

Note

« Composantes de la capacité d'autosoins de personnes ayant subi un infarctus du myocarde et participant à un programme d'exercices à domicile »

Sylvie Robichaud-Ekstrand et Caroline Gibbons

Revue de l'Université de Moncton, vol. 39, n°1-2, 2008, p. 249-273.

Pour citer cette note, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/039849ar>

DOI: 10.7202/039849ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

NOTE DE RECHERCHE

COMPOSANTES DE LA CAPACITÉ D'AUTOSOIN DE PERSONNES
AYANT SUBI UN INFARCTUS DU MYOCARDE ET PARTICIPANT
À UN PROGRAMME D'EXERCICES À DOMICILE

Sylvie Robichaud-Ekstrand et Caroline Gibbons
Université de Moncton

Résumé

L'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) démontre une amélioration plus précoce de la capacité globale d'autosoin des participants au programme d'exercices à domicile à la suite d'un récent infarctus du myocarde (IM), comparativement aux sujets qui reçoivent des soins usuels. Cet article présente une analyse secondaire des données pour déterminer la ou les composantes qui engendrent cette amélioration. Tous les participants ont complété l'échelle de la *Exercise of Self-Care Agency (ESCA)* à l'hôpital, puis aux 8^e et 14^e semaines suivant leur congé de l'hôpital. L'initiative et la responsabilité est à l'origine des gains plus précoces retrouvés dans la capacité globale d'autosoin chez les participants au programme d'exercices. Celles-ci reflètent une meilleure attitude pour ce qui est de prendre soin de soi-même et un niveau de motivation accru pour adopter des comportements de santé sains à 8 semaines pour les participants. Le concept de soi, les connaissances et la recherche d'information ainsi que l'engagement demeurent similaires avec ou sans programme d'exercices à domicile.

Mots-clés : Infarctus du myocarde, réadaptation cardiaque, programme d'exercices, autosoin, initiative.

Abstract

Robichaud-Ekstrand's study (1993) showed earlier improvement in global self-care agency in recent low-risk myocardial infarction individuals participating in a home-

based exercise program compared to subjects receiving usual care. This paper presents a secondary data analysis to determine which sub-concept is responsible for the more important improvement in global self-care agency. All participants completed the Exercise of Self-Care Agency (ESCA) scale at hospital pre-discharge, and at 8 and 14 weeks post-discharge. Initiative and responsibility is responsible for the earlier improvement in global self-care agency in exercise program participants ($p = .001$). These are demonstrated by participants' better attitude to take care of themselves, and an increased level of motivation to adopt healthy behaviours at 8 weeks for participants. With or without a home-based exercise program, self-concept, knowledge and information seeking, as well as action taking remain similar.

Keywords : Myocardial Infarction, Cardiac Rehabilitation, Exercise Therapy, Self-care, Initiative.

Introduction

La maladie coronarienne est la principale cause de décès, d'invalidité et d'hospitalisation au Canada (Wielgosz *et al.*, 2003) et à travers le monde (Yusuf, Reddy, Ounpuu et Anand, 2001). Avec la venue d'approches thérapeutiques novatrices et l'utilisation de nouvelles technologies médicales, le taux de mortalité reliée à la maladie coronarienne a diminué considérablement dans les pays industrialisés (*British Heart Foundation*, 2005). Cependant, puisqu'un nombre croissant de personnes survivent à un infarctus du myocarde (IM), le taux de morbidité continue d'augmenter (Law, Watt et Wald, 2002).

Des programmes de réadaptation cardiaque ont été développés pour aider les personnes qui subissent un épisode cardiaque à s'en rétablir et à en prévenir la récurrence. La réadaptation cardiaque a démontré des améliorations de la condition physique et une diminution du taux de morbidité ainsi que du taux de mortalité (Jolliffe *et al.*, 2001; Taylor *et al.*, 2004). Ces résultats sont atteints grâce à la pratique de l'exercice, à la modification des comportements de santé ainsi qu'à l'adoption de stratégies adaptatives visant une meilleure gestion des facteurs de risque

cardiovasculaires (Taylor *et al.*, 2004). La plus récente révision systématique d'études randomisées selon la méthode proposée par le *Cochrane Collaboration* regroupe 8 440 sujets. Celle-ci démontre que les programmes de réadaptation cardiaque qui se concentrent principalement sur l'exercice produisent une diminution de 27 % du taux de mortalité. Les programmes intégrés de réadaptation cardiaque qui incluent une intervention psychosociale et éducationnelle en plus d'un entraînement physique, produisent également une diminution du taux de mortalité, mais de moins grande envergure, soit de 13 % (Jolliffe *et al.*, 2001). Malgré ces bienfaits, le taux de participation aux programmes de réadaptation demeure faible, surtout en ce qui concerne les femmes, les personnes âgées et les individus provenant de milieux minoritaires (*NHS Centre for Reviews and Dissemination*, 1998).

Afin d'augmenter le taux de participation, divers programmes d'exercices à domicile ont été introduits en Amérique du Nord et en Europe (Dalal *et al.*, 2007; Jolly, Taylor, Lip et Stevens, 2006; Robichaud-Ekstrand, Juneau et Gagnon, 1993). Ces programmes d'exercices à domicile sont gérés par une équipe de professionnels de la santé. De plus, ils possèdent des objectifs spécifiques et individualisés et s'adaptent donc à la condition de santé des participants. Ils incluent généralement les éléments suivants : un système de monitoring de l'entraînement physique, des suivis ainsi que des informations envoyées par la poste ou transmises par téléphone. Par conséquent, les personnes qui subissent un épisode cardiaque ont la possibilité de prendre en mains leur santé et de retourner à une vie productive dans la société.

Selon Orem, la capacité à exécuter des actions afin de maintenir sa santé ou son bien-être reflète la capacité d'autosoins de l'individu (Orem, 2001). Un instrument couramment utilisé pour capter le concept de la capacité d'autosoins est l'échelle de la *Exercise of Self-Care Agency (ESCA)* développée par Kearney et Fleischer (1979). Celle-ci mesure le niveau de prise en charge de la personne à l'égard de ses soins de santé. L'échelle de la *ESCA* a été traduite et validée en plusieurs langues auprès de populations diversifiées (Kearney et Fleischer, 1979; McBride, 1987, 1991; Nahcivan, 2004; Riesch et Hauck, 1988; Robichaud-Ekstrand et Loiselle, 1998; So et Lee, 1989; Wang et Laffrey, 2000; Yamashita, 1998). En somme, cet instrument est, jusqu'à ce jour, fréquemment utilisé

en recherche et en pratique (Ailinger et Dear, 1993; Callaghan, 2005, 2006a, 2006b, 2006c; Carroll, 1995; Craddock, Adams, Usui et Mitchell, 1999; Felder, 1990; Hart et Foster, 1998; Owens, 2007; Pressly, 1995; Robichaud-Ekstrand, 1993; Simmons, 1993; So et Lee, 1989; St Onge, 1995; Wang et Laffrey, 2000).

L'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) est la seule recensée dans les revues et résumés de colloques scientifiques publiés qui utilise l'échelle de la *ESCA* pour évaluer les effets d'un programme d'exercices à domicile sur la capacité d'autosoin des personnes ayant subi un IM à faible risque. Bien que les résultats globaux de cette étude aient été présentés à des colloques scientifiques (Robichaud-Ekstrand, Juneau, Dupuis et Gagnon, 1993; Robichaud-Ekstrand, Juneau et Gagnon, 1993; Robichaud-Ekstrand, Juneau, Dupuis et Gagnon, 1992; Robichaud-Ekstrand, Juneau et Gagnon, 1996), la ou les composantes de la capacité d'autosoin qui ont produit l'augmentation précoce de la capacité globale d'autosoin n'ont pas été identifiées. Selon Kearney et Fleischer (1979), la capacité d'autosoin englobe : 1) le concept de soi; 2) l'initiative et la responsabilité; 3) les connaissances et la recherche d'information; et 4) l'engagement versus la passivité. Une analyse approfondie des composantes de la capacité d'autosoin est importante pour permettre aux infirmières¹ d'évaluer cette capacité chez les personnes cardiaques. Ces connaissances permettront à l'infirmière de développer des programmes de réadaptation cardiaque à domicile mieux adaptés aux besoins spécifiques des personnes ayant subi un infarctus du myocarde.

Recension des écrits

La réadaptation cardiaque est non seulement une composante intégrale des soins contemporains offerts aux personnes qui subissent un épisode cardiaque, mais aussi une priorité dans la majorité des pays possédant une haute prévalence de la maladie coronarienne (Balady *et al.*, 2007; Graham *et al.*, 2007; Stone, Arthur et *Canadian Association of Cardiac Rehabilitation Guidelines Writing Group*, 2005). Les programmes de réadaptation cardiaque visent un retour optimal à une vie productive dans la société par la pratique de l'exercice, l'adoption de sains comportements de santé, le rétablissement de l'état psychologique et le retour aux activités sociales antérieures (Goble et Worcester, 1999)². L'adoption de

comportements de santé sains, par exemple, l'arrêt du tabagisme, l'adoption d'un régime alimentaire de type végétarien, la gestion du stress et la pratique régulière de l'activité physique selon une intensité modérée, permet de ralentir la progression de la maladie coronarienne (Ornish, 1991; Ornish, Brown, Scherwitz, Billings, Armstrong, Ports *et al.*, 1990).

Deux récentes revues systématiques et méta-analyses comparent l'efficacité des programmes de réadaptation cardiaque à domicile à ceux dispensés dans des centres spécialisés (Dalal *et al.*, 2007; Jolly, Taylor, Lip et Stevens, 2006). Comparativement aux personnes qui reçoivent des soins usuels, les sujets qui participent à un programme de réadaptation cardiaque à domicile, présentent une réduction de la tension artérielle systolique et un risque moins élevé de récurrence par rapport au tabagisme. Il n'existe cependant aucune différence significative en ce qui a trait à la capacité fonctionnelle, au taux de cholestérol total et aux niveaux d'anxiété et de dépression. Le seul résultat non favorable au programme à domicile est le taux de mortalité. Cependant, lorsque les programmes de réadaptation à domicile sont comparés à ceux offerts dans les centres spécialisés, les résultats demeurent similaires, même pour le taux de mortalité. Joly et ses collègues (2006) précisent que des études ultérieures auraient avantage à comparer l'acceptabilité, l'efficacité et les coûts-bénéfices des programmes de réadaptation cardiaque à domicile à ceux dispensés dans des centres spécialisés. D'ailleurs, Taylor et ses collaborateurs viennent récemment de déposer un protocole qui répondra à cette question en utilisant la méthode proposée par la *Cochrane Collaboration* (Taylor, Dalal, Jolly, Moxham et Zawada, 2008).

Les résultats liés aux études randomisées qui comparent certains programmes de réadaptation cardiaque à domicile aux soins usuels présentent les bienfaits suivants : la fréquence cardiaque, le double produit et le rythme de rétrécissement des artères coronariennes sont diminués. De plus, la fraction d'éjection et, par conséquent, la capacité fonctionnelle s'améliorent. Les résultats cliniques présentent également des améliorations du taux de cholestérol total, de triglycérides ainsi que de lipoprotéines à basse et à haute densité. Certains comportements de santé sont adoptés, par exemple, la réduction de l'apport en gras dans le régime alimentaire. Sur le plan psychologique, l'efficacité personnelle perçue, reliée aux activités quotidiennes et à la marche, est augmentée, la

confiance et l'estime de soi s'accroissent et la qualité de vie des personnes âgées cardiaques est meilleure. Par ailleurs, le nombre de réadmissions à l'hôpital est diminué et, par conséquent, les coûts en sont réduits. Toutefois, comparativement aux soins usuels, les résultats de ces études indiquent que les programmes de réadaptation cardiaque à domicile ne présentent aucun effet sur les éléments suivantes : le niveau de détresse psychologique, le type et le nombre de complications liées à l'épisode cardiaque, l'indice de masse corporelle, le bien-être psychologique, les taux de lipoprotéines à haute densité, l'affect émotionnel, les niveaux d'anxiété et de dépression de même que le niveau de confiance à l'égard du rétablissement (Brosseau *et al.*, 1995; Fletcher *et al.*, 1994; Gulanick, 1991; Haskell *et al.*, 1994; Heller *et al.*, 1993; Higgins *et al.*, 2001; Lewin *et al.*, 1992; Linden, 1995; Marchionni *et al.*, 2003; Robertson et Kayhko, 2001; Robichaud-Ekstrand, 1993; Sinclair, Conroy, Davies et Bayer, 2005; Taylor *et al.*, 1997).

La révision des ressources électroniques fait ressortir seulement deux études qui ont utilisé l'échelle de la *ESCA* auprès d'une population cardiaque (Carroll, 1995; Robichaud-Ekstrand et Loisel, 1998). Carroll (1995) décrit et évalue le rétablissement chez des personnes âgées de plus de 65 ans qui ont subi une chirurgie de revascularisation du myocarde, mais qui n'ont pas bénéficié d'un programme d'exercices à domicile. Elle conclut que les infirmières jouent un rôle pivot dans la planification du congé de l'hôpital, surtout en ce qui concerne l'utilisation du réseau de soutien et la prise en charge des personnes âgées cardiaques. Robichaud-Ekstrand et Loisel (1998) présentent les propriétés psychométriques de l'échelle de la *ESCA* utilisée dans l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) qui examinait les effets d'un programme d'exercices à domicile sur la capacité d'autosoin de personnes ayant subi un IM. Bien que la capacité globale d'autosoin des participants au programme d'exercices augmente plus précocement que celle des sujets qui reçoivent des soins usuels, l'étude ne permet pas de déceler la ou les composantes qui sont à l'origine de cette amélioration. Il devient donc pertinent d'examiner plus en profondeur les composantes de la capacité globale d'autosoin lorsque des personnes ayant subi un IM participent à un programme d'exercices.

But et hypothèse de recherche

Le but de cet article est d'effectuer une analyse secondaire à partir des données tirées de l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) pour déterminer la ou les composantes qui engendrent l'amélioration précoce de la capacité globale d'autosoins des personnes ayant récemment subi un IM à faible risque et participant à un programme d'exercices à domicile. L'hypothèse de recherche précise qu'une ou plusieurs composantes de la capacité globale d'autosoins des participants du programme d'exercices à domicile démontrent des scores supérieurs comparativement à cette capacité chez des sujets qui reçoivent les soins usuels.

Méthode

Étude de Robichaud-Ekstrand (1993)

Critères de sélection. Dans son étude, Robichaud-Ekstrand (1993) a considéré toutes les personnes qui ont été hospitalisées dans trois hôpitaux de la région de Montréal (Québec) pour diagnostic d'IM. Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants : IM à faible risque démontré par l'absence d'ischémie au repos 24 heures après l'admission; fréquence cardiaque au repos inférieure à 90 battements par minute; fraction d'éjection supérieure à 35 %; capacité de participer à une épreuve d'effort sur tapis roulant; et capacité de lire et d'écrire le français ou l'anglais. Les critères d'exclusion étaient les suivants : incapacité à évaluer la fréquence, l'intensité ou la durée de l'effort physique; problèmes psychiatriques; désordres métaboliques ou endocriniens; et impossibilité d'être rejoint par téléphone. De plus, le sujet ne devait pas être connu pour les antécédents suivants : insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire, arythmies ventriculaires complexes, tachycardie sinusale ou fibrillation auriculaire.

Échantillon. Sur un total de 856 personnes ayant subi un IM récent, près des trois quarts (73 %) ne satisfaisaient pas les critères de sélection de l'étude, 10 % des sujets étaient décédés lors de l'hospitalisation, quatre pour cent n'avaient pas été invités à participer à l'étude en raison de conflits d'horaire de l'agent de recrutement et, finalement, trois pour cent ont refusé de participer à l'étude.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. La moyenne d'âge des sujets est de 52 ans ($ET = 10$ ans).

Presque la totalité des sujets (93 %) sont des hommes et la plupart d'entre eux (81 %) occupent un emploi. Plus de trois quart des sujets ont une scolarité maximale de niveau secondaire. Les caractéristiques cliniques des participants à l'étude indiquent que la majorité des sujets (56 %) sont fumeurs et que 66 % d'entre eux présentent de l'embonpoint selon leur indice de masse corporelle. Près des trois quarts des participants (74 %) ont subi un IM à la région inférieure du cœur et, chez 26 % d'entre eux, l'IM se situe à la partie antérieure et latérale. Dans la plupart des cas (82 %), il s'agit du type d'IM avec onde Q. Le niveau de créatine kinase (CK-MB) sanguine présente alors une élévation atteignant un sommet de 1 857 U/L ($ET = 1\ 605$ U/L). Aussi, 61 % des sujets consomment des bêta-bloqueurs adrénergiques et près d'un tiers (30 %) font l'usage de bloqueurs de canaux calciques. Les sujets avaient maintenu leur médication usuelle lorsque l'épreuve d'effort a été effectuée. Au précongé de l'hôpital, les données sociodémographiques et cliniques chez les deux groupes à l'étude sont similaires ($p > 0,05$).

Devis de recherche. Le devis de recherche consiste en un plan expérimental prétest et post-test avec groupe témoin. Les sujets furent assignés de façon aléatoire, soit au programme d'exercices à domicile incluant le suivi par appels téléphoniques de l'infirmière ($n = 42$), soit aux soins usuels ($n = 41$). Les trois temps d'évaluation de la capacité d'autosoin ont été effectués au précongé de l'hôpital ($M = 8$ jours; $ET = 3$ jours post-IM), puis à la 8^e semaine et à la 14^e semaine suivant le congé. Le projet de recherche fut approuvé par un comité d'éthique et de la recherche dans chaque centre hospitalier où les participants furent recrutés. Finalement, les participants qui ont accepté de participer à l'étude ont signé un consentement éclairé écrit.

Programme d'exercices à domicile et suivi téléphonique. Les participants exécutent une épreuve d'effort limitée par symptômes au précongé de l'hôpital ($M = 8$ jours; $ET = 3$ jours post-IM) afin de prescrire le programme d'exercices à domicile. Le programme consiste en cinq séances d'exercices d'une durée de 35 à 40 minutes consécutives, exécutées au rythme minimal de cinq fois par semaine, et ce, échelonné sur une période de huit semaines. Chaque séance d'exercices débute par une période d'échauffement de dix minutes.

Tableau 1 : Profil sociodémographique de l'échantillon de l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) (n = 83)

Caractéristiques	Programme d'exercices (n = 42)		Soins usuels (n = 41)		p*
	n (%)				
Sexe					0,41
Masculin	38	(90)	39	(95)	
Féminin	4	(10)	2	(5)	
Niveau de scolarité					0,12
Primaire	10	(24)	13	(32)	
Secondaire	20	(48)	13	(32)	
Collégial	10	(24)	6	(15)	
Universitaire (sous-gradué)	1	(2)	6	(15)	
Universitaire (gradué)	1	(2)	3	(6)	
Catégorie d'occupation					0,23
Professionnel	9	(21)	10	(25)	
Gestionnaire	9	(21)	8	(20)	
Commis général	2	(5)	1	(2)	
Commis de vente	0	(0)	6	(15)	
Travailleur manuel	14	(34)	8	(19)	
Retraité	7	(17)	7	(17)	
Autre	1	(2)	1	(2)	

*Tests de Chi-Carré (χ^2) de Pearson entre le programme d'exercices et les soins usuels, $p > 0,05$

Elle se poursuit par 20 minutes de marche rapide à une fréquence cardiaque ou une perception d'effort selon l'Échelle de Borg, les deux établies selon les résultats individuels démontrés par l'épreuve d'effort. La séance se termine par une période de 5 à 10 minutes d'exercices de récupération, soit par de la marche lente et des exercices

d'assouplissement et de flexibilité. L'intensité des séances d'exercices augmente graduellement toutes les deux semaines, soit de 50 % à 80 % de la réserve cardiaque maximale atteinte à l'épreuve d'effort sur tapis roulant au précongé de l'hôpital. Chez les personnes qui ont présenté des changements ischémiques ou de l'angine à l'effort, la limite supérieure de la fréquence cardiaque cible était de cinq battements sous le seuil ischémique. La limite inférieure était déterminée en retranchant 15 battements de la limite supérieure. Les sujets pouvaient participer à toutes les autres activités exigeant une dépense énergétique inférieure à celle qui était recommandée. Ils recevaient par écrit une liste d'activités précisant leur valeur énergétique de sorte à permettre la pratique d'activités à l'intérieur des limites recommandées en-dehors des séances d'exercices.

L'infirmière effectue un appel téléphonique aux participants du programme d'exercices à deux reprises durant leur première semaine de convalescence à domicile. Par la suite, les appels téléphoniques sont effectués une fois par semaine durant les sept semaines subséquentes. Le but du suivi téléphonique est de renforcer l'information offerte au congé de l'hôpital, de répondre aux questions liées à la santé cardiaque et au bien-être psychologique. De plus, l'infirmière documente les changements cliniques indiquant une intolérance à l'effort lors du programme d'exercices prescrit. Elle effectuait alors des modifications aux recommandations au besoin. L'infirmière encourage aussi les participants à adhérer aux comportements spécifiques d'autosoin recommandés, soit la pratique régulière de l'activité physique, l'observance médicamenteuse, l'adoption de saines habitudes alimentaires, le non-usage du tabac et la gestion du stress. Entre la 8^e et la 14^e semaine après le congé de l'hôpital, aucun participant n'a reçu d'appel téléphonique de l'infirmière.

Soins usuels. Les soins usuels comprennent les recommandations habituelles offertes par les membres du personnel de l'unité de soins, sans recommandation formelle ou individualisée, ni suivi téléphonique de l'infirmière. Les sujets classés dans le groupe de soins usuels choisissent personnellement les exercices qu'ils entreprendront durant leur convalescence. Cependant, l'infirmière communique par téléphone avec les sujets pour administrer l'instrument de mesure de la capacité d'autosoin, et ce, aux mêmes moments d'évaluation que ceux des participants du

programme d'exercices. Les deux groupes reçoivent donc les mêmes évaluations et explications liées à leur épreuve d'effort sur tapis roulant.

Instrument de mesure de la capacité d'autosoins

Kearney et Fleischer (1979) ont développé la version originale de l'échelle de la *Exercise of Self-Care Agency (ESCA)*. Le but de l'instrument est de mesurer le niveau de prise en charge de la personne à l'égard de ses soins de santé. La version originale de l'échelle de la *ESCA* est composée de 43 énoncés. Dans la présente étude, seuls les 35 énoncés tirés de l'analyse en facteurs effectuée auprès de 83 sujets dans l'étude de Robichaud-Ekstrand et Loisel (1998) et qui démontraient des indices de communalité supérieurs à 0,40 ont été retenus pour l'analyse des données. Chaque énoncé comprend cinq choix de réponses qui, selon une échelle de Likert, s'échelonnent de 0 (aucunement caractéristique de moi) à 4 (très caractéristique de moi). L'instrument permet l'étude des quatre sous-concepts suivants : 1) le concept de soi; 2) l'initiative et la responsabilité; 3) les connaissances et la recherche d'information; et 4) l'engagement versus la passivité. Les résultats les plus élevés pouvant respectivement être obtenus pour chacun des sous-concepts sont les suivants : 48, 48, 20 et 24. Le résultat global le plus élevé pouvant être obtenu avec cet instrument est 140, ce qui correspond à une perception positive de la capacité d'autosoins et à une participation active aux soins de santé.

Un groupe de cinq juges experts du domaine de la science infirmière ont initialement établi la validation du contenu de l'échelle originale (Kearney et Fleischer, 1979). Vingt-neuf énoncés présentent un indice de validité de contenu de 80 % et plus. Les 14 autres énoncés qui présentaient un indice de validité de contenu se situent entre 60 % et 80 % ont été révisés par les auteurs (Robichaud-Ekstrand et Loisel, 1998). Dans la présente étude, l'ensemble de la version française de l'échelle de la *ESCA* montre des coefficients de consistance interne de 0,85, 0,84 et 0,88 respectivement au précongé, à la 8^e semaine et à la 14^e semaine. La fidélité d'homogénéité des sous-échelles de la version française de l'échelle de la *ESCA* présente une magnitude variant de faible à moyenne, avec des coefficients d'alpha de Cronbach respectifs pour le concept de soi ($\alpha = 0,57$ à $0,69$), l'initiative et la responsabilité ($\alpha = 0,72$ à $0,80$), les connaissances et la recherche d'information ($\alpha = 0,70$ à $0,80$) et

l'engagement versus la passivité ($\alpha = 0,49$ à $0,62$). La version française de l'échelle de la *ESCA* démontre une bonne stabilité temporelle sur une période de 6 semaines ($r = 0,78$, $p < 0,001$) (Robichaud-Ekstrand et Loisel, 1998).

Analyses statistiques

Une analyse de variance multivariée (MANOVA) à mesures répétées a réuni les quatre sous-concepts de la capacité d'autosoin. Des analyses de la variance (ANOVA) à mesures répétées suivi de tests de *t* de *Student* pour groupes indépendants ont été entreprises par sous-concept pour identifier lequel ou lesquels créent des différences significatives sur la capacité globale d'autosoin. De plus, des tests de *t* pariés de *Student* ont permis d'identifier les différences entre moments. Le seuil de signification des analyses statistiques a été fixé à un alpha de 0,05. Les valeurs manquantes des analyses de variance ont été remplacées par la moyenne des sous-concepts respectifs, tandis que le nombre exact de sujets est utilisé pour les tests de *Student*.

Résultats

Le tableau 2 présente les moyennes et les écarts types des composantes de la capacité d'autosoin au précongé et aux 8^e et 14^e semaines suivant le congé de l'hôpital pour chacun des groupes expérimentaux et d'autosoin. Une MANOVA évaluant l'évolution des groupes expérimentaux et de soins usuels sur les quatre composantes de la capacité d'autosoin aux trois temps de mesure donne une interaction globale significative entre les groupes et les moments de mesure, lambda de Wilks = 0,75, $F(8,74) = 3,09$, $p = 0,005$. Plus spécifiquement, les ANOVA à mesures répétées dévoilent une seule interaction significative soit pour la composante de l'initiative et de la responsabilité, lambda de Wilks = 0,84, $F(2, 80) = 7,76$, $p = 0,001$, les interactions n'étant pas significatives au niveau des autres composantes, soit pour le concept de soi, lambda de Wilks = 0,97, $F(2, 80) = 1,39$, $p = 0,25$, les connaissances et de la recherche de l'information, lambda de Wilks = 0,94, $F(2, 80) = 2,39$, $p = 0,10$, et l'engagement versus la passivité, lambda de Wilks = 0,99, $F(2, 80) = 0,34$, $p = 0,72$. Pour révéler ce qui se passe dans cette interaction

Tableau 2 : Moyenne (et écart-type) des cotes de capacité globale d'autosoin et de ses composantes au précongé et aux 8^e et 14^e semaines suivant le congé de l'hôpital

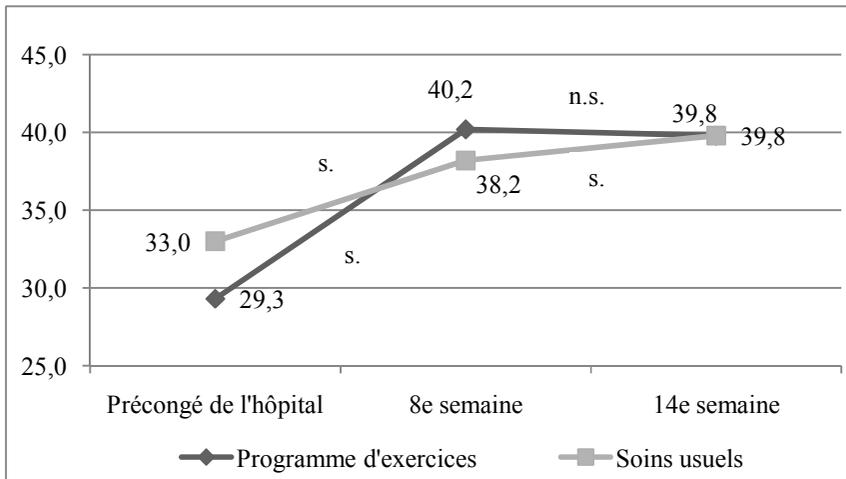
Intervention^a	Précongé		8^e semaine		14^e semaine	
Capacité globale d'autosoin						
Exercices	97,21	(18,16)	115,64	(12,93)	116,31	(12,53)
Soins usuels	101,30	(16,03)	112,61	(13,56)	117,86	(14,39)
Concept de soi						
Exercices	39,83	(5,49)	42,88	(3,60)	43,09	(3,51)
Soins usuels	40,07	(5,11)	42,17	(3,75)	43,48	(3,63)
Initiative et responsabilité						
Exercices	29,29	(8,62)	40,21	(4,95)	39,75	(5,83)
Soins usuels	32,96	(7,80)	38,22	(6,40)	39,84	(6,50)
Connaissances et recherche d'information						
Exercices	14,86	(4,14)	16,26	(3,74)	15,99	(3,94)
Soins usuels	14,37	(3,97)	16,22	(3,87)	16,99	(2,87)
Engagement (versus passivité)						
Exercices	13,24	(5,65)	16,29	(4,38)	17,49	(4,11)
Soins usuels	13,91	(4,31)	16,00	(4,13)	17,55	(4,26)

Note. ^a $n = 42$ participants au programme d'exercices et de suivi téléphonique; $n = 41$ sujets recevant les soins usuels.

significative de l'initiative et de la responsabilité, des tests *t* de *Student* pour groupes indépendants révèlent une différence significative au précongé de l'hôpital, $t(79) = -2,03$, $p = 0,04$; le résultat du groupe du programme d'exercices étant inférieur à celui du groupe de soins usuels. Cependant, aucune différence significative n'est apparente entre les groupes à la 8^e, $t(81) = 1,59$, $p = 0,12$, ainsi qu'à la 14^e semaine suite au congé de l'hôpital, $t(75) = -0,07$, $p = 0,95$. En ce qui concerne les participants au programme d'exercices, les tests *t* pairés de *Student* présentent une différence significative entre le précongé et la 8^e semaine suite au congé de l'hôpital, $t(41) = -8,49$, $p = 0,001$, et non entre les 8^e et 14^e semaines, $t(38) = 0,44$, $p = 0,66$. Les participants recevant des soins usuels démontrent des différences significatives entre le précongé et la 8^e semaine $t(38) = -4,65$, $p = 0,001$, ainsi qu'entre la 8^e et la 14^e semaine

suite au congé de l'hôpital, $t(37) = -3,07, p = 0,004$. Ces résultats sont présentés schématiquement à la figure 1.

Figure 1 : Composante de l'initiative et de la responsabilité de la capacité d'autosoins



Discussion

La recension des études randomisées évaluant les effets des programmes de réadaptation cardiaque confirme que le concept de la capacité d'autosoins a été très peu étudié auprès des personnes cardiaques. L'analyse de données secondaires tirées de l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) démontre que les participants au programme d'exercices présentent, au précongé de l'hôpital, un niveau d'initiative et de responsabilité inférieur comparativement aux sujets des soins usuels, malgré des caractéristiques sociodémographiques similaires. Bien que le programme d'exercices ne différencie pas les deux groupes, il permet aux participants du programme d'exercices d'atteindre, à la 8^e semaine comparativement à la 14^e semaine, le niveau maximal d'initiative et de responsabilité. Ce gain plus précoce chez les participants au programme d'exercices leur permet d'atteindre le même niveau d'initiative et de

responsabilité à 8 semaines en suivant un régime équilibré, en étant assidus au programme d'exercices et en se présentant aux visites médicales. De plus, ils expriment la volonté de prendre soin d'eux-mêmes et visent l'atteinte d'un niveau maximal de bien-être. Selon Orem (2001), l'initiative et la responsabilité sont des précurseurs de la motivation. Puisque les sujets du groupe des soins usuels ont atteint le même niveau d'initiative et de responsabilité à la 14^e semaine suivant leur congé de l'hôpital, le programme d'exercices à domicile de l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) semble avoir agi comme un catalyseur. Il est possible de déduire que les personnes qui subissent un événement marquant dans leur vie, tel l'infarctus du myocarde, désirent s'engager dans des stratégies adaptatives et comportementales afin de prévenir un autre événement cardiaque. Cependant, en participant à un programme d'exercices et en recevant le soutien de l'infirmière, ces comportements surgissent plus tôt.

La capacité d'autosoins englobe d'autres sous-concepts qui sont demeurés similaires avec ou sans la participation au programme d'exercices. Ces sous-concepts comprennent le concept de soi, les connaissances et la recherche de l'information ainsi que l'engagement versus la passivité. Selon Kearney et Fleischer (1979), le concept de soi est rendu opérationnel par la conscience d'être un membre précieux de sa famille, la connaissance personnelle, la connaissance de ses besoins personnels ainsi que le fait de se considérer comme étant un bon ami pour soi-même. De plus, selon l'échelle de la *ESCA*, les personnes qui ont un concept de soi élevé s'aiment, démontrent une joie de vivre et contribuent à leurs relations sociales. Ces personnes connaissent leurs besoins et savent comment se procurer l'information nécessaire à une amélioration de la santé. En somme, le concept de soi représente les perceptions que la personne a d'elle-même, de ses forces et de ses faiblesses. Bien que Sinclair et ses collègues (2005) concluent que les visites de l'infirmière à domicile, chez les personnes qui ont subi un infarctus du myocarde, permettent de favoriser la confiance et l'estime personnelle, la présente étude ne relève pas cet effet. Il est possible que les visites à domicile plutôt que les appels téléphoniques de l'infirmière créent une meilleure relation thérapeutique avec, comme résultat, l'amélioration de ces attributs.

La composante des connaissances et de la recherche de l'information évalue l'intérêt, le savoir et la compréhension. Par exemple, les personnes présentant des scores élevés dans cette sous-échelle disent connaître leur corps et son fonctionnement. De plus, elles sont intéressées à comprendre le processus de la maladie. Elles sont également captivées par l'information leur permettant de mieux prendre soin d'elles-mêmes. Puisque le score de cette sous-échelle est déjà relativement élevé au congé de l'hôpital, il est possible que les informations reçues durant la période d'hospitalisation et les explications apportées par l'infirmière au moment des épreuves d'effort soient suffisantes pour augmenter le niveau de connaissances et susciter l'intérêt à rechercher l'information, autant chez les participants au programme d'exercices que chez les sujets recevant les soins usuels.

L'engagement se démarque par une augmentation de l'énergie, une facilité à garder ses résolutions et le fait d'agir. Les individus qui passent à l'action sont proactifs et résolvent les problèmes avant que ceux-ci deviennent systémiques. Grâce à la randomisation des sujets de l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993), les personnes qui sont plus motivées, plus actives physiquement et qui ont une attitude positive, de même que celles qui sont moins motivées, plus sédentaires et plus déprimées ont la même chance d'être réparties dans le groupe d'intervention que dans le groupe des soins usuels. Cependant, le profil d'activités des sujets du groupe de soins usuels confirme que certains individus entreprennent des marches quotidiennes et des randonnées à bicyclette ou s'inscrivent à un programme de conditionnement physique. De plus, les six femmes faisant partie de l'étude disent avoir repris des tâches domestiques aussitôt de retour à domicile. Le fait que certains sujets des deux groupes entament des activités similaires et que les scores de certaines sous-échelles de la capacité globale d'autosoin sont élevés au congé de l'hôpital peut expliquer le manque de différence entre les groupes pour ce qui est des composantes du concept de soi, des connaissances et de la recherche de l'information ainsi que de l'engagement.

Limites de l'étude

Considérant les scores relativement élevés selon l'échelle de la *ESCA* au congé de l'hôpital, peu d'amélioration de la capacité globale d'autosoin

et de ses composantes est possible, même en présence d'une intervention infirmière intensifiée. Nous remarquons que les scores des sous-échelles équivalent respectivement, en moyenne, à 70 % et 86 % des scores totaux au congé et à la 8^e semaine suivant le congé de l'hôpital. Bien que l'échelle de mesure de la *ESCA* continue d'être fréquemment utilisée auprès de clientèles diversifiées, il semble pertinent que les énoncés soient mieux adaptés à la population étudiée.

Une autre limite pouvant avoir influencé la validité interne de l'étude réside dans le fait que certains participants du groupe des soins usuels ont introduit des activités physiques sans directive ou supervision de l'infirmière. Aussi, certains sujets ont pu être influencés par le fait de participer à une étude et fournir les réponses en fonction de ce qui est valorisé socialement.

Implications pour la pratique infirmière

Le programme d'exercices à domicile suivi d'appels téléphoniques de l'infirmière de l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) est suffisamment intense pour démontrer une augmentation précoce de l'initiative et de la responsabilité des personnes cardiaques, en ce qui a trait à leur engagement dans des activités favorables à leur réadaptation. Les résultats liés aux études antérieures auprès de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque démontrent que les programmes de réadaptation cardiaque multidisciplinaires améliorent l'assiduité au traitement, la qualité de vie et la bonne utilisation des services de santé (Cline, Israelsson, Willenheimer, Broms et Erhardt, 1998; Fonarow *et al.*, 1997; Hanumanthu, Butler, Chomsky, Davis et Wilson, 1997; Stewart, Pearson et Horowitz, 1998). Bien que les membres des autres disciplines aient été consultés pour développer l'intervention de l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993), ils n'étaient pas impliqués dans son implantation. Adapter l'intervention en utilisant une approche multidisciplinaire tout en mettant l'accent sur les multiples aspects de l'autosoins pourrait procurer de meilleurs résultats.

Implications pour la recherche infirmière

L'échantillon de l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) était composé principalement d'hommes d'âge moyen et à faible risque de récurrence cardiaque. Aucune donnée des non participants n'a été recueillie. Il est

donc possible que les personnes cardiaques qui bénéficieraient le plus de cette intervention, telles les femmes, les personnes âgées et les personnes de couche sociale défavorisée, aient été exclues. Une étude de type qualitative pourrait explorer en profondeur les éléments de l'initiative et de la responsabilité qui aident les personnes cardiaques à se prendre en charge plus rapidement à la suite d'un infarctus du myocarde.

Une des limites de cette étude fait référence à la pertinence des énoncés de l'échelle de la *Exercise of Self-Care Agency* auprès des personnes qui ont subi un IM. Il serait donc opportun de les réviser par l'entremise d'une recherche de type psychométrique. Par exemple, en ce qui concerne l'aspect des connaissances et de la recherche d'information, il serait approprié de reformuler l'énoncé « *Je recherche activement l'information pour prendre soin de moi-même* » en le remplaçant par « *Je recherche activement l'information pour entreprendre des activités physiques sécuritaires ... pour diminuer mon apport en gras dans mon alimentation ... pour mieux gérer mon niveau de stress ... pour prendre mes médicaments cardiaques tel que prescrit ... pour retourner plus rapidement à mes activités sociales* ». Pour ce qui est du sous-concept de l'engagement versus la passivité, il serait pertinent d'adopter la formulation précise suivante : « *J'adopte de sains comportements de santé pour prévenir une récurrence cardiaque* », au lieu de « *Je néglige souvent de faire ce qui serait bon pour moi* ». Un instrument de mesure adapté aux personnes ayant subi un infarctus du myocarde permettra à l'infirmière de mieux évaluer la capacité globale d'autosoin de cette population.

Conclusion

À la suite d'un infarctus du myocarde, le programme d'exercices à domicile et le suivi téléphonique de l'infirmière décrits dans l'étude de Robichaud-Ekstrand (1993) permettent d'accélérer la prise en charge et le retour aux activités antérieures pendant les huit premières semaines suivant le congé de l'hôpital. Bien que le programme d'exercices à domicile n'affecte pas la composante de l'initiative et de la responsabilité, celui-ci permet aux personnes ayant un plus faible niveau au précongé de l'hôpital, d'augmenter cette composante de façon plus précoce pour arriver aux mêmes résultats que les sujets du groupe de soins usuels. L'initiative et la responsabilité reflètent une meilleure attitude

relativement à prendre soin de soi-même et un niveau de motivation accru pour adopter de sains comportements de santé. Le concept de soi, les connaissances et la recherche de l'information ainsi que l'engagement se sont améliorés dans les deux groupes durant la phase de récupération post-IM. Augmenter la capacité d'autosoins le plus rapidement possible est un objectif principal de la réadaptation cardiaque. Par conséquent, pour optimiser les résultats auprès des personnes qui ont subi récemment un infarctus du myocarde, une adaptation de l'échelle de la *ECISA* et une intervention multidisciplinaire sont recommandées.

Bibliographie

- Ailinger, R. L., et Dear, M. R. (1993). Self-care agency in persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*. 6.134-140.
- Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. A., *et al.* (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: A scientific statement from The American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and The American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 27.121-129.
- British Heart Foundation (2005). *Coronary heart disease statistics*. London : Auteur.
- Brosseau, R., Juneau, M., Sirard, A., Savard, A., Marchand, C., Boudreau, M. H., *et al.* (1995). Safety and feasibility of a self-monitored, home-based phase II exercise program for high risk patients after cardiac surgery. *The Canadian Journal of Cardiology*. 11.675-685.
- Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*. 22.169-178.
- Callaghan, D. (2006a). Basic conditioning factors' influences on adolescents' healthy behaviors, self-efficacy, and self-care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 29.191-204.

- Callaghan, D. (2006b). The influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and self-care in adults. *Journal of Holistic Nursing : Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*. 24.178-185.
- Callaghan, D. M. (2006c). The influence of growth on spiritual self-care agency in an older adult population. *Journal of Gerontological Nursing*. 32.43-51.
- Carroll, D. L. (1995). The importance of self-efficacy expectations in elderly patients recovering from coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care*. 24.50-59.
- Cline, C. M., Israelsson, B. Y., Willenheimer, R. B., Broms, K., et Erhardt, L. R. (1998). Cost effective management programme for heart failure reduces hospitalization. *Heart*. 80.442-446.
- Craddock, R. B., Adams, P. F., Usui, W. M., et Mitchell, L. (1999). An intervention to increase use and effectiveness of self-care measures for breast cancer chemotherapy patients. *Cancer Nursing*. 22.312-319.
- Dalal, H. M., Evans, P. H., Campbell, J. L., Taylor, R. S., Watt, A., Read, K. L., et al. (2007). Home-based versus hospital-based rehabilitation after myocardial infarction : A randomized trial with preference arms--Cornwall Heart Attack Rehabilitation Management Study (CHARMS). *International Journal of Cardiology*. 119.202-211.
- Felder, E. (1990). Self-care agency and blood pressure control. *Journal of Human Hypertension*. 4.124-126.
- Fletcher, B. J., Dunbar, S. B., Felner, J. M., Jensen, B. E., Almon, L., Cotsonis, G., et al. (1994). Exercise testing and training in physically disabled men with clinical evidence of coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*. 73.170-174.
- Fonarow, G. C., Stevenson, L. W., Walden, J. A., Livingston, N. A., Steimle, A. E., Hamilton, M. A., et al. (1997). Impact of a comprehensive heart failure management program on hospital readmission and functional status of patients with advanced heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*. 30.725-732.

- Goble, A. J., et Worcester, M. U. C. (1999). *Best practice guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention*. Victoria, Australia : Department of Human Services.
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., *et al.* (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice : Full text. Fourth joint task force of The European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 14 Suppl. 2.S1-113.
- Gulanick, M. (1991). Is phase 2 cardiac rehabilitation necessary for early recovery of patients with cardiac disease? A randomized, controlled study. *Heart and Lung*. 20.9-15.
- Hanumanthu, S., Butler, J., Chomsky, D., Davis, S., et Wilson, J. R. (1997). Effect of a heart failure program on hospitalization frequency and exercise tolerance. *Circulation*. 96.2842-2848.
- Hart, M. A., et Foster, S. N. (1998). Self-care agency in two groups of pregnant women. *Nursing Science Quarterly*. 11.167-171.
- Haskell, W. L., Alderman, E. L., Fair, J. M., Maron, D. J., Mackey, S. F., Superko, H. R., *et al.* (1994). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. The Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation*. 89.975-990.
- Heller, R. F., Knapp, J. C., Valenti, L. A., et Dobson, A. J. (1993). Secondary prevention after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*. 72.759-762.
- Higgins, H. C., Hayes, R. L., et McKenna, K. T. (2001). Rehabilitation outcomes following percutaneous coronary interventions (PCI). *Patient Education and Counseling*. 43.219-230.
- Jolliffe, J. A., Rees, K., Taylor, R. S., Thompson, D., Oldridge, N., et Ebrahim, S. (2001). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [En ligne]. Issue 1 Art. No.1. CD001800. DOI:10.1002/14651858.CD001800.

- Jolly, K., Taylor, R. S., Lip, G. Y., et Stevens, A. (2006). Home-based cardiac rehabilitation compared with centre-based rehabilitation and usual care : A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*. 111.343-351.
- Kearney, B. Y., et Fleischer, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing and Health*. 2.25-34.
- Law, M. R., Watt, H. C., et Wald, N. J. (2002). The underlying risk of death after myocardial infarction in the absence of treatment. *Archives of Internal Medicine*. 162.2405-2410.
- Lewin, B., Robertson, I. H., Cay, E. L., Irving, J. B., et Campbell, M. (1992). Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet*. 339.1036-1040.
- Linden, B. (1995). Evaluation of a home-based rehabilitation programme for patients recovering from acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*. 11.10-19.
- Marchionni, N., Fattirolli, F., Fumagalli, S., Oldridge, N., Del Lungo, F., Morosi, L., *et al.* (2003). Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction : Results of a randomized, controlled trial. *Circulation*. 107.2201-2206.
- McBride, S. (1987). Validation of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing and Health*. 10.311-316.
- McBride, S. H. (1991). Comparative analysis of three instruments designed to measure self-care agency. *Nursing Research*. 40.12-16.
- Nahcivan, N. O. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*. 26.813-824.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. (1998). Cardiac rehabilitation. *Effective Health Care*. 4.1-12.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing : Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MI : Mosby.

- Ornish, D. (1991). Can life-style changes reverse coronary atherosclerosis? *Hospital Practice (Office Ed.)*. 26.123-126, 129-132.
- Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. W., Billings, J. H., Armstrong, W. T., Ports, T. A., *et al.* (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The lifestyle heart trial. *Lancet*. 336.129-133.
- Owens, B. B. (2007). Self-care agency, health promoting lifestyle, and satisfaction with life in postmenopausal women who mall walk. *Medsurg Nursing*. 16.383-390.
- Pressly, K. B. (1995). Psychosocial characteristics of CAPD patients and the occurrence of infectious complications. *ANNA Journal*. 22.563-72; Discussion 573-4.
- Riesch, S. K., et Hauck, M. R. (1988). The exercise of self-care agency : An analysis of construct and discriminant validity. *Research in Nursing and Health*. 11.245-255.
- Robertson, K. A., et Kayhko, K. (2001). Cost analysis of an intensive home follow-up program for first-time post-myocardial infarction patients and their families. *Dynamics*. 12.25-31.
- Robichaud-Ekstrand, S., Juneau, M., Dupuis, G., et Gagnon, L. (1992). Very low risk myocardial infarction patients do not need an individualized formal exercise training program to improve functional capacity. *Canadian Journal of Cardiology*, Ottawa, Ontario. 8 (Suppl B) 98B.
- Robichaud-Ekstrand, S. (1993). *Effets d'un programme d'exercices post-infarctus à domicile sur la capacité fonctionnelle, la capacité d'autosoins et la perception d'auto-efficacité*. Thèse de Ph. D. inédite, Sciences biomédicales, Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Robichaud-Ekstrand, S., Juneau, M., Dupuis, G., et Gagnon, L. (1993). Effets d'un programme d'exercices post- infarctus du myocarde (IM) à domicile. *61^e Congrès De l'ACFAS. Recueil des résumés de communications*, Rimouski, Québec.293.
- Robichaud-Ekstrand, S., Juneau, M., et Gagnon, L. (1993). Home-based exercise program for MI patients : Effects on functional capacity, self-care agency, and self-efficacy. *Journal of Pulmonary Rehabilitation and Prevention*. 13.351.

- Robichaud-Ekstrand, S., Juneau, M., et Gagnon, L. (1996). Home-based exercise program for MI patients : Effects on functional capacity, self-care agency, and self-efficacy. *Proceedings of the 8th Biennial Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers*. Stockholm, Suède : SHSTF (Svenska Hälso- och Sjukvårdens TjänstemannaFörbund (Swedish Association of Health Officers). Vol. 2, 602-608.
- Robichaud-Ekstrand, S., et Loiselle, C. G. (1998). French validation of the "Exercise of Self-Care Agency" scale for heart patients. [Validation Française de l'échelle du "Exercice of Self-Care Agency" auprès de patients cardiaques] *Recherche en soins infirmiers*. 54.77-86.
- Simmons, S. J. (1993). Explaining health-promoting lifestyles of navy personnel. *Military Medicine*. 158.594-598.
- Sinclair, A. J., Conroy, S. P., Davies, M., et Bayer, A. J. (2005). Post-discharge home-based support for older cardiac patients : A randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 34.338-343.
- So, H. S., et Lee, E. S. (1989). Validation of an instrument to measure exercise of self care agency and its predictors. *Kanho Hakhoe Chi [the Journal of Nurses Academic Society]*. 19.273-284.
- St Onge, J. L. (1995). Self-care styles in military veterans. *Military Medicine*. 160.521-526.
- Stewart, S., Pearson, S., et Horowitz, J. D. (1998). Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Archives of Internal Medicine*. 158.1067-1072.
- Stone, J. A., Arthur, H. M., et Canadian Association of Cardiac Rehabilitation Guidelines Writing Group (2005). Canadian guidelines for cardiac rehabilitation and cardiovascular disease prevention, second edition, 2004 : Executive summary. *The Canadian Journal of Cardiology*. 21 Suppl D.3D-19D.
- Taylor, C. B., Miller, N. H., Smith, P. M., et DeBusk, R. F. (1997). The effect of a home-based, case-managed, multifactorial risk-reduction program on reducing psychological distress in patients with

- cardiovascular disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 17.157-162.
- Taylor, R. S., Dalal, H., Jolly, K., Moxham, T., et Zawada, A. (2008). *Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation*. (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD007130. DOI: 10.1002/14651858.CD007130.
- Taylor, R. S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., et al. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease : Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*. 116.682-692.
- Wang, H. H., et Laffrey, S. C. (2000). Preliminary development and testing of instruments to measure self-care agency and social support of women in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 16.459-467.
- Wielgosz, A., Arango, M., Johansen, H, Mao, Y, Nair, C., Paradis, G., et al. (2003). *Le fardeau croissant des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada*. Ottawa, ON : Fondation des maladies du cœur du Canada.
- Yamashita, M. (1998). The exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*. 20.370-381.
- Yusuf, S., Reddy, S., Ounpuu, S., et Anand, S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases : Part I: General considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*. 104.2746-2753.

¹ Le féminin est employé dans tout le texte vu que les femmes sont majoritaires dans la profession.

² Cette définition proposée par Goble et Worcester (1999) rassemble les définitions présentées par divers comités consultatifs de la *World Health Organisation (WHO)*, du *United States Public Health Service* et du *Cardiac Rehabilitation Working Group of the European Society of Cardiology*.