avoir été tirés au sort. Il n'y a pas de critère d'exclusion. <u>Les critères d'inclusion</u> : individus faisant partie du réseau GRANTED, diagnostic de pathologie vasculaire (maladie thromboembolique ou maladie cardiaque), tous les participants devaient avoir eu un traitement AVK pendant au moins trois mois et devaient avoir été éduqués en 2007.
Collecte des données et mesures	Les chercheurs ont réalisé des enquêtes téléphoniques sur un mois (Attention les dates ne concordent pas et indique que cela s'est déroulé sur 10 mois.). Les auteurs mentionnent les critères d'évaluation et les questions posées aux individus par téléphone quant aux complications hémorragiques ou thromboemboliques. L'apparition de complications hémorragiques était soit à caractéristique grave ou mineure. Si elle était considérée comme mineure, les chercheurs questionnaient l'individu si cette dernière avait nécessité une consultation médicale ou non. Concernant les événements thromboemboliques, la date de la survenue était demandée, avec les

	<p>coordonnées du médecin posant le diagnostic.</p> <p>Au final, que la complication soit hémorragique ou thromboembolique, les examens réalisés étaient demandés à la population interrogée dans le but de confirmer l'événement.</p>
Déroulement de l'étude	Les analyses ont été réalisées de manière anonyme. Les auteurs ont mis en annexe la feuille de compte-rendu standardisé d'éducation. Il est possible d'indiquer si la personne accepte d'être contactée par téléphone pour un suivi éducatif.
Résultats	
Traitement des données et présentation	<p>Les analyses statistiques ont été effectuées par le centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire. Sur les 100 questionnaires, 97 étaient exploitables à l'élaboration des résultats.</p> <p>Les résultats ne sont pas formulés sous forme de tableau, mais de texte suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 80% des patients étaient encore sous AVK. - 12% des patients ont eu des saignements durant la prise de leur traitement AVK. - 25% des saignements étaient considérés comme majeurs impliquant un taux d'hospitalisation de 100%. Ceci représentait 3 saignements graves (3,1% de la population totale), dont 2 saignements nécessitant une transfusion sanguine. Aucun n'a conduit à une intervention chirurgicale. - 75% des saignements étaient donc considérés comme mineurs. 2 cas ont nécessité une consultation médicale. - Par rapport aux événements thromboemboliques veineux, 1 seul cas a été déclaré. Le nombre de récurrences sur l'échantillon de 97 questionnaires représente un taux de 1.03%.
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	Les auteurs reprennent les résultats de recherches antérieures. Ainsi, ils mentionnent le fait que l'éducation thérapeutique est recommandée par des instances nationales et internationales comme l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, ainsi qu'un guideline créé par des médecins cardiologues du collège américain.

L'éducation thérapeutique est un important problème de santé publique à cause de la iatrogénie des traitements médicamenteux AVK (Gozalo, C., Pernod, G. & Sié, P., 2008).

GRANTED avait pour but de s'assurer que les recommandations appliquées sur la prise en soins des patients soient bénéfiques pour les patients. L'évaluation interne est un critère de qualité d'une action en éducation. Cependant, elle doit être faite de manière formelle et donner la possibilité d'analyser de manière permanente les dysfonctionnements (Clavel, S., Olivo, C. & Singh, S., 2008).

Ces processus d'évaluation représentent un facteur d'amélioration des pratiques professionnelles. L'éducation thérapeutique a comme premier objectif l'établissement d'un diagnostic éducatif personnalisé et adapté à chaque individu. Celle-ci peut être réalisée par différents intervenants, que ce soit un médecin ou un autre professionnel du domaine de la santé, ou encore venant d'une structure ayant les compétences nécessaires en éducation.

Le réseau Ville-Hôpital GRANTED a réalisé une éducation thérapeutique auprès de la population cible par le biais d'un programme éducatif utilisé lors d'une étude prospective Educ'AVK (Léger, S., Allenet, B. & Bosson, J. L., 2004). Le processus est devenu plus adéquat et adapté à la réalité du terrain. Le dossier de compte-rendu voit son implication dans le suivi des patients et la transférabilité des informations auprès du personnel médical et paramédical. Ses objectifs ont été réajustés par rapport aux recommandations d'un usage adéquat des AVK (Afssaps, 2009).

Tous les patients éduqués par le réseau GRANTED ont bénéficié d'un processus homogène et standardisé, dont les pratiques professionnelles ont été évaluées.

Les auteurs reprennent les résultats de l'étude et les comparent avec des recherches antérieures. Dans la présente étude, le taux de complications hémorragiques graves s'élève à 3%. Cette valeur est moins importante que les résultats mis en évidence de manière générale qui sont de 5% (Linkins, L. A., Choi, P. T. & Douketis, J. D., 2003). Educ'AVK indiquait que 8,5% de l'échantillon non éduqué avait eu des complications hémorragiques, contre 5% dans la population éduquée. Dans l'étude

	<p>GRANTED, le taux de récurrence de complications thromboemboliques veineuses est de 1.03%, alors qu'Educ'AVK indiquait un taux de 3.5% chez la population non éduquée et de 1,2% chez la population éduquée. En additionnant l'apparition de complications hémorragiques et thromboemboliques, GRANTED arrivait à un taux de 4.1%, alors qu'Educ'AVK mettait en évidence un taux de 3,1% chez la population éduquée et de 10,6% auprès de la population non éduquée. Les résultats mis en évidence dans la présente recherche vont dans le sens de ce qui a déjà été mentionné précédemment. L'éducation thérapeutique diminue l'apparition des complications.</p> <p>Les résultats vont dans le sens de ce que les études ont déjà démontré en termes d'efficacité de l'éducation sur la diminution des complications hémorragiques et thromboemboliques.</p>
Perspectives	<p>Les auteurs savent qu'ils devront porter un intérêt particulier à l'efficacité de l'éducation thérapeutique dans le temps. Ils mentionnent qu'une nouvelle recherche prospective devrait s'intéresser au nombre de complications thromboemboliques et hémorragiques par rapport aux facteurs favorisant des patients, ainsi que par rapport à la durée du traitement AVK. Ceci donnerait la possibilité d'affiner le rapport entre les bénéfices et les risques de l'éducation thérapeutique en lien avec les facteurs de risque présents chez les patients. Les facteurs de risque viennent d'être listés sur un nouveau questionnaire. Cette future étude permettrait donc de valider un score prédictif du risque hémorragique auprès des patients avec un traitement AVK.</p>
Limites et évaluation globale	<p>Les auteurs mettent en évidence des biais à l'étude. Le fait que 90% des patients éduqués par GRANTED viennent du milieu hospitalier. Ils ont donc généralement plus de facteurs de risque thromboembolique et hémorragique.</p> <p>Les auteurs sont conscients que GRANTED doit maintenant accorder de l'attention au suivi des patients et évaluer également l'efficacité de l'éducation dans le temps. En effet, l'étude réalisée s'intéresse sur une courte période de 1 mois.</p> <p>Les résultats décrits dans la recherche démontrent une fois de plus que l'éducation thérapeutique amène à une diminution des complications hémorragiques et thromboemboliques liées au traitement médicamenteux AVK.</p>

	<p>Il est également important d'avoir des objectifs éducatifs adaptés à la personne et d'évaluer le déroulement ainsi que la qualité du processus éducatif.</p>
--	---

	<p>Les auteurs précisent que l'éducation thérapeutique n'appartient pas uniquement au rôle du médecin, mais que d'autres professionnels de la santé y participent. Ce processus pourrait donc s'inscrire dans la prise en soins offerte par les infirmières.</p>
--	--

<p>Référence de l'article analysé</p> <p>Léger, S., Allenet, B., Pichot, O., Figari, G., Calop, J., Carpentier, P. et Bosson, J.L. (2004). Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse. <i>Journal des maladies Vasculaires</i>, 29 (3), 152-158. doi : JMV-07-2004-29-3-0398-0499-101019-ART6</p> <p>Grille quantitative</p> <p>Étude pilote contrôlée</p>	
<p>Introduction</p>	
Énoncé du problème	<p>Les auteurs énoncent l'objet de la recherche d'après l'état des connaissances. Ils supposent qu'un programme d'éducation destiné aux patients sous anticoagulants oraux pourrait contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de la sécurité des soins. L'objectif de l'étude pilote est d'évaluer l'impact d'un tel programme au niveau des attitudes de prévention des patients vis-à-vis du risque iatrogène médicamenteux.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs n'explicitent pas clairement les variables, mais il est possible de les déduire. En effet, l'éducation thérapeutique du patient (variable indépendante), va avoir une action sur les attitudes de prévention des patients vis-à-vis du risque iatrogène (variable dépendante). L'objectif de l'étude est d'évaluer l'action de la variable indépendante. Les auteurs citent dans le chapitre « outils et méthode » que le contenu de la séance d'éducation structurée s'inspire des recommandations proposées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS, 2001), les détails de l'éducation thérapeutique utilisée font l'objet d'un autre article écrit par les mêmes auteurs (Léger, S., Allenet, B., Calop, J. et Bosson, J.L. (2004). Education thérapeutique des patients sous anticoagulants oraux pour la maladie thromboembolique veineuse : description du programme Educ'AVK. <i>Journal des maladies Vasculaires</i>, 29, 3,145-151.).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Les auteurs ne définissent pas clairement de concepts. Dans la méthodologie, les auteurs citent que plusieurs dimensions du concept « d'attitude », cognitive et comportementale, ont été prises en compte pour la création du support d'utilisation. Sans développer le concept, ils citent des auteurs y faisant référence (Morissette, D., Gingras M., Enseigner des attitudes ? Planifier,</p>

	intervenir, évaluer. Edition de Boeck, Bruxelles, 1989).
Hypothèses	<p>Les auteurs formulent comme hypothèse qu'un programme d'éducation destiné aux patients sous anticoagulants oraux pourrait contribuer à l'amélioration de l'efficacité et de la sécurité des soins.</p> <p>Les auteurs citent une enquête de 1998 réalisée par le Réseau des Centres Régionaux de pharmacovigilance qui stipule que les hémorragies sous anticoagulants oraux arrivent au premier rang des accidents iatrogènes médicamenteux et représentent 13% des hospitalisations pour effets indésirables soit 17'000 entrées par ans. Le médicament présentant un risque hémorragique et thromboembolique, les auteurs présentent une étude pilote dont l'objectif est d'évaluer l'impact d'un programme d'éducation thérapeutique.</p>
Méthodes	
Devis de recherche	Les auteurs mentionnent le devis de l'étude, une étude pilote contrôlée. Ils ont opéré une comparaison historique de 2 cohortes de patients. L'une expérimentale (suivant le programme d'éducation) et l'autre témoin (pratique courante). Les auteurs entendent par « pratique courante » les patients n'ayant pas suivi un programme d'éducation spécifique.
Échantillon et contexte	<p>L'échantillon est détaillé dans le tableau 1. La description des caractéristiques sociodémographiques et médicales est exposée.</p> <p>Le groupe expérimental comprenait tous les patients hospitalisés au CHU de Grenoble entre février et mars 2001 pour une maladie thrombo-embolique, traités par AVK et répondant aux critères d'inclusion : patients majeurs, ne présentant pas de déficit cognitif, dont le retour à domicile est programmé. Les critères d'exclusion sont les patients à risque thrombotique élevé et/ou sous AVK au long cours. Les deux groupes de patients présentent des caractéristiques similaires sur le plan sociodémographiques et sur le plan médical.</p> <p>La population totale est de n=59. Le groupe expérimental est de n=29 et le groupe témoin est de n=30. Les auteurs citent un essai randomisé portant sur 300 patients en cours de développement. La taille de l'échantillon pourrait être plus grande selon le contexte de la recherche, mais la taille de l'échantillon amène des résultats probants en corrélation avec la littérature.</p>

Collecte des données	<p>L'instrument de collecte des données est visible en annexe « questionnaire étude AVK ». Les composantes analysées par le questionnaire sont explicitées dans le chapitre « méthode ». L'item 12 du questionnaire évalue la conduite face à un oubli de prise. La réponse 12a est codée comme « à risque élevé », 12b « non à risque », 12c et 12d comme « à risque modéré ».</p> <p>L'item 13 concerne la conduite mise en œuvre avant la réalisation d'un acte de soins. La réponse est codée comme 13c « non à risque » et 13a-b-d comme « à risque ». L'item 14 du questionnaire concerne la conduite appliquée suite à un signe hémorragique mineur. La réponse est codée comme 14a-c « non à risque », 14b-d comme « à risque ». Le contrôle de l'INR est l'indicateur du niveau d'observance, car selon la littérature, les auteurs mentionnent qu'il a une relation significative avec l'observance médicamenteuse. Un INR < à 2 et > à 3 sur la période de 3 mois est synonyme « d'instabilité thérapeutique ».</p> <p>Les éléments d'incidences hémorragiques entrent également en considération. Les données recueillies sont traitées par le test du X² (analyse de variance à un ou deux facteurs).</p> <p>Les auteurs n'explicitent pas clairement les variables, mais il est possible de les déduire. En effet, l'éducation thérapeutique du patient (variable indépendante) va avoir une action sur les attitudes de prévention des patients vis-à-vis du risque iatrogène (variable dépendante). L'objectif de l'étude est dévaluer l'action de la variable indépendante. L'intervention (variable indépendante) est décrite. Elle consiste en une séance d'éducation structurée de 30 à 45 minutes en moyenne développée par un pharmacien référent avant la sortie du patient de l'hôpital. Les informations proposées aux patients portent sur la maladie thrombo-embolique veineuse (MTE), les buts de l'anticoagulation, les bénéfices et les dangers du traitement, la surveillance biologique, les interactions médicamenteuses, la diététique, les attitudes à adopter en cas de situations à risques (oubli de prise, saignement). L'approche pédagogique utilisée consiste en une « guidance individuelle », tutorat au cours duquel l'éducateur va transférer des informations et s'assurer de la compétence du patient. Un carnet de suivi est remis au patient, lui permettant de garder trace des informations prodiguées à l'oral. Le support est spécifique à la MTE et intègre le niveau de gravité du patient et propose au patient la marche à suivre en fonction des résultats de l'INR. La variable dépendante est</p>
----------------------	---

	évaluée dans le tableau 2 (évaluation des connaissances du groupe expérimental versus le groupe témoin), le support d'évaluation est un questionnaire fermé.
Déroulement de l'étude	Les auteurs ont opéré une comparaison historique de 2 cohortes de patients, l'une expérimentale (avec le programme d'éducation) et l'autre témoin. Les patients sont évalués avant l'intervention éducative (T0). Le groupe témoin a été constitué par tirage au sort dans le registre de la maladie thromboembolique du CHU parmi les patients hospitalisés avant février 2002. Les deux groupes ont été évalués avec un entretien téléphonique 3 mois après la sortie de l'hôpital (T1).
Résultats	
Traitement des données et présentation	<p>L'efficacité du programme éducatif est testée dans une analyse multivariée par un modèle de régression logistique à l'aide du logiciel Statview 5. Les auteurs utilisent le seuil significatif du p0.05. Les données sont présentées sous forme de statistiques dans des tableaux. Les résultats statistiques font l'objet du tableau V.</p> <p>Le tableau I porte sur la description des caractéristiques sociodémographiques et médicales. Le tableau II porte sur l'évolution des connaissances du groupe expérimental versus le groupe témoin. Le tableau III porte sur l'évolution des comportements de décision et d'anticipation des risques du groupe expérimental versus du groupe témoin. Le tableau IV porte sur la fréquence des hémorragies à 3 mois et le tableau V sur les coefficients du modèle de régression logistique pour les incidents hémorragiques. Les résultats démontrent qu'à 3 mois, le niveau de connaissances des patients éduqués est plus élevé que les connaissances du groupe témoin (tableau II). Les conduites préventives sont significativement plus fréquentes dans l'échantillon des patients éduqués (tableau III). La majorité du groupe expérimental (86% versus 40%) est capable de gérer un oubli de prise médicamenteuse. Lors de la réalisation d'un acte de soin à risque, 4% des patients du groupe expérimental versus 73% contactent leur médecin lors de saignements mineurs. Le modèle multivarié intègre tous les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur l'incidence hémorragique (tableau V). Les résultats révèlent que seul le fait d'appartenir à un des groupes de l'expérimentation induit une différence significative des incidents hémorragiques (p=0.05). La probabilité d'avoir une</p>

	<p>hémorragie sous AVK est en moyenne 4 fois plus élevée chez un patient n'ayant pas suivi le programme d'éducation que chez le patient ayant suivi Educ'AVK.</p> <p>Le nombre d'événements hémorragique est supérieur à celui retrouvé dans d'autres travaux, mais la différence s'explique par la prise en compte dans l'étude d'incidents hémorragiques qualifiés d'insignifiants (petites ecchymoses...) L'impact du programme éducation sur le nombre d'accidents iatrogènes s'avère positif.</p>
Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les principaux résultats illustrent la nécessité d'un programme d'éducation thérapeutique. Les auteurs affirment que l'évaluation réalisée en amont du programme d'éducation confirme les résultats d'autres études de plus grande ampleur (Wyness M.A., Evaluation of an educational programme for patients taking warfarin. J Adv Nurse, 1990 ; 15 :1052-63), c'est-à-dire que les connaissances pharmaco thérapeutiques avant l'éducation sont quasiment inexistantes. Les connaissances se limitent à l'indication et l'objectif du traitement. Les chercheurs interprètent les résultats en lien avec les aspects cognitifs et comportementaux.</p> <p>Les auteurs généralisent le fait que d'une manière générale, dans l'étude et dans la littérature, l'incompréhension des patients apparaît corrélée à une mauvaise observance dans un quart à un tiers des cas selon l'étude de Bourin, M., Sleiman, N. (1987) La non-adhésion au traitement médicamenteux. Psycho méd., 1978 ; 19 :1013-20. De plus, la littérature démontre que la fréquence des hémorragies sous AVK est plus élevée au cours des 3 premiers mois de traitement. Il est donc primordial de préparer le patient hospitalisé à la gestion et au suivi du traitement avant son retour à domicile. Les auteurs comparent également les résultats obtenus dans l'étude à la littérature, et les résultats concordent sur le fait qu'une éducation « informelle » n'est pas suffisante.</p>
Perspectives futures	<p>Les chercheurs affirment qu'un programme de ce type est simple à mettre en œuvre et à moindres coûts (30 minutes d'intervention + carnet de suivi) est une bonne alternative à des structures de type « cliniques des anticoagulants ». Les</p>

	<p>chercheurs affirment que la difficulté d'acquisition sur une courte période (3 mois) d'une compétence qui exige une appropriation progressive soulève le besoin d'une perspective temporelle plus longue pour mieux appréhender l'intégration de la compétence de gestion des AVK.</p>
<p>Limites et évaluation globale</p>	<p>Les chercheurs affirment dans le chapitre « conclusion » que le programme en place est utilisable pour des patients non compliqués, amenés à consommer des anticoagulants oraux sur une courte période et capables d'une gestion autonome de leurs médicaments. Les résultats obtenus à l'issue de cette étude pilote doivent cependant être confirmés, avec notamment un échantillon plus grand. De plus, une grande partie des patients en équilibre thérapeutique sur les 3 mois de l'étude (90% dans le groupe expérimental) aurait été comptabilisée comme « instable », selon le critère de jugement de l'AFSSAP, car la notion « d'instable » n'est pas semblable selon les auteurs. Un patient peut avoir des INR en dehors de la marge recommandée (2-3) par exemple 3.3 mais étant peu fluctuants dans le temps.</p> <p>Les résultats sont probants pour la pratique infirmière, car il propose un moyen d'évaluation pertinent de l'éducation thérapeutique. De plus, des éléments importants concernant les connaissances des patients et le contenu d'une éducation thérapeutique sont illustrés. La description du programme d'éducation faisant l'objet d'un autre article, des pistes servant à définir et structurer un programme d'éducation thérapeutique peuvent être envisagées pour la pratique infirmière</p>

<p>Référence de l'article analysé :</p> <p>Barcellona, D., Contu, P. et Marongiu, F. (2002). Patient education and oral anticoagulant therapy. <i>Haematologica</i>. 87 (10), 1081-1086.</p> <p>Grille quantitative</p> <p>Devis pas clairement explicité</p> <p>Traduction libre</p>	
Introduction	
Enoncé du problème	Les auteurs citent concrètement dans l'introduction qu'à leurs connaissances, l'influence de l'éducation thérapeutique des patients sur la stabilité du traitement anticoagulant n'a jamais été scientifiquement validée. Le but des chercheurs est d'investiguer si l'éducation thérapeutique des patients affecte la stabilité de l'anticoagulation.
Recension des écrits	Les auteurs n'explicitent pas clairement les variables à l'étude. Il est toutefois possible de les déduire. En effet, l'éducation thérapeutique du patient (variable indépendante) va avoir une action sur la stabilité du traitement (variable dépendante). Les chercheurs souhaitent évaluer à l'aide d'un questionnaire l'action de la variable indépendante sur la variable dépendante.
Cadre théorique ou conceptuel	Les auteurs ne définissent pas clairement des concepts dans l'introduction. Ils parlent d'une manière générale des anticoagulants en faisant un état des connaissances (voir plus bas). Ils écrivent également à propos de l'augmentation de l'usage des AVK et des éléments servant à maintenir les patients anticoagulés dans des valeurs thérapeutiques,
Hypothèses	L'hypothèse formulée est que l'éducation thérapeutique des patients sous anticoagulants a une influence sur la stabilité du traitement. Les chercheurs cherchent à vérifier cette hypothèse à l'aide d'un questionnaire et d'une recherche. Dans l'introduction, les chercheurs mentionnent en citant la littérature que les anticoagulants sont recommandés dans la prévention des événements thrombotiques et que depuis 10 ans, ces médicaments sont de plus en plus prescrits. Pour maintenir les patients anticoagulés dans des valeurs thérapeutiques, un test de prothrombine est nécessaire (TP, INR)

	<p>impliquant des changements de dosages fréquents, car le risque d'hémorragies ou d'événements thrombotiques est en lien avec le niveau d'anticoagulation. Toutefois, des contrôles périodiques et une adaptation du dosage en fonction des résultats ne sont pas suffisants pour éviter l'instabilité et les risques du traitement. En effet, d'autres éléments entrent en considération comme diverses maladies, des interactions avec d'autres médicaments, un apport en légumes variable, des variations saisonnières et l'expérience du médecin avec ce type de médicaments. Même si une thérapie d'anticoagulants n'influence pas sur la qualité de vie des patients, un niveau bas de compliance est également un facteur responsable d'une instabilité du traitement. En raison de la prescription des anticoagulants souvent à long terme, la collaboration du patient est fondamentale. Selon la littérature, les patients chroniques oublient jusqu'à 40% des doses médicamenteuses quotidiennes. 26% des patients chroniques étant sous anticoagulants, les auteurs décrivent que 10% des 26% sont non compliant. En début de traitement, les médecins devraient donner aux patients une séance éducationnelle rapide portant sur la gestion de ce traitement, les indications, les risques et les bénéfices, les modalités d'administration, l'alimentation et l'importance des interactions médicamenteuses. Les auteurs se trouvent dans une clinique d'anticoagulants et affirment que l'influence de l'éducation thérapeutique du patient sur la stabilité de l'anticoagulation n'a jamais été scientifiquement démontrée et doit donc être évaluée.</p>
Méthodes	
Devis de recherche	Le devis de recherche n'est pas explicité par les auteurs. Les aspects de statistique démontrent un devis plutôt de type quantitatif.

Échantillon et contexte	<p>Les chercheurs ont interrogé 219 patients (108 hommes, 111 femmes) d'âge moyen de 60 ans +/- 12 ans, venant à la clinique « Thrombosis Center ». Les patients ont débuté un traitement d'anticoagulants depuis 6 mois. Les patients sont traités par deux médicaments différents : acénocoumarol et warfarine (des antivitamines K). Les diagnostics concernant les patients sont les suivants : thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire n=60, fibrillation auriculaire n=67, remplacement de valve biologique n=10, remplacement de valve mécanique n=13, AVC n=5, infarctus du myocarde n=8 et autres cardiomyopathies n=2. Il n'y a pas d'autre indication par rapport à la description de l'échantillon.</p> <p>La taille de l'échantillon est en adéquation par rapport au contexte, 219 patients représentent un échantillon important pour ce type d'étude par rapport à d'autres études portant sur la même thématique.</p>
Collecte des données	<p>L'instrument de collecte des données est un questionnaire. Il fait l'objet du tableau I. Le questionnaire a fait l'objet d'un test de compréhension auprès de 16 patients exclus ensuite de l'étude. Le questionnaire contient 6 questions principales avec un maximum de 16 réponses possibles. L'utilisation de ce questionnaire est argumentée en fonction de sa capacité à évaluer des comportements négatifs, car il est possible de faire la sélection de réponses selon le type de comportement par divers degré de réponses possibles.</p> <p>Les questions sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A : Pendant le traitement d'anticoagulants, combien de fois avez-vous oublié une dose ? Jamais, exceptionnellement, parfois, une fois par semaine, plusieurs fois par semaines, presque tous les jours, tous les jours - B : Pendant le traitement d'anticoagulants, combien de fois avez-vous repoussé la prise du médicament ? Jamais, exceptionnellement, parfois, une fois par semaine, plusieurs fois par semaines, presque tous les jours, tous les jours - C : A quelle fréquence mangez-vous des légumes ? Tous les jours, presque tous les jours, parfois la semaine, une fois par semaine, jamais

	<ul style="list-style-type: none"> - D : Avez-vous été malade lors du mois précédent <p>Oui/non</p> <ul style="list-style-type: none"> - E : Avez-vous bénéficié d'autres médicaments lors du mois précédent ? <p>Oui/non</p> <ul style="list-style-type: none"> - F : Pourquoi prenez-vous une anticoagulation orale ? <p>Pour prévenir un nouvel épisode thrombotique, pour prévenir un épisode thrombotique, pour améliorer la fonction de la valve, pour améliorer la circulation du sang, pour améliorer la mémoire et la concentration.</p> <p>L'analyse statistique fait l'objet d'un sous chapitre du chapitre méthode. Le pourcentage du temps dans la zone thérapeutique est calculé à l'aide d'un programme informatique (Rosendaal). Pour démontrer les différences statistiques significatives entre les différentes réponses au questionnaire le « Mann-Whitney U test » est utilisé. Pour comparer le temps dans les limites thérapeutiques avant et après le questionnaire, le « Wilcoxin matched pairs test » est utilisé. Pour finir, une régression logistique est employée pour évaluer les interactions entre les différentes variables de la population.</p>
Dérroulement de l'étude	<p>Les patients (n=219) venant à la clinique sont enrôlés dans l'étude. La durée de l'étude n'est pas spécifiée. Le questionnaire est donné par une infirmière et complété par les patients un par un de manière indépendante pendant qu'ils attendaient sur des résultats sanguins. A choix, les questionnaires pouvaient être anonymes (n=54), mais pour évaluer si cela faisait une différence, tous les 4 jours les patients étaient incités à le faire de manière anonyme et le reste du temps il n'y avait pas d'incitation (n=165). Les auteurs n'ont pas de conflits d'intérêts dans l'étude et elle a été financée par « the Policlinico Universitario, University of Cagliari, Italy ». L'étude a fait l'objet d'une relecture par tous les auteurs et tous certifient que les données sont honnêtes.</p>
Résultats	

<p>Traitement des données</p>	<p>Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différences entre le fait de remplir le questionnaire de manière anonyme. La moyenne du temps passé dans les limites thérapeutiques est significative chez les patients qui ont répondu « jamais » et ceux qui ont répondu « parfois » à la question A, mais il n'y a pas de corrélation significative aux différentes réponses de la question B. Chez les patients qui ont répondu « jamais » à la question C, le pourcentage de temps dans les valeurs thérapeutique est significativement plus long que chez les patients qui ont répondu « parfois ». Les questions D et E n'apportent pas de résultats statistiquement significatifs sur le temps passé dans les limites thérapeutiques. La question F démontre une tendance statistique significative entre les patients ayant répondu correctement et les autres (voir table 2). Le principe de régression logistique démontre que le risque d'être en dessous des valeurs thérapeutiques 90% du temps est significatif pour les patients ayant répondu « parfois » à la question A, même s'ils savent la réponse à la question F. Le risque est beaucoup plus faible pour les patients ayant répondu « jamais » à la question A, mais ne sachant pas la réponse à la question F. Pour les patients ayant une alimentation en légumes variable et irrégulière, le risque d'être en dessous de 90% du temps dans des valeurs thérapeutiques est plus faible encore. L'analyse démontre une amélioration significative du temps dans les valeurs thérapeutiques trois mois après la distribution du questionnaire, mais uniquement chez les patients ayant un INR instable. Les résultats sont significatifs par rapport au temps passé dans les valeurs thérapeutiques en lien avec l'âge. Les patients plus âgés sont statistiquement plus en dehors des valeurs que les moins de 65 ans. Il y a une différence significative chez ces patients notamment en lien avec la réponse à la question F. Chez les femmes, le temps passé dans les valeurs thérapeutiques dépend de l'alimentation, des interactions médicamenteuses et des autres maladies. Chez les hommes, il n'y a pas de différence significative pour toutes les questions à part la question F. Les résultats sont présentés de manière claire et ils font l'objet de plusieurs tableaux en lien avec les réponses et les questions du questionnaire. Les outils statistiques utilisés rendent la compréhension des résultats parfois difficile pour le lecteur.</p>
-------------------------------	--

Discussion	
Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les auteurs soulignent dans la discussion que la différence entre le temps passé dans les valeurs thérapeutiques parmi les patients qui affirme manquer parfois une dose (24%) est probablement en lien avec le fait qu'ils ne comprennent pas la nécessité de prendre le traitement de manière régulière. Les patients qui décalent parfois la prise du médicament (60%) n'ont pas des résultats inférieurs par rapport à la stabilité du traitement par rapport à ceux qui prennent les médicaments de manière plus ponctuelle. Les résultats démontrent que pour améliorer l'adhérence à la thérapie, les patients devraient avoir l'opportunité de prendre le traitement aux heures les plus favorables pour eux et qu'une recommandation par rapport au temps n'est pas nécessaire. Les patients avec une alimentation variable de légumineuse ont un temps plus réduit que les autres dans les zones thérapeutiques, cela implique pour la pratique de s'informer sur le comportement alimentaire des patients à l'aide d'un questionnaire sur la nourriture par exemple. Les patients sachant les buts du traitement sont statistiquement plus dans les zones thérapeutiques que les autres. Les patients ne sachant pas les indications du traitement sont donc à risque et devraient faire l'objet d'un nouveau cours sur l'anticoagulation avec des explications en lien avec cet aspect, principalement dans le but de prévenir des événements thromboemboliques. Chez les femmes, certaines variables entrent plus en considération par exemple les comorbidités, car elles sont une population plus concernée par des maladies provoquant des douleurs comme l'arthrose, le mal de tête et l'ostéoporose et également les règles douloureuses. Les patients âgés sont plus à risque par rapport aux aspects de compréhension du traitement et les plus jeunes par rapport à l'alimentation et les doses manquées. Les patients âgés devraient faire l'objet d'une éducation thérapeutique plus spécifique et claire sur les avantages de prendre des anticoagulants. Un aspect intéressant de la recherche est le fait que d'administrer un questionnaire améliore les résultats. Un questionnaire pourrait donc être un outil d'apprentissage.</p> <p>Les chercheurs généralisent les conclusions en lien avec les principaux résultats.</p>
Perspectives	Les chercheurs traitent des connaissances de l'étude en affirmant que plus de temps doit être dédié à l'éducation

futures	thérapeutique des patients sous anticoagulants. L'éducation doit également être plus spécifique en fonction du sexe et de l'âge. Il n'y a pas de perspective d'autres travaux à venir mentionner par les auteurs.
Limites et évaluation globale	Les chercheurs ne développent pas de limite à l'étude, mais ils en trouvent une au questionnaire. En effet, celui-ci ne comporte pas de question sur la pathologie des personnes. Les auteurs soulignent avec cette étude de véritables pistes d'actions pour réaliser une éducation thérapeutique ciblée sur les caractéristiques de l'individu. De plus, les auteurs parviennent à mettre en évidence certaines causes, de les identifier et de les corréler par rapport à l'instabilité de l'INR. Ces résultats sont intéressants et mobilisables dans la pratique professionnelle infirmière.

Annexe F : Recherches exclues après lecture

Ci-dessous sont présentées les 7 recherches exclues après une lecture attentive. Les motifs d'exclusion sont argumentés.

- Léger, Allenet, Calop et Bosson (2004) décrivent un projet d'éducation thérapeutique sans toutefois présenter une recherche.
- Kagansky, Knober, Rimon, Ozer et Levy (2005) écrivent une recherche portant sur l'utilisation et la prescription des AVK à l'intention des médecins.
- Satger, Blaise, Fontaine, Yver, Allenet, Pernod et Bosson (2009) présentent un état des connaissances sans développer de méthodologie de recherche et n'exposent pas de résultats.
- Burns (2009) rédige un article par rapport à la thématique, mais ne propose pas une recherche. De plus, l'auteur est étudiant.
- Briggs, Jackson, Bruce et Shapiro (2005) décrivent le processus de développement d'un outil d'évaluation des connaissances.
- Sawicka-Powiera, Ottarzewska, Chlabicz, Rogowska-Szadkowska et Marcinowicz (2004) écrivent uniquement en Polonais et n'offrent pas de traduction.
- Wofford, Wells et Singh (2008) présentent une revue de littérature étoffée proche de notre thématique. Elle inclut des recherches plus anciennes (1972 à 2007) uniquement en Anglais et porte seulement sur la warfarine en excluant les autres AVK.

Annexe G: Tableau de synthèse des recherches analysées

Auteurs	Année	Pays	Type de Devis	Contexte	Objectifs et stratégies de l'étude	Description de l'échantillon	Ethique
N°1 Dessertine-Turc, C. Infirmière	2005	France	Quantitatif Enquête	Patients hospitalisés 1 unité de soins Cardiologie/soins intensifs	Stratégie: individuelle, explications délivrées par des infirmières, cadres de santé et médecins en proposant un livret sur les AVK et une fiche explicative Évaluation de la stratégie : questionnaire portant sur les connaissances du patient administré entre J0 et J3 pour le groupe 1 (=dès l'arrivée dans le service) et entre J0 et J3 pour le groupe 2 (=dès la mise en route du traitement). Puis à nouveau entre J0 et J3 avant la date de sortie	Total (n=27) Groupe 1 (n=11) : patients ayant déjà un traitement AVK à l'arrivée dans le service Groupe 2 (n=16) : patients ayant un traitement AVK instauré en cours d'hospitalisation 11 femmes et 16 hommes Moyenne d'âge 74.46 ans Inclusion : patient < à 85 ans, patients ayant des facultés cognitives conservées et parlant la langue Exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion	Questionnaire sous la protection des données dans le cadre de l'hôpital et anonyme lors de la publication de l'article Agrégation de la recherche par le directeur des soins infirmiers et le médecin chef du service
N°2 Janoly-Duménil, A., et al. Pharmaciens Médecins	2011	France	Quantitatif Étude prospective monocentrique	Patients hospitalisés 2 unités de soins Médecine Réadaptation	Stratégie : hypothèse d'une stratégie individuelle, pas de description particulière Évaluation de la stratégie: questionnaire au cours d'un entretien semidirigé à l'issue de l'hospitalisation portant sur les connaissances des patients	Total (n=50) 29 hommes et 21 femmes Moyenne d'âge 58 ans Aidant présent pour 20 patients sur 50 Inclusion : patient prenant des AVK pour 3 mois et plus, retournant à domicile après l'hospitalisation, ayant un niveau de compréhension orale compatible avec un entretien Exclusion : troubles cognitifs	Déclaration d'intérêts Consentement oral du patient et/ou d'une personne de confiance En cas de connaissances insuffisantes, une information complémentaire est donnée Les séances d'éducation thérapeutique sont également proposées à l'aidant en cas de

						et psychiatriques, consécutifs aux critères d'inclusion	troubles cognitifs
N°3 Denizard-Thompson, N.R., Singh, S., Stevens, S.R., Miller D.P. et Wofford, J.L. Professeurs en médecines Infirmière clinicienne	2012	USA	Qualitatif Étude pilote	Patients extra-hospitaliers Centre urbain de santé communautaire	Stratégie : individuelle, délivrer trois modules de 3 à 5 minutes avec un support numérique de type « iPoDTM » Évaluation de la stratégie: questionnaire portant sur la satisfaction des patients	N=91 patients ayant participé à la stratégie d'enseignement N=22 ayant participé à l'évaluation par questionnaire 55% femmes et 45% hommes Moyenne d'âge 53.4 ans Inclusion : patients venant pour un contrôle de l'INR, pas d'inclusion/exclusion selon la durée du traitement, patients étant capable d'utiliser le support Exclusion : consécutif aux critères d'inclusion	Participation libre Pas de spécification sur l'anonymisation du questionnaire, pas de subvention de l'étude Déclaration d'intérêt
N°4 Eickhoff, J.S. et al. Infirmières Chirurgiens Médecins	2010	USA	Qualitatif Devis non clairement explicité Hypothèse d'une étude pilote	Patients hospitalisés 1 unité de soins Médecine/chirurgie vasculaire	Stratégie : collective, sous forme d'une classe Évaluation de la stratégie : questionnaire, auto-évaluation des patients après la classe par rapport aux aspects de la gestion du traitement AVK, évaluation des connaissances, de la satisfaction, de la compréhension et du vécu	n=39 infirmières ayant répondu au questionnaire de satisfaction avant l'implémentation de la classe n=43 patients ayant répondu au questionnaire après la classe Pas d'autre spécification de l'échantillon n=21 infirmières ayant donné un feedback 6 mois après la classe Inclusion : patients hospitalisés dans les unités de soins, sous AVK	Participation libre Aide à la mobilisation, préparation des patients pour la classe Education thérapeutique individuelle pour les patients ne pouvant participer à la classe Possibilité de participation des membres de la famille Pas de déclaration d'authenticité

						Exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion	
N°5 Mazor, K., M., Baril, J., Dugan, E., Spencer, F., Burgwinkle, P. et Gurwitz J.H. Médecins	2007	USA	Quantitatif Étude randomisée contrôlée	Patients extra- hospitaliers Clinique d'anticoagulants	Stratégie : individuelle, visionnement d'une vidéo à domicile intégrant des éléments narratifs et/ou statistique Évaluation de la stratégie : questionnaire avant et après l'intervention portant sur l'évaluation des connaissances, croyances et adhérence des patients	Total (n=318) patients ayant répondu au questionnaire avant et après l'intervention Homme +/- 62% Femme +/- 38% N=83 : intervention vidéo contenant des éléments narratifs (anecdotes) N=68 : intervention vidéo contenant des évidences statistiques N=77 : intervention vidéo combinant anecdotes et statistiques N=90 : groupe contrôle, pas d'intervention, uniquement le questionnaire Inclusion : patients parlants anglais, pas de troubles cognitifs, non hospitalisés, habitant de la région Exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion	Demande de consentement pour l'accès au dossier médical des patients Participation libre Déclaration d'authenticité Les hôpitaux ayant soutenu la recherche sont mentionnés Incitation financière, 5 dollars pour le questionnaire et 10 dollars pour la vidéo
N°6 Macfee Winans, A. R., Rudd, K. M. et Thriller, D. Pharmaciens	2010	USA	Quantitatif Étude prospective randomisée	Patients hospitalisés Centre hospitalier Type de service non spécifié	Stratégie : individuelle, programme « structuré » en comparaison à un programme « usuel », pas de description particulière Évaluation de la stratégie : questionnaire OAK avant la	Total des patients participants à l'étude (n = 40) Groupe 1 (n = 20) : patients bénéficiant de l'éducation thérapeutique usuelle Moyenne d'âge : 58.9 ans Groupe 2 (n=20) : patients	Projet approuvé par la commission d'examen d'un institut de recherche Participation libre Consentement avant l'intervention

					sortie de l'hôpital (délais de minimum 24h après l'éducation thérapeutique) portant sur les connaissances des patients	bénéficiant d'une éducation thérapeutique structurée par le pharmacien Moyenne d'âge : 63.9 ans 19 femmes et 21 hommes Inclusion : patients n'ayant jamais pris d'AVK, sans troubles cognitifs, parlant anglais Exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion	Supplément d'information après le test OAK à la demande du patient et en cas de résultats insuffisants
N°7 Saligari, E. et al. Infirmières Médecins	2003	France	Quantitatif Étude prospective	Patients hospitalisés et/ou extra-hospitaliers Centre hospitalier Service de cardiologie	Stratégie : collective, sous forme d'une classe Évaluation de la stratégie : questionnaire, avant et après l'éducation thérapeutique portant sur les connaissances du patient Évaluation à l'aide des résultats INR 6 mois avant et 6 mois après l'intervention	Total des participants (n = 55) 17 femmes et 38 hommes Moyenne d'âge de 65.9 ans Aucun critère d'exclusion Critère d'inclusion : être sous AVK Critère d'exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion	Participation libre et consentante sur inscription Pas d'autre mention particulière
N°8 Pernod, G. et al. Médecins Infirmières Pharmaciens	2008	France	Quantitatif Étude prospective multicentrique randomisée	Patients hospitalisés Service de chirurgie et de médecine aiguë Patients extra-hospitaliers Cabinets privés	Stratégie : individuelle, programme « Educ'AVK », session d'éducation de 30 à 45 minutes dispensée par une infirmière, un pharmacien ou un médecin. Utilisation de supports visuels, brochures et du carnet d'anticoagulants. L'éducation tient compte des caractéristiques du patient et de ses besoins Évaluation de la stratégie :	Total des participants (=302) Groupe expérimental (=160) : éducation thérapeutique basée sur un programme Groupe contrôle (n=142) Education thérapeutique habituelle 135 femmes et 167 hommes Moyenne d'âge 62 ans Inclusion : patient ayant des AVK pour 3 mois et plus, plus	Étude approuvée par le comité d'examen institutionnel Consentement libre et éclairé de chaque patient Déclaration d'authenticité

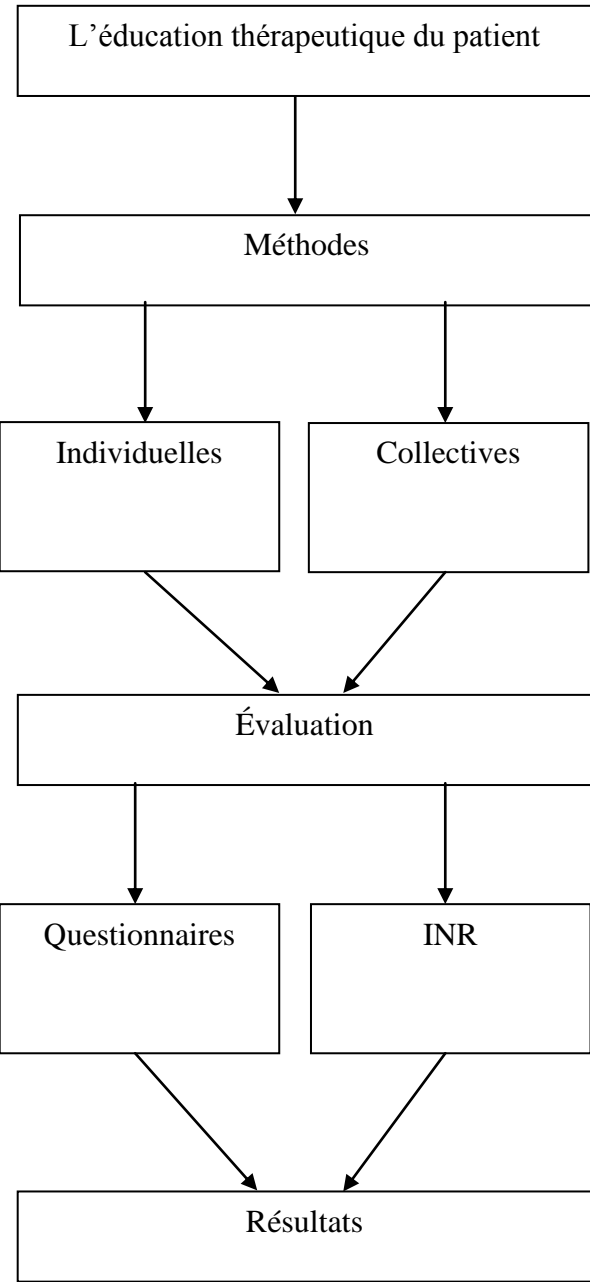
					questionnaire 3 mois après l'intervention portant sur la survenue d'incidents hémorragiques et thromboemboliques ainsi que sur les connaissances du patient	de 18 ans, parlant français, pas de trouble cognitif Exclusion : conditions psychosociales incompatibles à l'étude, consécutives aux critères d'inclusion	
N°9 Khudair, I.M., Hanssens Y.I Pharmaciens Médecins Infirmières Autres	2010	Qatar	Quantitatif Étude transversale	Patients extra-hospitaliers Clinique d'anticoagulants de médecine et de cardiologie	Stratégie : individuelle, « structuré », pas de description particulière Évaluation de la stratégie : questionnaire OAK modifié, portant sur les connaissances du patient et également l'impact sur l'INR	Total des participants (n=140) 90 hommes et 50 femmes Moyenne d'âge 47.4 Inclusion : patients parlant arabe et anglais, sous AVK depuis 2 mois, patients ne présentant pas de trouble cognitif Exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion	Consentement libre et éclairé Informations complémentaires données à la suite du questionnaire Étude approuvée par le centre de recherche médicale Exclusion des patients « gériatriques »
N°10 Barcellona, D., Contu, P. et Marongiu, F. Médecins	2006	Italie	Quantitatif Étude prospective randomisée	Patients extra-hospitaliers Clinique d'anticoagulants	Stratégie : Collective, sous forme d'une classe Individuelle basée sur un questionnaire Évaluation de la stratégie : temps passé dans la zone thérapeutique, programme journalier de l'INR de Rosendaal et al.	Total des participants (n = 240) 128 hommes et 112 femmes Moyenne d'âge de 50 ans Groupe 1 (n=80) : intervention sous forme d'un cours Groupe 2 (n=81) : distribution d'une brochure Groupe 3 (n=79) : pas d'intervention Résultats calculés sur un échantillon de n = 218 Inclusion : consécutifs aux critères d'exclusion Exclusion : patients sous AVK	Consentement des patients Pas d'anonymisation des données lors du questionnaire, mais lors de la publication de l'article Réponses au questionnaire expliquées aux patients Informations supplémentaires fournies

						depuis moins d'une année, patients avec interruption de traitement, traitement s'arrêtant dans les 6 mois	
N°11 Singla, D., Jasser, D. et Wilson, R. Infirmières Pharmaciens Médecins	2003	USA	Mixte Enquête	Patients extra-hospitaliers Clinique d'anticoagulants	Stratégie : collective, sous forme de classe Évaluation de la stratégie : questionnaire, portant sur les connaissances et la satisfaction des patients, évaluation de l'efficacité de la stratégie en termes de coûts et de temps	Total des participants (n = 180) Hommes 55%, femmes 45% 56% des personnes avaient 80 ans ou plus Inclusion : patients sous AVK Exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion	Temps gagner par la classe utilisée pour plus de temps auprès des patients lors du contrôle de l'INR Participation libre et éclairée
N°12 Nurit, P., Bella, B. C., Gila, E. et Revital, Z. Infirmières Pharmaciens Médecins	2009	Israël	Quantitatif Enquête	Patients hospitalisés Hôpital Universitaire 3 unités de médecine	Stratégie: individuelle, sous forme écrite et verbale Évaluation de la stratégie : questionnaire rempli par les infirmières durant un entretien portant sur les connaissances, l'adhérence et la compréhension des patients	Total des participants (n =251) Inclusion : tous les patients ayant plus d'un médicament Exclusion : patients ne retournant pas à domicile, patients incapables de communiquer, consécutifs aux critères d'inclusion	Permission éthique du centre hospitalier pour la qualité et la sécurité clinique Permission éthique de l'administration des soins de l'hôpital, des directeurs médicaux et des infirmières cheffes des unités de médecine Instructions données aux proches aidants en cas de troubles cognitifs Déclaration d'intérêt
N°13 Blaise, S. et al. Infirmières	2009	France	Quantitatif Étude rétrospective	Patients extra-hospitaliers Réseau-ville hôpital GRANTED,	Stratégie : individuelle, programme « Educ'AVK », session d'éducation de 30 à 45 minutes dispensée par une infirmière, un pharmacien ou	Total des participants (n = 100) Inclusion : patient sous AVK, adhérents au réseau de santé GRANTED, habitant la	Participation libre et éclairée Consentement écrit du patient lors de la séance d'éducation

Médecins				pathologies vasculaires	un médecin. Utilisation de supports visuels, brochures et du carnet d'anticoagulants. L'éducation tient compte des caractéristiques du patient et de ses besoins Évaluation de la stratégie : questionnaire par enquête téléphonique portant sur les récurrences hémorragiques et thromboemboliques	région, tirés au sort, plus de 3 mois sous AVK, avoir été éduqués en 2007 Exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion	Déclaration d'intérêt
N°14 Léger, S. et al. Pharmaciens Médecins Infirmières	2004	France	Quantitatif Étude pilote contrôlée Double cohorte	Patients hospitalisés CHU de Grenoble Au moment de l'évaluation: patients extra-hospitaliers	Stratégie : individuelle, programme « Educ'AVK », session d'éducation de 30 à 45 minutes dispensée par une infirmière, un pharmacien ou un médecin. Utilisation de supports visuels, brochures et du carnet d'anticoagulants. L'éducation tient compte des caractéristiques du patient et de ses besoins Évaluation de la stratégie : questionnaire lors d'un entretien téléphonique 3 mois après la sortie de l'hôpital, portant sur les connaissances, la stabilité de l'INR et la survenue d'incidents hémorragiques	Total des participants (n = 59) Groupe expérimental (n = 29) : séance d'éducation avant la sortie selon recommandation de l'AFSSAPS Groupe témoin (n = 30) : pratique courante Moyenne d'âge : 65 ans 47.5% de femmes et 52.5% d'hommes Inclusion : patients majeurs, pas de trouble cognitif, retour à domicile programmé, tirage au sort Exclusion : patients à risque thrombotique élevé, sous AVK au long cours, consécutif aux critères d'inclusion	Participation libre et éclairée

<p>N°15 Barcellona, D., Contu, P. et Marongiu, F.</p> <p>Infirmières Médecins</p>	<p>2002</p>	<p>Italie</p>	<p>Quantitatif Devis pas clairement explicité</p>	<p>Patients extra- hospitaliers Clinique d'anticoagulants</p>	<p>Stratégie : individuelle, pas de description particulière</p> <p>Évaluation de la stratégie: questionnaire complété par le patient portant sur les comportements, connaissances, caractéristiques des patients Prise en considération des résultats INR</p>	<p>Total des participants (n = 219) 108 hommes et 111 femmes Moyenne d'âge : 60 ans Inclusion : sous AVK depuis 6 mois Exclusion : consécutifs aux critères d'inclusion</p>	<p>Déclaration d'intérêt Participation libre et éclairée Étude financée par une université Relecture par les auteurs certifiant que toutes les données sont honnêtes Questionnaire rempli de manière anonyme, mais également de manière non anonyme</p>
---	-------------	---------------	---	---	--	---	---

Annexe H : Tableau de synthèse thématique



Annexe I: Test OAK

The Oral Anticoagulation Knowledge (OAK) Test

Instructions: For each question, place an X in the box next to the answer you think is correct or best completes the sentence correctly. Please answer all questions.

1. Missing one dose of Coumadin (warfarin):
 - a. has no effect
 - b. can alter the drug's effectiveness
 - c. is permissible as long as you take a double dose the next time
 - d. is permissible as long as you watch which foods you eat
2. You can distinguish between different strengths of Coumadin (warfarin) tablets by what?
 - a. color
 - b. shape
 - c. size
 - d. weight
3. A patient on Coumadin (warfarin) therapy should contact the physician or healthcare provider who monitors it when:
 - a. another physician adds a new medication
 - b. another physician stops a current medication
 - c. another physician changes a dose of a current medication
 - d. all of the above
4. Occasionally eating a large amount of leafy greens vegetables while taking Coumadin (warfarin) can:
 - a. increase your risk of bleeding from Coumadin (warfarin)
 - b. reduce the effectiveness of the Coumadin (warfarin)
 - c. cause upset stomach and vomiting
 - d. reduce your risk of having a blood clot
5. Which of the following vitamins interacts with Coumadin (warfarin)?
 - a. vitamin B12
 - b. vitamin A
 - c. vitamin B6
 - d. vitamin K
6. When is it safe to take a medication that interacts with Coumadin (warfarin)?
 - a. if you take the Coumadin (warfarin) in the morning and the interacting medication at night
 - b. if your healthcare provide is aware of the interaction and checks your PT/INR ("Prottime") regularly
 - c. if you take your Coumadin (warfarin) every other day
 - d. it is never safe to take a medication that interacts with Coumadin (warfarin)

7. The PT/INR ("Prottime") test is:
- a. a blood test used to monitor your Coumadin (warfarin) therapy
 - b. a blood test that is rarely done while on Coumadin (warfarin)
 - c. a blood test that checks the amount of vitamin K in your diet
 - d. a blood test that can determine if you need to be on Coumadin (warfarin)
8. Coumadin (warfarin) may be used to:
- a. treat people that already have a blood clot
 - b. treat people that have high blood sugar levels
 - c. treat people with high blood pressure
 - d. treat people with severe wounds
9. A patient with a PT/INR ("Prottime") value below their "goal range":
- a. is at an increase the risk of bleeding
 - b. is at an increase the risk of having a clot
 - c. is more likely to have a skin rash from the Coumadin (warfarin)
 - d. is more likely to experience side effects from Coumadin (warfarin)
10. Taking a medication containing aspirin or other non-steroidal anti-inflammatory medications such as ibuprofen (Motrin® / Advil®) while on Coumadin (warfarin) will:
- a. reduce the effectiveness of the Coumadin (warfarin)
 - b. increase your risk of bleeding from the Coumadin (warfarin)
 - c. cause a blood clot to form
 - d. require you to increase your dose of Coumadin (warfarin)
11. A person on Coumadin (warfarin) should seek immediate medical attention:
- a. if they skip more than two doses of Coumadin (warfarin) in a row
 - b. if they notice blood in their stool when going to the bathroom
 - c. if they experience a minor nosebleed
 - d. if they develop bruises on their arms or legs
12. Skipping even one dose of your Coumadin (warfarin) can:
- a. cause your PT/INR ("Prottime") to be above the "goal range"
 - b. increase your risk of bleeding
 - c. cause your PT/INR("Prottime") to be below the "goal range"
 - d. decrease your risk of having a clot

13. Drinking alcohol while taking Coumadin (warfarin):
- a. is safe as long as you separate your dose of Coumadin (warfarin) and the alcohol consumption
 - b. may affect your PT/INR ("Protime")
 - c. does not affect your PT/INR ("Protime")
 - d. is safe as long as you are on a low dose
14. Once you have been stabilized on the correct dose of Coumadin (warfarin), about how often should your PT/INR("Protime") value be tested?
- a. once a week
 - b. once a month
 - c. once every other month
 - d. once every 3 months
15. It is important for a patient on Coumadin (warfarin) to monitor for signs of bleeding:
- a. only when their PT/INR ("Protime") is above the goal range
 - b. at all times
 - c. only when their PT/INR ("Protime") is below the goal range
 - d. only when you miss a dose
16. The best thing to do if you miss a dose of Coumadin (warfarin) is to?
- a. double up the next day
 - b. take the next scheduled dose and tell your healthcare provider
 - c. call your healthcare provider immediately
 - d. discontinue Coumadin (warfarin) altogether
17. When it comes to diet, people taking Coumadin (warfarin) should:
- a. never eat foods that contain large amounts of vitamin K
 - b. keep a diary of all of the foods they eat
 - c. be consistent and eat a diet that includes all types of food
 - d. increase the amount of vegetables they eat
18. Each time you get your PT/INR ("Protime") checked, you should:
- a. skip your dose of Coumadin (warfarin) on the day of the test
 - b. avoid eating high fat meals on the day of the test
 - c. avoid foods high in vitamin K on the day of the test
 - d. let your doctor know if you missed any doses of Coumadin (warfarin)
19. Which of the following over-the-counter products is most likely to interact with Coumadin (Warfarin)?
- a. nicotine replacement therapies
 - b. herbal / dietary supplements
 - c. allergy medications
 - d. calcium supplements
20. A patient with a PT/INR("Protime") value above the "goal range":
- a. is at an increased risk of having a clot
 - b. is more likely to have drowsiness and fatigue from Coumadin (warfarin)
 - c. is at an increased risk of bleeding
 - d. is less likely to experience side effects from Coumadin (warfarin)

ANSWER KEY:

1. **B**
2. **A**
3. **D**
4. **B**
5. **D**
6. **B**
7. **A**
8. **A**
9. **B**
10. **B**
11. **B**
12. **C**
13. **B**
14. **B**
15. **B**
16. **B**
17. **C**
18. **D**
19. **B**
20. **C**

Annexe J : Limites méthodologiques des articles

Turc-Dessertine (2005) relève comme biais dans cette étude le fait que les infirmières, sachant que l'éducation thérapeutique est évaluée, peuvent modifier certains aspects de la prise en charge à cet égard. De plus, les patients étant également au courant des modalités de la recherche peuvent accorder plus d'attention à cette démarche. L'auteure relève également qu'elle a elle-même élaboré le questionnaire alors qu'elle est novice en recherche. Elle souligne encore que l'étude émerge d'une entreprise personnelle et donc, pour limiter la charge de travail, les critères d'inclusion sont restreints à une catégorie de patients. L'échantillon est donc limité à 27 patients.

Janoly-Duménil et al. (2011) relèvent comme limites l'âge relativement jeune des participants de l'étude. Les auteurs mentionnent également un échantillon relativement petit (50 patients) en raison de la réalisation de l'étude sur uniquement deux services. Les auteurs n'exposent pas clairement d'autres limites à l'étude.

Denizard-Thompson, Stevens, Miller et Wofford (2012) présentent comme limites de l'étude le faible échantillon ayant suivi les trois modules d'éducation (22 personnes). De plus, les auteurs n'évaluent pas les connaissances des patients en raison d'une dotation en personnel limitée et décrivent comme difficile de discerner les connaissances déjà existantes des connaissances apprises lors de l'intervention. L'évaluation portant sur la satisfaction des patients n'est donc pas totalement représentative de son efficacité. Cette stratégie d'éducation est susceptible de moins bien fonctionner chez les patients âgés pas habitués à la technologie.

Mazor, Baril, Dugan, Spencer, Burgwinkle et Gurwitz (2007) citent comme limites le fait que peu de patients ont accepté de faire toute la démarche de l'étude. De plus, les questionnaires ont été remplis à domicile sans supervision. Cela pourrait introduire un biais sur la qualité des résultats. La généralisation des résultats est également discutable en raison de l'intégration d'une population exclusivement de la même région. La recherche ne teste pas l'efficacité de la stratégie d'éducation thérapeutique sur du long terme.

Macfee Winans, Rudd et Thriller (2010) écrivent qu'une des limites de l'étude est la difficulté à recruter des participants attribués au groupe contrôle (soins usuels) en raison de la rareté des patients ayant déjà reçu des informations sur la warfarine. La randomisation s'est effectuée en fonction du feedback des patients. En conséquence, les exclusions ont été nombreuses et l'échantillon s'est trouvé réduit. De plus, l'outil d'évaluation était connu des personnes

dispensant l'enseignement (test OAK). La connaissance de l'outil d'évaluation est susceptible d'engendrer une éducation thérapeutique plus ciblée.

Pernod et al. (2008) mentionnent comme limites de l'étude que les médecins de famille externes à l'étude n'étant pas au courant de la randomisation, mais du déroulement de l'étude sont susceptibles d'avoir accordé plus d'attention aux patients sous AVK. De plus, les auteurs relèvent également comme limite le fait de n'avoir pas ciblé l'évaluation de l'efficacité de l'éducation thérapeutique sur les résultats de l'INR, mais sur la survenue des complications hémorragiques et thromboemboliques. En effet, un contrôle plus fréquent de l'INR pourrait être associé à une réduction des complications. Les auteurs affirment ne pas être parvenus à démontrer une différence statistique entre les deux groupes par rapport au niveau des connaissances en raison d'un manque de « pouvoir » de l'étude.

Khudair et Hanssens (2010) expliquent comme limite un nombre important de patients ayant refusé de participer à l'étude en raison d'une possible insistance sur le besoin de leur participation pas suffisamment prononcée. Le nombre de patients importants ayant refusé influence sur les possibilités de généralisation des résultats. Les auteurs mentionnent également avoir exclu les patients gériatriques plus susceptibles de faire des complications. Une des limitations est également l'exclusion des patients ne parlant pas arabe ou anglais.

Nurit, Bella, Gila et Revital (2009) expliquent que les connaissances des patients n'ayant pas été évaluées avant l'intervention, l'évolution dans le niveau de connaissances n'est pas objectivable. Les auteurs relèvent également que parfois les infirmières ayant rempli le questionnaire l'ont fait de manière incomplète ou d'une manière ne correspondant pas aux objectifs de la recherche.

Blaise et al. (2009) mentionnent comme limites de l'étude un biais dans le recrutement, car 90% des patients sont de type hospitalier ce qui signifie des facteurs de risque plus importants au niveau hémorragique et thromboembolique susceptible d'influencer les résultats. Les auteurs mentionnent également des difficultés à mettre en œuvre certaines démarches d'évaluation dans un service sans apporter plus de précision. L'évaluation des connaissances des patients a de plus été réalisée seulement après l'intervention.

Léger et al. (2004) mentionnent que le programme d'éducation thérapeutique fonctionne, mais pour des patients sous anticoagulants oraux pendant une courte période et ayant toutes les capacités pour pouvoir gérer un traitement médicamenteux. De plus, il soulève un phénomène

« d'induction » possible en lien avec le questionnaire constitué de question plutôt fermées. Les auteurs ont utilisé des critères plus larges concernant les résultats de l'INR pour affirmer la stabilité du patient que d'autres études et des critères plus stricts concernant la survenue d'incidents hémorragiques. Ces deux éléments ont une influence sur les résultats.

Barcellona, Contu et Marongiu (2002) exposent une limite concernant le questionnaire, car il ne possède pas de question sur la pathologie dont souffre le patient. Les résultats étant en lien avec les résultats INR des patients et les questionnaires parfois anonymes, il est difficile de faire la corrélation entre ces deux éléments.

Une autre faiblesse générale de quatre études est la non-description concrète du programme d'éducation thérapeutique rendant difficile la mise en lien des résultats avec la stratégie d'éducation thérapeutique (Macfee Winans, Rudd et Thriller, 2010 ; Janoly-Duménil et al., 2011 ; Khudair et Hanssens, 2010 et Barcellona, Contu et Marongiu, 2002).

Eickhoff et al. (2004) présentent certaines limites à leur étude. En effet, les connaissances sont testées de manière indirecte. L'évaluation est basée sur une autoévaluation du patient avec pour conséquence un risque que le patient puisse affirmer en savoir plus que ce qu'il sait réellement. Cette stratégie d'évaluation comporte donc un biais susceptible d'entraîner des résultats peu utilisables dans la pratique professionnelle. La validité des résultats est également discutable en raison du manque d'évaluation de l'état de la variable dépendante avant l'intervention. De plus, il n'y a pas d'évaluation de l'efficacité de la stratégie dans le temps, mais uniquement après l'intervention. La méthodologie est également discutable en raison du devis pas clairement explicité et du manque de description des caractéristiques de l'échantillon.

Saligari et al. (2003) ne décrivent pas de limites à leur recherche. Ne pas décrire de limite est une faiblesse dans la démarche méthodologique. Il est également nécessaire de relever qu'il n'y a pas de groupe contrôle dans cette étude.

Singla, Jasser et Wilson (2003) utilisent le questionnaire uniquement après l'évaluation. La validité des résultats est donc discutable en raison de la non-évaluation de l'état de la variable dépendante avant l'intervention. Cette étude a été réalisée sans groupe contrôle et le questionnaire n'est pas validé scientifiquement. Les auteurs n'ont pas fait de différenciation entre les personnes déjà sous AVK et les personnes dont le traitement vient d'être instauré.

Ces éléments peuvent influencer les résultats, car les patients étant déjà sous AVK sont susceptibles d'avoir plus de connaissances que les patients nouvellement sous AVK.

Barcellona, Contu et Marongiu (2006) rapportent comme limite une inclusion uniquement des patients sous AVK à long terme susceptible d'influencer les résultats. Les auteurs soulignent également l'exclusion des différents types de comportements du patient vis-à-vis de la thérapie. L'évaluation n'est pas faite dans le temps, mais uniquement après la stratégie d'éducation. Les auteurs relèvent encore un nombre important de variables induites dans la préparation des entretiens, des cours et des brochures. Ils affirment que les résultats sont apparemment non généralisables pour les centres avec un plus petit nombre de patients et les patients suivis par un médecin généraliste. Les limites explicitées ici ne sont pas répétées sous la thématique de l'éducation individuelle pour la même étude.