

Université de Montréal

Co-construction d'une intervention infirmière pour soutenir l'autogestion des symptômes chez
les patients souffrant d'angine réfractaire

Par

Marie-Gabrielle Lessard

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès (M. Sc.) en
sciences infirmières, option expertise-conseil

Décembre 2021

© Lessard, 2021

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce travail dirigé intitulé

Co-construction d'une intervention d'autogestion pour améliorer la qualité de vie des patients souffrant d'angine réfractaire

Présenté par

Marie-Gabrielle Lessard

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Isabelle Brault

Présidente-rapporteuse

Patrick Lavoie

Directeur de recherche

Résumé

Les patients atteints d'angine réfractaire souffrent de douleurs ou d'inconforts à la poitrine au moindre effort physique et parfois au repos. Par peur d'éprouver des douleurs, ils deviennent inactifs physiquement et s'abstiennent d'accomplir diverses tâches de la vie quotidienne. Les interventions d'autogestion actuelles présentent plusieurs limites (longueur, déplacements requis, coûts pour les organisations, structure rigide qui ne permet pas la personnalisation).

Le but de ce travail dirigé était de développer une intervention d'autogestion des symptômes d'angine. Le cadre de référence du Medical Research Council (2019) a guidé l'identification des données probantes, l'identification et le développement de la base théorique et la modélisation du processus et des résultats de l'intervention avec des patients-partenaires. Pour l'identification des données probantes, nous avons utilisé les résultats d'une méta-analyse que nous avons mise à jour grâce à une méthode de revue rapide. La base théorique était le Self-Help Model de Braden (1993). Pour la modélisation, nous avons collaboré avec deux patients afin d'identifier les thèmes, les intervenants et la structure optimale de l'intervention d'autogestion des symptômes d'angine.

L'intervention PARTenaire combine des séances de groupe et des appels téléphoniques de soutien. Elle comprend de l'information, des discussions et des pratiques de stratégies pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité, la gestion de la douleur et une nouvelle perspective de vie avec l'angine réfractaire. Le processus de co-construction avec des patients-partenaires a permis de développer une intervention qui répond aux valeurs, aux objectifs de vie et aux préférences des patients. Pour le futur, nous recommandons que l'intervention PARTenaire soit évaluée dans le cadre d'une étude pilote d'acceptabilité et de faisabilité. De plus, nous recommandons que les infirmières acquièrent des connaissances pour soutenir l'autogestion des symptômes d'angine et que l'ensemble des professionnels de la santé reçoivent une formation sur l'approche patient-partenaire.

Mots-clés : angine réfractaire, angine stable chronique, douleur cardiaque chronique, intervention d'autogestion, sentiment d'auto-efficacité, approche patient-partenaire, co-construction, symptômes d'angine, qualité de vie liée à la santé.

Table des matières

Résumé.....	5
Table des matières	7
Liste des tableaux.....	11
Liste des figures.....	13
Remerciements	17
Chapitre 1 – Problématique	19
Les conséquences physiques et psychologiques de l’angine réfractaire.....	21
Les options thérapeutiques de l’angine réfractaire.....	23
Les limites des interventions d’autogestion	25
But	28
Chapitre 2 – Méthode	29
Identification des données probantes	30
Définir la question de recherche.....	30
Rechercher des données probantes issues de la recherche.....	31
Critères d’inclusion et d’exclusion	32
Population	32
Intervention.....	32
Comparateurs.....	33
Résultats	33
Devis des études.....	34
Sources d’information.....	34
Sélection des écrits.....	34

Évaluer de façon critique les sources d'information	35
Synthétiser les données probantes.....	36
Identifier les problèmes d'applicabilité et de transférabilité lors du processus de prise de décision	37
Identification de la base théorique	37
Modélisation du processus et des résultats.....	37
Chapitre 3 – Résultats	42
Identification et sélection des écrits	42
Caractéristiques des interventions	42
Risques de biais des études.....	53
Effets des interventions d'autogestion	55
Fréquence d'angine.....	59
Limitations physiques.....	62
Sentiment de dépression	63
Sentiment d'anxiété	63
Identification de la base théorique	64
Modélisation de l'intervention.....	68
Besoins d'apprentissage.....	69
Structure optimale	71
Proposition d'intervention	72
Chapitre 4 – Discussion	75
Thèmes	76
Données probantes.....	76
Base théorique	77

Modélisation avec les patients partenaires	79
Intervenants	81
Structure.....	83
Limites	85
Recommandations	87
Pour la recherche	87
Pour la pratique.....	88
Pour la formation	89
Conclusion	89
Références bibliographiques.....	91
Annexe A : Stratégie de recherche.....	106
Annexe B : Plan de questions	108
Annexe C : Évaluation des risques de biais des études de la revue rapide	109
Annexe D : L’outil Cochrane Collaboration pour l’évaluation des risques de biais	119
Annexe E : Documentation pour les patients-partenaires.....	121

Liste des tableaux

Tableau 1. –	Caractéristiques des interventions	44
Tableau 2. –	Comparaison des thèmes abordés dans les huit interventions.....	49
Tableau 3. –	Évaluation du risque de biais des études identifiées par la revue rapide	53
Tableau 4. –	Évaluation du risque de biais des études de la méta-analyse	54
Tableau 5. –	Effets des interventions	56
Tableau 6. –	Caractéristiques de l'intervention PARTenaire	73
Tableau 7. –	Séquence des thèmes de l'intervention PARTenaire.....	74

Liste des figures

Figure 1. –	Paradigme de soins selon l’approche patient-partenaire.....	28
Figure 2. –	Diagramme de flux de sélection des écrits	43
Figure 3. –	Méta-analyse des effets des interventions sur la fréquence de l’angine	59
Figure 4. –	Méta-analyse des effets des interventions sur les limitations physiques	62
Figure 5. –	Méta-analyse des effets des interventions sur le sentiment de dépression	63
Figure 6. –	Méta-analyse des effets des interventions sur le sentiment d’anxiété.....	63
Figure 7. –	Modèle d’autogestion (Self-help model)	68
Figure 8. –	Sources ayant mené au développement de l’intervention.....	85

Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite.

Henry Ford

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier M. Patrick Lavoie, mon directeur. Je n'aurais pas réussi ce tour de force sans lui. Merci pour vos explications claires et justes, votre dynamisme et votre écoute bienveillante. Vous êtes un pédagogue exceptionnel ! Sous votre aile, j'ai pu repousser mes limites et acquérir de nouvelles habiletés et aptitudes. Merci de croire en moi tout en recadrant mes idées de grandeur pour atteindre une vision plus réaliste. J'espère avoir le privilège de collaborer avec vous dans un futur rapproché.

J'aimerais profiter de cette occasion pour remercier Mme Sylvie Cossette pour ses conseils tout au long de ma maîtrise. J'aimerais également remercier Mme Isabelle Brault, présidente-rapporteuse de mon jury, pour ses commentaires et réflexions qui ont bonifiés mon travail.

En second lieu, j'aimerais remercier les patients-partenaires pour leur dévouement et leur enthousiasme en lien avec le projet. Votre expertise de la vie avec la maladie a enrichi ma vision pour l'amélioration des soins à offrir aux patients souffrant d'angine réfractaire. Je suis reconnaissante envers eux de la collaboration sur laquelle j'ai pu m'appuyer dans le cadre de ce travail dirigé.

Merci à la bibliothécaire de l'Institut de Cardiologie de Montréal, Sylvie Paiement, pour son efficacité à me procurer les articles scientifiques dont j'ai eu besoin tout au long de la maîtrise.

Merci à mes parents, mon comité de lecture non officiel tout au long de ma maîtrise. Vos questions et commentaires m'ont permis de me remettre en question et de peaufiner mon écriture en clarifiant mes propos. J'ai énormément de chance de vous avoir dans ma vie.

Merci à mon conjoint, Martin, d'être toujours présent pour moi et de m'avoir soutenu tout au long du processus. Merci de me faire rire et d'être un partenaire d'aventures de plein air et de randonnées pédestres en montagnes. Ces sorties en nature m'ont été bénéfiques et ont contribué à créer des conditions optimales à la finalisation de mon projet de recherche.

Chapitre 1 – Problématique

Située à l'extrémité du spectre de la maladie coronarienne, l'angine réfractaire, communément appelée angine stable chronique, est une maladie qui survient lorsque les options thérapeutiques ont été épuisées en présence d'athérosclérose avancée (Henry et al., 2014). La Société canadienne de cardiologie (2009) définit l'angine réfractaire comme :

une condition persistante et douloureuse caractérisée par la présence d'angine causée par de l'insuffisance coronaire qui ne peut pas être contrôlée par une combinaison de médicaments, d'interventions par angioplastie percutanée et de pontages coronariens. Tandis que la présence d'ischémie myocardique réversible doit être la cause primaire des douleurs angineuses, l'expérience de douleur peut survenir ou persister sans ischémie. (traduction libre) (McGillion et al., 2009, p. 400).

Le diagnostic de l'angine réfractaire nécessite la présence de douleurs angineuses depuis plus de trois mois, malgré un traitement pharmacologique optimal. Par « traitement pharmacologique optimal », on entend une combinaison de bêtabloquants, de bloqueurs des canaux calciques et de nitrates à longue action aux doses maximales tolérées par le patient selon son rythme cardiaque, sa pression artérielle et les effets secondaires (Davies et al., 2020; Jolicoeur et Henry, 2018; McGillion et al., 2009). L'angine est dite réfractaire lorsqu'elle apparaît en présence d'ischémie et de processus neurologiques, psychogéniques et mitochondriaux défectueux qui maintiennent ou accentuent un stimulus cardiaque douloureux (Jolicoeur et Henry, 2018). On dénombre quatre types d'angine réfractaire pouvant se superposer : la maladie coronarienne athérosclérotique épicaudique, la dysfonction microvasculaire, le syndrome du cœur sensible et l'angine vasospastique (Jolicoeur et al., 2012; Jolicoeur et Henry, 2018; Marinescu et al., 2015).

Les patients atteints d'angine réfractaire, qualifiés de « *no-option patients* » par les experts du domaine, ressentent des douleurs thoraciques lors d'efforts ou au repos (Jolicoeur et al., 2012; Stanik-Hutt, 2005). Ces douleurs cardiaques peuvent être causées par de l'ischémie myocardique résultant d'un déséquilibre entre l'apport d'oxygène et la demande, ou par une hypersensibilité à un stimulus nociceptif sans ischémie notable, comme c'est le cas dans le syndrome du cœur sensible (Cannon, 1995; Collins et Fox, 1990; Mannheimer et al., 2002). La douleur est une expérience unique à chaque personne résultant de l'interaction des perceptions sensorielles,

cognitives et émotionnelles (Mannheimer et al., 2002). Ainsi, il n'y a pas de corrélation entre la sévérité de l'ischémie myocardique et les symptômes d'angine (Foreman, 1999; Foreman et Qin, 2009; Klein et al., 1994; Shakespeare et al., 1994). Cependant, il existe une forte corrélation positive entre la sévérité des symptômes et le degré de dépréciation de la qualité de vie (Jespersen et al., 2013; Marquis et al., 1995; Pocock et al., 1996; Spertus et al., 1995).

L'angine réfractaire s'avère une maladie complexe en raison de la nature cyclique des symptômes (Jolicoeur, Ohman, et al., 2008) et de son caractère multicausal, incluant des facteurs psychologiques, les habitudes de vie et la génétique (Bonow et al., 2011; den Hoed et al., 2015; Franklin et al., 2015; Henry et al., 2014; Rozanski et al., 2005). Par conséquent, tant la progression de la maladie que l'apparition des symptômes sont imprévisibles. Par exemple, même si un patient peut anticiper qu'il ressentira des douleurs angineuses lors d'un effort physique comme marcher plus de 300 mètres, il peut aussi en éprouver lors d'activités moins exigeantes comme en s'habillant. De plus, les patients ont parfois de la difficulté à différencier la douleur d'angine des douleurs musculosquelettiques, œsophagiennes ou gastriques (McGillion et al., 2004).

Grâce aux avancées médicales dans le traitement pharmacologique, interventionnel ou encore chirurgical, la majorité des patients souffrant d'athérosclérose survivent à leurs infarctus du myocarde (Jolicoeur, Granger, et al., 2008; Mannheimer et al., 2002). Paradoxalement, cette amélioration de l'espérance de vie des patients coronariens dans les dernières décennies occasionne une augmentation croissante du nombre de patients souffrant d'angine réfractaire (Jolicoeur et al., 2012; Kim et al., 2002; Mannheimer et al., 2002). Les données les plus récentes suggèrent que plus de 500 000 Canadiens souffriraient d'angine réfractaire (McGillion et al., 2012). En Europe et aux États-Unis, entre 5% et 15% des patients subissant une intervention par angioplastie percutanée souffriraient d'angine réfractaire (Jolicoeur et Henry, 2018).

Alors que le taux de mortalité associé à l'angine réfractaire est relativement bas, soit environ 3% par année, des données observationnelles suggèrent qu'environ un patient sur deux sera soit hospitalisé, subira une revascularisation coronaire ou souffrira d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral dans les trois ans suivant une intervention par angioplastie percutanée (Henry et al., 2013; Povsic et al., 2015). De surcroît, inquiets par l'intensité et la durée

des douleurs angineuses, ces patients se présentent fréquemment aux départements d'urgence (McGillion et al., 2012). Faute d'option thérapeutique, ils obtiennent leur congé de l'hôpital sans le soulagement escompté. Ces visites à répétition contribuent à la surcharge des départements d'urgences et engendrent des coûts sociétaux importants. Les coûts annuels totaux estimés de l'angine réfractaire atteignent entre 11 000 \$ et 19 209 \$ par patient (McGillion et al., 2008; Povsic et al., 2015) .

Les conséquences physiques et psychologiques de l'angine réfractaire

L'angine réfractaire entraîne des conséquences néfastes sur la santé physique et psychologique des patients. Ceux-ci souffrent de douleurs ou d'inconforts à la poitrine, au dos, aux bras et à la mâchoire au moindre effort physique et parfois même au repos (Foreman, 1999; Singh et Arora, 2016). De plus, ils vivent un état d'incertitude permanent, ignorant comment gérer leurs symptômes et craignant que la prochaine crise d'angine ne dégénère en infarctus (MacDermott, 2002; McGillion et al., 2007; Sullivan et al., 2008). Par peur d'éprouver des douleurs angineuses, ils deviennent inactifs physiquement, cessent de travailler, limitent leur implication sociale et s'abstiennent d'accomplir diverses tâches de la vie quotidienne (MacDermott, 2002; Mannheimer et al., 2002; McGillion et al., 2004; Miklaucich, 1998; Pocock et al., 1996).

En raison des limitations physiques engendrées par l'angine réfractaire, les patients doivent ajuster le nombre d'activités à accomplir durant leur journée, prendre leur temps pour les exécuter et même en éliminer certaines que leur situation de santé ne leur permet pas d'entreprendre (Erixon et al., 1997; MacDermott, 2002; McGillion et al., 2007; McGillion et al., 2004; Miklaucich, 1998). Par conséquent, les patients sont dépendants de leur entourage pour accomplir les activités de la vie courante comme la préparation des repas et l'entretien ménager (Erixon et al., 1997; Mannheimer et al., 2002).

Les patients souffrant d'angine réfractaire éprouvent un manque de contrôle sur leur situation de santé et estiment qu'ils sont mal outillés pour gérer leur maladie (MacDermott, 2002; McGillion et al., 2004). De plus, ceux-ci disent se sentir impuissants face à l'avenir que la maladie leur réserve (MacDermott, 2002; McGillion et al., 2004). Les études qualitatives suggèrent une diminution de la capacité d'autogestion requise par leur condition comme la surveillance des

symptômes d'angine et la prise de nitroglycérine à courte action (Erixon et al., 1997; McGillion et al., 2007; McGillion et al., 2004). En conséquence, on dénote une diminution du sentiment d'auto-efficacité et des compétences d'autogestion chez les patients souffrant d'angine réfractaire (MacDermott, 2002; McGillion et al., 2007).

Les patients souffrant d'angine réfractaire entretiennent plusieurs croyances contraignantes reliées à l'angine. Par exemple, plusieurs croient qu'une crise d'angine est une « mini crise cardiaque » ou que les personnes souffrent d'angine ne devraient pas faire d'exercice (Furze et al., 2003; McGillion et al., 2004). En plus de générer des comportements de santé pouvant restreindre l'atteinte d'un niveau fonctionnel optimal, ces croyances sont associées à un niveau plus élevé d'anxiété et de dépression (Furze et al., 2005).

De façon semblable aux maladies chroniques caractérisées par des épisodes de rémission et d'exacerbation, les patients souffrant d'angine réfractaire éprouvent de l'incertitude en lien avec l'imprévisibilité des symptômes, la difficulté à discerner les douleurs d'angine des inconforts musculaires ou des pathologies digestives, ainsi que l'incapacité de planifier le futur (Babrow et al., 1998; MacDermott, 2002; McGillion et al., 2004; Wiener, 1975). L'incertitude est définie par Mishel (1988) comme « l'incapacité de déterminer le sens des évènements liés à la maladie » (traduction libre, p. 225). L'incertitude est générée par le manque d'information sur le diagnostic, les causes et la gravité de la maladie, son traitement, ainsi que par la nature complexe et imprévisible de celle-ci (Mishel, 1988). Les patients atteints d'angine réfractaires sont souvent peu ou mal informés quant aux causes de la maladie et de son évolution, aux actions et aux effets secondaires des médicaments anti-angineux, de même que dans la façon de gérer au quotidien les symptômes de leur maladie (Furze et al., 2003; MacDermott, 2002; McGillion et al., 2004). De plus, ces patients vivent avec l'inquiétude que la prochaine crise d'angine se transforme en crise cardiaque et entraîne la mort (MacDermott, 2002; McGillion et al., 2007). Leur incapacité à gérer les conséquences de la maladie leur donne l'impression d'être submergés et de vivre dans le chaos de l'incertitude (Erixon et al., 1997). Ainsi, l'incertitude est partie intégrante de la vie quotidienne des patients souffrant d'angine réfractaire. Ceci engendre du stress et de l'anxiété, qui en retour exacerbent les douleurs thoraciques par l'augmentation de la tension musculaire et

du tonus du système nerveux sympathique (Erixon et al., 1997; Furze et al., 2005; Jerlock et al., 2005; Katon et al., 2001; McGillion et al., 2004).

En somme, les patients souffrant d'angine réfractaire vivent un amenuisement de la qualité de vie, une altération du rôle fonctionnel et des activités sociales, ainsi qu'une diminution de l'habileté à prendre soin de soi-même (Andréll et al., 2011; Andrell et al., 2014; McGillion et al., 2012; McGillion et al., 2004). Ainsi, les déterminants de la vie quotidienne avec l'angine réfractaire sont la dépendance, l'incertitude, une diminution du sentiment d'auto-efficacité et une diminution de la qualité de vie liée à la santé. Il est donc nécessaire que les patients développent des stratégies afin de gérer l'incertitude et d'augmenter leur sentiment d'auto-efficacité et leurs compétences d'autogestion des symptômes d'angine.

Les options thérapeutiques de l'angine réfractaire

Les options thérapeutiques de l'angine réfractaire ont pour objectif de soulager les douleurs d'angine et d'améliorer la qualité de vie des patients (Henry et al., 2013; Henry et al., 2014). Des études récentes ont invalidé les croyances que l'angioplastie percutanée prévient les infarctus du myocarde et les décès et améliore la qualité de vie des patients avec ischémie myocardique réversible comme les patients souffrant d'angine réfractaire. En effet, l'étude randomisée contrôlée ISCHEMIA n'a pas réussi à démontrer la supériorité des interventions par angioplastie percutanée comparativement au traitement pharmacologique pour la prévention des infarctus du myocarde ou des décès chez les patients avec ischémie myocardique modérée à sévère (Maron et al., 2020). Quant à elle, l'étude randomisée contrôlée ORBITA n'a pas réussi à démontrer la supériorité des interventions par angioplastie percutanée comparativement à une procédure placebo dans l'amélioration des symptômes angineux (Al-Lamee et al., 2018). Par conséquent, la prise en charge des patients souffrant d'angine réfractaire est principalement axée sur l'optimisation du traitement pharmacologique pour la gestion des symptômes d'angine. Contrairement aux États-Unis et en Europe, les médicaments anti-angineux de deuxième ligne comme le Nicorandil ^{MD}, la Ranalazine ^{MD}, la Trimetazidine ^{MD} et l'Ivabradine ^{MD} ne sont pas disponibles ni approuvés au Canada (Davies et al., 2020; Gouvernement du Canada., 2020).

Considérant les composantes neurologique et psychogénique de l'angine réfractaire, les limites des interventions par angioplastie percutanée et le manque d'options pharmacologiques disponible au Canada, il devient essentiel de proposer d'autres options pour soulager les symptômes d'angine et améliorer la qualité de vie des patients. En se basant sur les données probantes, les experts recommandent l'éducation à l'autogestion dans le but de diminuer les symptômes d'angine, d'améliorer la qualité de vie, et de réduire les réadmissions à l'hôpital (Henry et al., 2014; McGillion et al., 2012). L'éducation à l'autogestion comprend du matériel éducatif pour améliorer les connaissances et démystifier l'angine ainsi que des stratégies cognitives et comportementales afin de favoriser le développement d'habiletés permettant aux patients d'assumer un rôle central dans la gestion de leurs symptômes d'angine et des limitations associées (McGillion et al., 2012). Dans la maladie chronique, l'autogestion est associée à une diminution des symptômes, du sentiment de dépendance et d'incertitude, ainsi qu'une amélioration du sentiment d'auto-efficacité et de la qualité de vie (LeFort, 2000; LeFort et al., 1998; Lorig et Holman, 1993; Lorig et al., 2001; Lorig et al., 1999; Mishel et al., 2002).

Une méta-analyse des interventions favorisant l'autogestion chez les patients souffrant d'angine réfractaire montre une diminution significative de la fréquence des symptômes d'angine et des limitations physiques (McGillion et al., 2014). Cette méta-analyse regroupe neuf études randomisées contrôlées effectuées dans sept pays entre 1994 et 2012. Au total, ce sont 1 282 patients atteints d'angine réfractaire qui ont expérimenté diverses interventions visant à favoriser l'autogestion. Ces interventions étaient offertes selon différentes modalités, en format individuel ou en petit groupe, et par des pairs ou des professionnels de la santé (Bundy et al., 1994; Furze et al., 2012; Lewin et al., 1995; Lewin et al., 2002). Les interventions comprenaient entre une à seize séances consécutives ou espacées d'une ou plusieurs semaines (Gallacher et al., 1997; Payne et al., 1994).

Malgré leurs particularités, ces interventions présentent plusieurs similitudes. Elles utilisent une combinaison de matériel éducatif et de stratégies cognitives et comportementales telle que prônée par la théorie de l'efficacité personnelle de Bandura (1977) pour atteindre des changements de connaissance et de comportement. Les stratégies cognitives et comportementales visent à éduquer les patients sur la réciprocité entre les pensées, les

sentiments et les comportements afin de prendre conscience des pensées automatiques indésirables en réponse aux situations et aux interactions. Ceci permet au patient de contrôler ses problèmes et de gérer ses pensées, ses sentiments et ses comportements en adéquation avec la réalité (Hobbis et Sutton, 2005). L'objectif est d'apprendre à gérer les problèmes quotidiens comme la douleur, la fatigue, la diminution de la mobilité, l'anxiété et le stress. Pour y arriver, différentes techniques d'autogestion des symptômes sont enseignées incluant la relaxation, la conservation de l'énergie, la résolution de problèmes ainsi que la création de plans d'action. De plus, les interventions présentées dans la méta-analyse réservent une place importante à l'enseignement des pratiques d'exercices physiques sécuritaires pour les patients souffrant d'angine réfractaire.

Les limites des interventions d'autogestion

Malgré les bienfaits des interventions standardisées d'autogestion, celles-ci sont peu ou pas utilisées dans la pratique clinique (Lorig et al., 2004; Ory et al., 2015). Selon Lorig et al. (2004), ceci est dû au fait que les programmes sont très exigeants pour les professionnels de la santé et coûteux pour les organisations de santé. En effet, ces interventions de groupe nécessitent du personnel qualifié et des locaux pouvant accommoder jusqu'à quinze participants en raison d'une séance de deux heures par semaine, pour six semaines consécutives. De plus, les intervenants identifient la longueur des programmes comme une barrière au recrutement des participants (Lorig et al., 1998). De façon similaire, le manque de ressources humaines qualifiées et de ressources financières sont des obstacles à l'adoption des programmes d'autogestion pour les patients souffrant d'angine réfractaire dans la pratique clinique (Furze et al., 2012). De surcroît, les patients souffrant de maladies chroniques ont identifié les conflits d'horaire, les problèmes de transport et les symptômes physiques limitant la mobilité comme étant des barrières à la participation aux programmes d'autogestion en groupe (Jerant et al., 2005; Lorig et al., 2004). À ces critiques, nous ajoutons que les programmes d'autogestion structurés comme le CASMP de McGillion et al. (2008) possèdent une structure rigide qui ne permet pas la personnalisation selon les besoins des patients.

Les patients souffrant d'angine réfractaire ont exprimé le besoin d'apprendre à interpréter et gérer les symptômes d'angine au quotidien, ainsi que d'apprendre à vivre avec les limitations physiques, l'incertitude et les émotions négatives associées à la maladie (McGillion et al., 2007; McGillion et al., 2004). Ainsi, ce sont ces thèmes de l'autogestion que les patients désirent maîtriser afin de prendre le contrôle sur leur situation de santé (McGillion et al., 2007).

Prenant acte des limites des options thérapeutiques actuellement disponibles pour traiter l'angine réfractaire et des impacts majeurs engendrés par cette maladie, il importe d'explorer d'autres formats et modalités d'interventions pour soutenir les patients dans la gestion de leur maladie qui soient en adéquation avec leurs besoins auto-identifiés. Tel que suggéré par McGillion et al. (2013), plusieurs formats et modalités d'interventions doivent être évalués afin de trouver l'intervention optimale pour les patients souffrant d'angine réfractaire.

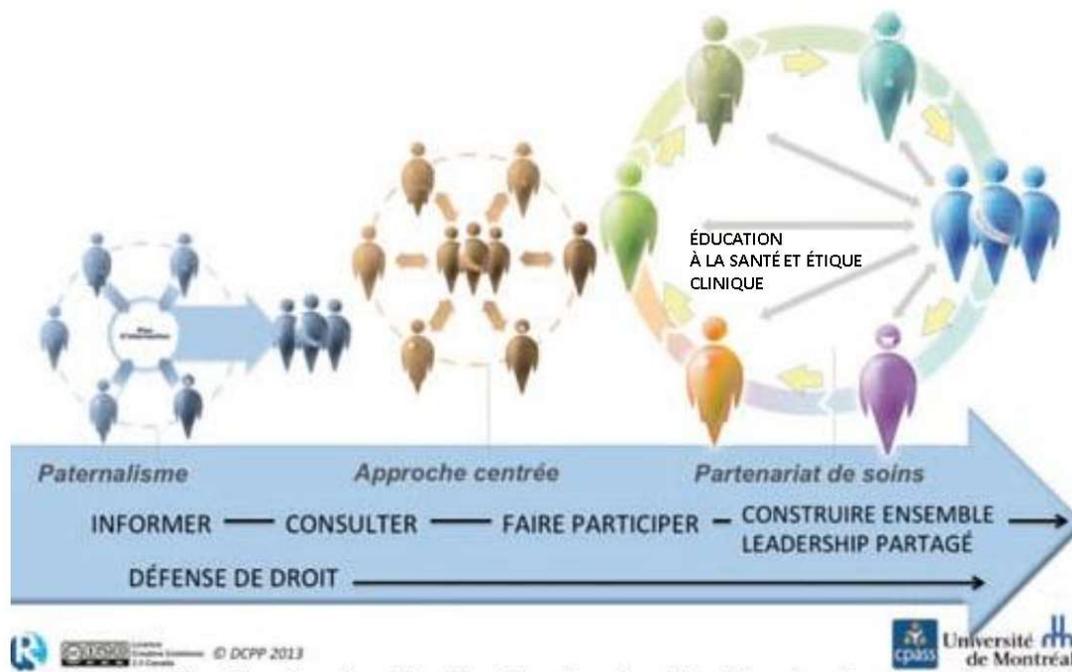
À cet effet, la méta-analyse de McGillion et al. (2014) a montré une tendance vers une diminution du nombre de séances des interventions avec le temps. Par exemple, une des premières interventions évaluées comprenait 16 séances (Lewin et al., 1995), alors que l'*Angina Plan* (Lewin et al., 2002) en comprenait seulement une. D'autres tendances comprennent les appels téléphoniques de rétroaction par une infirmière et l'utilisation des pairs pour administrer les séances. Ainsi, les appels téléphoniques de l'infirmière sont peu coûteux, moins exigeants pour les professionnels et permettent la personnalisation selon les besoins et les préférences des patients. Selon les chercheurs en autogestion de l'angine réfractaire, les appels téléphoniques de rétroaction permettent un soutien personnalisé selon les besoins spécifiques des patients qui a un effet positif sur la dépression et l'anxiété (McGillion et al., 2014; McGillion et al., 2013).

Ainsi, une intervention mixte qui combinerait des appels téléphoniques de rétroaction effectués par une infirmière selon une approche personnalisée et des séances de groupe avec pairs pourrait être une solution pour améliorer l'état physique et psychologique des patients souffrant d'angine réfractaire. De surcroît, cette intervention mixte serait peu coûteuse et facile d'administration.

La diminution des séances en présentiel et la personnalisation selon les besoins des patients sont alignées avec les principes de l'autogestion selon l'approche patient-partenaire qui favorise l'autonomie des patients dans la prise en charge de leur maladie selon leurs plans de vies et leurs

besoins auto-identifiés (McGillion et al., 2013; Pomey et al., 2015; Weisbeck et al., 2019). Le Modèle de Montréal de l'approche patient-partenaire (Karazivan et al., 2015; Pomey et al., 2015) reconnaît l'expertise des patients issue de la vie avec la maladie et est présentée à la Figure 1. Ces savoirs expérientiels sont définis comme les savoirs du patient générés par son expérience avec la maladie, notamment les répercussions de la maladie sur sa vie personnelle et celle de ses proches, ses circonstances sociales, ses habitudes et comportements, son attitude face aux risques, ses valeurs et préférences (Karazivan et al., 2015; Pomey et al., 2015). Complémentaire à l'expertise scientifique des professionnels de la santé, la reconnaissance des savoirs expérientiels comme compétence de soins permet la création d'une relation de co-apprentissage dans le but d'accompagner le patient dans le développement de ses capacités d'autogestion de sa santé (Pomey et al., 2015). Ainsi, le patient est considéré comme un soignant de lui-même et un membre à part entière de l'équipe de soins (Pomey et al., 2015). Par conséquent, les décisions de soins sont prises en collaboration selon une approche personnalisée en fonction des valeurs, des objectifs de vie et des préférences particulières de chaque patient (Karazivan et al., 2015). En tant qu'experts de la relation de soins, les infirmiers possèdent les qualités essentielles à la collaboration et au partage de la balance du pouvoir nécessaire au partenariat comme l'ouverture d'esprit et l'écoute active des besoins des patients selon leurs objectifs de vie (Hamric et al., 2014; Pomey et al., 2015).

Considérant les conséquences néfastes sur la santé physique et psychologique, les limites des options thérapeutiques actuelles et la faible adoption des interventions standardisées d'autogestion dans la pratique, il importe de développer une intervention afin de répondre aux besoins et aux valeurs des patients souffrant d'angine réfractaire.



Reproduit avec la permission de Pomey et al. (2015)

Figure 1. – Paradigme de soins selon l'approche patient-partenaire

But

Le but de ce travail dirigé est de développer une intervention d'autogestion des symptômes d'angine à l'aide des données probantes, de la base théorique et des savoirs expérientiels des patients-partenaires.

Chapitre 2 – Méthode

Le développement de l'intervention proposée a été effectué selon le cadre de référence du Medical Research Council (2019) pour le développement d'interventions complexes. L'intervention que nous proposons est complexe selon la définition du Medical Research Council (2019). En effet, celle-ci comporte plusieurs composantes interagissant pour atteindre un changement de comportement de santé, nécessite des habiletés complexes de la part des intervenants et suppose un degré de personnalisation de l'intervention (Craig et al., 2008; Medical Research Council, 2019). D'après les recommandations du Medical Research Council (2019), le développement d'une intervention complexe se fait selon un processus itératif comprenant trois phases : 1) l'identification des données probantes, 2) l'identification et le développement de la base théorique et 3) la modélisation du processus et des résultats de l'intervention. Ainsi, le Medical Research Council (2019) suggère de s'ancrer sur une base théorique lors du développement de l'intervention afin d'en identifier les composantes. Il convient donc de distinguer le cadre de référence de l'intervention, qui sera défini dans le prochain chapitre, et le cadre de référence de développement de l'intervention, soit celui proposé par le Medical Research Council (2019).

Le Medical Research Council (2019) souligne l'importance d'impliquer les patients-partenaires à toutes les étapes du développement de l'intervention, ainsi que lors de l'analyse des résultats. Cette implication des patients partenaires permet de développer une intervention qui soit pertinente pour les patients, en plus d'augmenter son potentiel de transférabilité dans la pratique (Medical Research Council, 2019). Selon Rowe et Frewer (2005), il existe trois types d'implications des patients-partenaires : la communication lorsque l'information est transmise aux patients, la consultation lorsque l'information est collectée auprès des patients et la participation lorsque l'information est échangée entre les professionnels et les patients. Le développement de l'intervention a été fait selon les bonnes pratiques de l'engagement des patients dans l'amélioration des soins de santé par une combinaison de méthodes de consultation et de participation (Abelson et al., 2003; Boivin et al., 2011).

Identification des données probantes

Le Medical Research Council (2019) suggère d'effectuer une revue de la littérature afin d'identifier les données probantes existantes et pertinentes aux interventions complexes. La méthode de revue rapide des écrits scientifiques du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) de l'Université McMaster décrite par Dobbins (2017) permet de cerner efficacement les meilleures données probantes afin d'émettre des recommandations et influencer la prise de décisions (Khangura et al., 2012). Contrairement à une revue systématique, le processus de revue rapide utilise des méthodes simplifiées, sans pour autant créer des biais ou affecter la qualité méthodologique de la revue (Khangura et al., 2012; Tricco et al., 2015). Par conséquent, la méthode de revue rapide garantit l'utilisation des données probantes en temps opportun afin de soutenir l'élaboration d'interventions visant à améliorer la qualité de vie des patients (Khangura et al., 2012; Varker et al., 2015). Cette méthode décrit les activités à entreprendre afin d'effectuer une revue rapide de la littérature selon cinq étapes : 1) définir la question de recherche, 2) rechercher des données issues de la recherche 3) évaluer de façon critique les sources d'information, 4) synthétiser les données probantes et 5) identifier les problèmes d'applicabilité et de transférabilité dans la pratique.

La grille PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) dicte les 27 items à inclure lors de la rédaction d'un rapport d'une revue systématique (Moher et al., 2009). Dans le cadre de la présente revue rapide de la littérature, nous avons présenté uniquement les items de la grille PRISMA pertinents au processus de revue rapide.

Définir la question de recherche

La première étape du processus de revue rapide consistait à définir une question de recherche qui soit ciblée, clairement formulée et à laquelle il est possible de répondre (Dobbins, 2017). Pour se faire, le modèle PICO permet d'identifier les composantes de la question soit la Population concernée, les Interventions à considérer, les Compareurs et les *Outcomes* (résultats). Afin d'identifier les données probantes pertinentes au problème sans biaiser les résultats, la question de recherche doit être formulée de manière neutre (Dobbins, 2017). La question suivante s'intéresse aux composantes et à la structure des interventions d'autogestion des symptômes

d'angine et est ciblée, clairement formulée, neutre et possible d'y répondre : « Quelles sont les composantes et la structure des interventions d'autogestion pour améliorer les symptômes d'angine et la qualité de vie des patients souffrant d'angine réfractaire? »

Dans cette question, la population comprend les patients souffrant d'angine réfractaire (P), les interventions à considérer sont les interventions d'autogestion (I), les comparateurs sont les groupes contrôles (C) et les résultats sont les symptômes d'angine et la qualité de vie (O).

Rechercher des données probantes issues de la recherche

La deuxième étape du processus de revue rapide consistait à effectuer une recherche exhaustive des meilleures données probantes pour répondre à la question définie précédemment (Dobbins, 2017). Le processus de revue rapide de la littérature favorise des résultats efficaces en temps opportun afin de prendre des décisions fondées sur un corpus de connaissances systématiquement recueillies, évaluées et analysées (Dobbins, 2017). La pyramide des six « S » ordonne les données probantes selon une hiérarchie avec les données plus synthétisées dans le haut de la pyramide et les moins synthétisées dans le bas de la pyramide (Dicenso et al., 2009). Selon cette pyramide, les lignes directrices sur les meilleures pratiques se trouvent en haut de la pyramide car elles amalgament des données probantes à des avis d'experts sur un sujet donné. Par conséquent, les lignes directrices qui ont été développées rigoureusement et publiées il y a moins de trois ans représentent les données probantes les plus synthétisées qui soient pour répondre à la question de recherche. Ensuite viennent les synopsis qui résument les principaux résultats des synthèses de connaissances. Par la suite, les synthèses de connaissances comme les revues systématiques et les méta-analyses sont des documents qui combinent et analysent les résultats d'études primaires sur un sujet donné. Contrairement aux résultats des études simples, les résultats obtenus par le biais des synthèses s'appliquent davantage à toute une population car ceux-ci représentent un échantillon large et diversifié de patients. Une synthèse de connaissances qui a été réalisée rigoureusement et publiée il y a moins de trois ans possède un niveau d'évidence suffisant pour guider l'élaboration d'interventions de santé publique. De plus, les résultats des études primaires viennent compléter les résultats de la synthèse.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Tel que suggéré par Dobbins (2017) et PRISMA (Liberati et al., 2009; Moher et al., 2009), les critères d'éligibilité des études incluses dans la présente revue des écrits ont été précisés à l'aide de la méthode PICOS (Population, Intervention, Comparateurs, Résultats [*Outcomes*], Devis de l'étude [*study design*]). Ainsi, nous avons caractérisé les critères d'inclusion et d'exclusion selon le type d'études, le type de participants, le type d'interventions et le type de mesures de résultats (Liberati et al., 2009).

Population

Seuls les articles représentant des sujets de plus de 18 ans souffrant d'angine réfractaire ont été considérés dans le cadre de cette revue rapide. Selon la Société canadienne de cardiologie (2009), l'angine réfractaire est définie par la présence de douleurs angineuses depuis plus de trois mois, malgré un traitement pharmacologique optimal. (Campeau, 1976). Selon la classification de la Société canadienne de cardiologie, les symptômes d'angine surviennent lors d'activités physiques intenses ou prolongées (Classe 1), après avoir parcouru une distance équivalant à deux coins de rue ou après avoir monté plus d'un étage (Classe 2), avant d'avoir parcouru une distance équivalant à deux coins de rue sur une surface plane ou d'avoir monté un étage à vitesse normale (Classe 3) ou lors de toutes activités physiques ou même au repos (Classe 4) (Campeau, 1976). Par conséquent, la population cible de la revue comprend les patients avec une classe fonctionnelle d'angine de 1 à 4.

Intervention

Les interventions d'autogestion sont définies comme étant du matériel éducatif et des stratégies cognitives et comportementales ayant pour but d'améliorer les symptômes d'angine et la qualité de vie (McGillion et al., 2013). Les interventions d'autogestion sont caractérisées selon le mode d'administration (en groupe ou de façon individuelle), l'intervention d'infirmières ou de pairs, le nombre de séances, les éléments présents dans les interventions, ainsi que le degré de personnalisation de l'intervention (Boutron et al., 2008; Medical Research Council, 2019).

Compareurs

Cette revue rapide a considéré uniquement les études ayant employé un groupe contrôle, en comparaison à l'intervention. Par exemple, le groupe contrôle peut inclure une liste d'attente pour recevoir l'intervention, les soins usuels ou toute autre intervention.

Résultats

Les études qui évaluaient les interventions d'autogestion sur les symptômes d'angine et la qualité de vie ont été incluses. Les symptômes d'angine sont notre résultat primaire, tandis que la qualité de vie est notre résultat secondaire. Par conséquent, les études devaient obligatoirement évaluer les symptômes d'angine et optionnellement la qualité de vie pour être incluses. Les symptômes d'angine sont définis comme un inconfort thoracique, des douleurs aux bras, à la mâchoire ou au dos, ou de la dyspnée causée lorsque les muscles cardiaques reçoivent un sang insuffisamment riche en oxygène (Jolicoeur et Henry, 2018). Ainsi, les études ayant mesuré l'effet des interventions sur les symptômes d'angine, notamment avec la sous-échelle de la fréquence de l'angine du QAS ou un journal de symptômes d'angine ont été considérées.

Délaissant les mesures de morbidité et de la mortalité, la qualité de vie se définit par la perception subjective d'un individu quant à l'impact des limitations engendrées par sa maladie sur sa condition physique, psychologique, sociale et spirituelle (Bowling, 2005). Parallèlement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité de vie comme la perception de l'individu quant à sa position dans la vie dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lequel il vit et par rapport à ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. Il s'agit d'un concept large affecté de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales et ses relations avec les principales caractéristiques de son environnement (The WHOQOL Group, 1995). Ainsi, les études ayant mesuré l'effet des interventions sur la qualité de vie, notamment avec le questionnaire QAS et ses cinq dimensions ou un questionnaire équivalent mesurant la qualité de vie liée à la santé ont été considérées.

Devis des études

Dans cette revue, tous les essais randomisés contrôlés qui évaluent les interventions d'autogestion sur les symptômes d'angine et la qualité de vie ont été inclus. La littérature grise, les résumés de congrès, les lignes directrices sur les meilleures pratiques, les opinions d'experts, les thèses et les mémoires ont été exclus. Seules les études publiées après l'année 2012 avec des résumés en anglais et en français ont été considérées.

Sources d'information

Les études ont été identifiées dans deux bases de données électroniques, soit le *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) et le *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Seuls les articles en français ou en anglais ont été inclus.

Les composantes de la question de recherche formulée selon le modèle PICO ont servi de base pour définir les mots-clés à utiliser lors de la recherche (Dobbins, 2017). Afin d'explorer les concepts en lien avec la question de recherche, divers mots-clés, synonymes et descripteurs (*Medical Subject Headings* (MeSH)) ont été inclus dans la stratégie de recherche présentée à l'Annexe A (Health-evidence.ca, 2009a; U.S. National Library of Medicine, 2021). La stratégie de recherche a été formulée et validée avec une bibliothécaire de l'Université de Montréal.

Sélection des écrits

Tout au long du processus de revue rapide, la stratégie de recherche a été documentée afin de souligner l'aspect exhaustif et reproductible de la recherche (Dobbins, 2017). Pour ce faire, un diagramme de flux effectué à l'aide du logiciel Covidence (Melbourne, Australie) a permis de répertorier les écrits scientifiques disponibles et les décisions prises à l'égard de leur pertinence quant à la question de recherche et les critères d'inclusion en se basant sur les titres et les résumés (Health-evidence.ca, 2009b). De plus, cet outil permet de faire état des décisions prises quant à la qualité méthodologique des données probantes lors du processus de recherche, d'évaluation et de documentation. Le processus de sélection des écrits a été fait par l'étudiante et son directeur de recherche. Les écrits ont d'abord été triés sur la base de leur titre et de leur résumé. Puis, les textes retenus ont été lus en entier pour s'assurer de leur correspondance aux critères d'inclusion de la revue rapide.

Évaluer de façon critique les sources d'information

La troisième étape du processus de revue rapide consistait à évaluer la qualité méthodologique des travaux de recherche afin de déterminer si les données probantes sont dignes de confiance (Dobbins, 2017). Il est nécessaire d'entreprendre une évaluation critique de chaque écrit à inclure dans la revue rapide (Dobbins, 2017). Parfois, certains articles ont déjà été évalués par deux évaluateurs indépendants quant à leurs qualités méthodologiques, et sont répertoriés sur des sites crédibles comme *Collaboration Cochrane* ou *Health Evidence* (<https://www.cochrane.org>; <https://www.healthevidence.org>). Dans le cas contraire, il existe des outils appropriés comprenant une série de questions visant à évaluer la qualité méthodologique des données probantes.

Dans le cadre de cette revue rapide, l'outil d'évaluation de la qualité méthodologique des données probantes du groupe de Collaboration Cochrane de Sterne et al. (2019) a été utilisé afin d'évaluer la validité interne des études sélectionnées. Cet outil permet d'évaluer les risques de biais pouvant survenir à travers cinq domaines lors de la conduite d'une étude de type expérimental ou la présentation des résultats : processus de randomisation, déviations des interventions prévues, données de résultat manquantes, mesure du résultat et sélection du résultat rapporté. Par conséquent, cet outil nous renseigne sur le degré d'inférence causal que nous pouvons supposer lors de l'analyse des résultats d'une intervention en comparaison au groupe témoin pour répondre à la question de recherche (Higgins et al., 2011; Higgins JPT, 2021). À l'aide de questions de signalisation spécifiques à chaque domaine et un algorithme de prise de décision, une évaluation globale des risques de biais est obtenue. L'échelle utilisée dans cet outil quantifie les risques de biais selon une cote de risque bas, modéré (quelques préoccupations) ou élevé. Les évaluations réalisées au moyen de cet outil ont été effectuées par l'étudiante sous la supervision de son directeur de recherche.

Pour cette revue rapide, nous avons retenu les études ayant évalué l'effet d'une intervention d'autogestion de l'angine réfractaire depuis la parution de la revue systématique de 2014. Ceci visait à identifier l'ensemble des interventions existantes. Nous avons extrait les composantes des interventions qui ont été recensées dans la revue systématique de McGillion et al. (2014). Le processus de revue rapide a permis de déterminer si de nouvelles interventions ont été proposées

depuis, et si des données supplémentaires sont disponibles en lien avec l'effet des interventions connues.

Synthétiser les données probantes

La quatrième étape du processus de revue rapide consistait à synthétiser les résultats de toutes les données probantes pertinentes à la question de recherche qui possèdent une haute qualité méthodologique (Dobbins, 2017). Le but de cet exercice était d'établir une conclusion sur l'état actuel des connaissances scientifiques au regard à la question de recherche. Rappelons que la question de recherche touche aux composantes et à la structure des interventions existantes pour gérer les symptômes d'angine. Il est à noter que l'unité d'analyse est l'intervention, même s'il est possible que certaines interventions soient évaluées dans le cadre de plusieurs études.

Pour ce faire, il faut d'abord extraire les données utiles de chaque document afin d'identifier les différentes caractéristiques des interventions. Nous avons choisi la grille *Template for intervention description and replication* (TIDieR) (Hoffmann et al., 2014) qui permet une description détaillée des composantes des interventions. Ces caractéristiques comprennent :

- La référence et le pays;
- Le nom de l'intervention;
- La base théorique supportant l'intervention;
- La population concernée;
- Le matériel et/ou l'information fournie aux participants;
- Le matériel utilisé par les prestataires de l'intervention;
- Description des activités de l'intervention;
- Utilisation des infirmières et/ou des pairs pour délivrer l'intervention;
- Mode d'administration de l'intervention;
- Lieu d'administration de l'intervention;
- Le nombre, la durée et l'horaire des séances;
- Degré de personnalisation de l'intervention;

Ces données ont été regroupées et ordonnées sous forme d'un tableau d'extraction. La synthèse des données probantes sous forme de tableau permet d'identifier les ressemblances et les différences quant aux résultats des différents articles scientifiques qui possèdent une forte qualité méthodologique afin de formuler des conclusions sur la conduite à suivre pour répondre à la question de recherche (Dobbins, 2017). Cela permet de comparer les thèmes des

interventions, l'information et le matériel fourni au participants, les modes d'administration et le nombre de séances afin de donner un sens à la variabilité des résultats obtenus. Ainsi, il est possible d'inférer une compréhension théorique éclairée de comment les interventions fonctionnent, quels sont leurs ingrédients actifs et comment ces ingrédients exercent leurs effets (Medical Research Council, 2019).

Identifier les problèmes d'applicabilité et de transférabilité lors du processus de prise de décision

La cinquième et dernière étape du processus de revue rapide consistait à identifier les problèmes d'applicabilité et de transférabilité des données probantes disponibles au contexte local (Dobbins, 2017). Lors de cette étape, il est nécessaire d'évaluer si les conclusions du processus de revue rapide sont pertinentes et utiles pour la population concernée. Les patients-partenaires ont été invités à collaborer comme décrit subséquemment dans le présent document.

Identification de la base théorique

Le Medical Research Council (2019) conseille de développer une connaissance théorique du processus d'autogestion en s'inspirant des théories existantes. Comme décrit dans la problématique, les déterminants de la vie avec l'angine réfractaire sont la dépendance, l'incertitude, une diminution du sentiment d'auto-efficacité et une diminution de la qualité de vie liée à la santé. Ainsi, la base théorique choisie doit mettre en relation les déterminants de l'angine réfractaire et postuler des principes afin d'expliquer le processus d'autogestion. Cette compréhension permet d'identifier les thèmes incontournables des interventions d'autogestion afin d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant d'angine réfractaire. Dans le cadre de ce travail dirigé, nous évaluerons des bases théoriques afin d'identifier celle qui décrit avec plus de justesse le processus d'autogestion des symptômes.

Modélisation du processus et des résultats

Le Medical Research Council (2019) suggère de modéliser le processus ainsi que les résultats de l'intervention. La modélisation consiste à préciser les composantes actives de l'intervention et la manière dont elles vont engendrer des effets en vue de l'implantation dans le milieu. Afin

d'identifier les éléments incontournables des programmes d'autogestion, deux facilitateurs expérimentés des programmes *Chronic Disease Self-Management* et *Chronic Pain Self-Management* ont été consultés dans l'optique d'identifier les thèmes qu'ils jugent essentiels à ces programmes. Ces deux facilitateurs agissent à titre de patients-partenaires et collaborateurs du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public de l'Université de Montréal et ont administré ces interventions dans le cadre du programme d'autogestion des maladies chroniques de l'Université McGill pendant six ans. Lors de rencontres d'une heure, les facilitateurs ont fait part de ce qu'est l'essence des programmes d'autogestion selon eux. Ils ont identifié les thèmes phares de l'autogestion selon leurs perspectives et leurs expériences en tant que patients souffrant d'une maladie chronique.

Par la suite, deux patients-partenaires souffrant d'angine réfractaire ont été invités à collaborer au développement de l'intervention avec l'étudiante. Ces patients-partenaires n'ont pas reçu de rémunération comme prescrit dans le cadre de référence de l'approche de partenariat avec les usagers du Ministère de la Santé et des Services sociaux (Gouvernement du Québec, 2018). L'implication des patients-partenaires assure une place centrale aux savoirs expérientiels dans le choix des activités d'autogestion à retenir pour l'intervention (Karazivan et al., 2015; Pomey et al., 2019). Lors de la sélection des patients-partenaires, une attention particulière a été portée afin de représenter des profils sociodémographiques différents et des expériences de vie avec l'angine réfractaire variées (Boivin et al., 2011; Direction collaboration et partenariat patient., 2016). Les patients-partenaires potentiels ont reçu une description détaillée de la nature et des objectifs du projet, ainsi que des tâches attendues de leur part (Direction collaboration et partenariat patient., 2016). Cette clarification des rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe est essentielle au processus de collaboration dans l'atteinte d'un objectif commun (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal, 2016).

Les patients-partenaires doivent faire preuve de pensée réflexive et posséder plusieurs compétences décrites comme un ensemble de savoirs, d'habiletés et d'attitudes (Direction

collaboration et partenariat patient, 2016; Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal, 2016). Ces compétences incluent la connaissance de soi dans la vie avec la maladie, la mobilisation des savoirs expérientiels de manière constructive, le développement de sa résilience afin de redonner un sens à sa vie et l'élaboration d'un projet de vie qui prennent en compte le caractère imprévisible de la maladie (Direction collaboration et partenariat patient, 2016). De surcroît, les patients-partenaires doivent posséder des compétences de communication afin de partager efficacement leurs opinions et expériences avec l'équipe (Boivin et al., 2011; Direction collaboration et partenariat patient, 2016). De la même manière, l'étudiante doit pouvoir communiquer efficacement et faire preuve d'un esprit d'ouverture, de respect et d'écoute envers l'expérience des patients-partenaires (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014; Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal, 2016). Dans cet esprit de collaboration, chaque membre de l'équipe est reconnue pour son expertise, d'égal à égal, sans égard à son statut ou son rôle dans l'équipe (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2014).

Les deux patients-partenaires se sont entretenus avec l'étudiante pendant deux rencontres individuelles d'une heure pour un partage d'information, des discussions et des délibérations. Lors de la première rencontre, les patients partenaires ont reçu de l'information sur la pathophysiologie de l'angine réfractaire. Le chapitre intitulé « Gérer l'angine de poitrine, la maladie coronarienne et les conditions apparentées » (Lefort, 2018) a guidé l'étudiante dans ses interactions avec les patients-partenaires. L'étudiante a présenté une synthèse de la base théorique et expliqué comment celui-ci sert à identifier les activités à inclure dans l'intervention. Les différentes caractéristiques des interventions d'autogestion identifiées par la revue rapide des écrits ont été présentées sous la forme d'une synthèse de la grille d'extraction. Une attention particulière a été portée quant au degré de littératie des patients-partenaires afin d'adapter les stratégies de communication à leur réalité (Gouvernement du Québec, 2018). De plus, un langage

simple exempt de jargon médical et d'acronymes a été employé (Gouvernement du Québec, 2018).

Les patients-partenaires ont partagé leurs expériences avec la maladie et leurs attentes quant à l'autogestion des symptômes d'angine (Boivin et al., 2011). Le partage des savoirs entre les patients et professionnels de la santé favorise un système de santé apprenant pour tous (Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal, 2016; Pomey et al., 2015). Ce partage des savoirs accroît la base de connaissances des patients-partenaires dans la gestion de leur maladie et favorise leur engagement dans l'amélioration des soins de santé pour l'ensemble des patients souffrant d'angine réfractaire (Gouvernement du Québec, 2018). Du point de vue de l'étudiante, les savoirs expérientiels des patients-partenaires enrichissent sa vision et sa compréhension de l'autogestion des symptômes d'angine (Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal, 2016; Gouvernement du Québec, 2018). L'étudiante a animé les échanges avec les patients-partenaires à l'aide d'un plan de questions préétablies (Annexe B). L'étudiante a notamment interrogé les patients-partenaires quant aux sujets qu'ils souhaitaient aborder dans un programme d'autogestion des symptômes d'angine. Elle leur a demandé d'ordonner les sujets selon leurs besoins et leurs valeurs et les a questionnés sur le nombre et la durée optimale des séances pour répondre à leurs besoins.

Lors de la deuxième rencontre, les patients-partenaires ont été encouragés à exprimer leurs opinions concernant les différentes caractéristiques des interventions identifiées par la revue rapide des écrits et à réfléchir à la structure optimale. Ce partage des savoirs expérientiels a permis à l'étudiante de cibler les caractéristiques idéales et la structure adaptée aux besoins des patients souffrant d'angine réfractaire. Lors d'échanges empreints d'ouverture, de respect et de collaboration, les patients-partenaires et l'étudiante ont évalué conjointement les composantes et la structure des interventions d'autogestion identifiées par la revue rapide des écrits. Le choix des composantes et de la structure de l'intervention s'est fait selon la reconnaissance mutuelle de la complémentarité des savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels (Karazivan et al.,

2015). Cette dynamique de co-construction de l'intervention entre les patients-partenaires et l'étudiante favorise les interactions, les apprentissages et les échanges d'informations en vue de développer l'intervention hybride centrée sur les besoins des patients. Le processus de délibération entre l'étudiante et les patients-partenaires résulte en un apprentissage mutuel, la génération d'options qui soient formées sur la base de perspectives, d'intérêts, d'informations plus vaste, ainsi que l'identification de solutions qui soient acceptables pour la majorité des membres ayant participé à la délibération (Lehoux et al., 2009).

À terme, la modélisation de l'intervention détaille les composantes et la structure optimale pour répondre aux besoins des patients souffrant d'angine réfractaire de notre milieu clinique. Ceci prend la forme d'un tableau inspiré par la grille TIDieR de Hoffmann et al. (2014). Un livrable sous forme d'un résumé des échanges et des préférences des patients quant aux composantes et à la structure des interventions a été remis aux patients pour validation sept jours après la deuxième rencontre.

Chapitre 3 – Résultats

En premier lieu, ce chapitre présente l'identification et la sélection des écrits pour la revue rapide, laquelle se veut une mise à jour de la méta-analyse de McGillion et al. (2014). En second lieu, une description des caractéristiques des interventions contenues dans la méta-analyse et dans la revue rapide est exposée. En troisième lieu, une évaluation des risques de biais de l'ensemble des études est détaillée. Par la suite, les effets des différentes interventions d'autogestion sont développés. Pour finir, le processus de modélisation de notre intervention par les patients-partenaires ainsi que les composantes et la structure optimale pour répondre aux besoins des patients souffrant d'angine réfractaire sont présentés.

Identification et sélection des écrits

La recherche initiale dans les bases de données MEDLINE et CINAHL a permis de répertorier 102 articles. Avec huit doublons, cela a réduit à 94 le nombre d'articles à évaluer. Lors de l'analyse selon les titres et résumés, 76 articles ont été exclus. Ceci a permis de cibler 18 études potentielles dont le texte complet a été évalué. Finalement, ce sont trois études qui ont été incluses dans la mise à jour pour cette revue rapide soit celles de : Kimble (2018); Moattari et al. (2014) et Tylee et al. (2016). Celles-ci ont été publiées de 2014 à 2018. Elles ont été réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Iran. La figure 2 présente le diagramme de flux de sélection des écrits.

Caractéristiques des interventions

Les caractéristiques des interventions incluses dans la méta-analyse de McGillion et al. (2014) et dans notre mise à jour sont présentées ici. La méta-analyse comprenait sept interventions : l'*Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Zetta et al., 2011), le *Chronic Angina Self-Management* (McGillion et al., 2008), le *Stress Management Program* (Gallacher et al., 1997), l'*Angina Management* (Lewin et al., 1995), le *Pain Management* (Payne et al., 1994), le *Cognitive-Behavioural Stress Management* (Bundy et al., 1994) et l'intervention cognitivo-comportementale de Ma et Teng (2005), alors que notre mise à jour en comprenait trois : l'*Angina Self-Management* (Kimble, 2018), le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) et

l'Angina Plan (Moattari et al., 2014). L'intervention de Ma et Teng (2005) n'a pas pu être présentée car l'article n'est disponible qu'en chinois. En tout, ce sont donc huit interventions d'autogestion qui ont été évaluées, soit *l'Angina Self-Management* (Kimble, 2018), le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) et *l'Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011), le *Chronic Angina Self-Management (CASMP)* (McGillion et al., 2008), le *Stress Management Program* (Gallacher et al., 1997), *l'Angina Management* (Lewin et al., 1995), le *Pain Management* (Payne et al., 1994) et le *Cognitive-Behavioural Stress Management* (Bundy et al., 1994). Leurs caractéristiques sont présentées au tableau 1 par ordre décroissant d'année de publication des études.

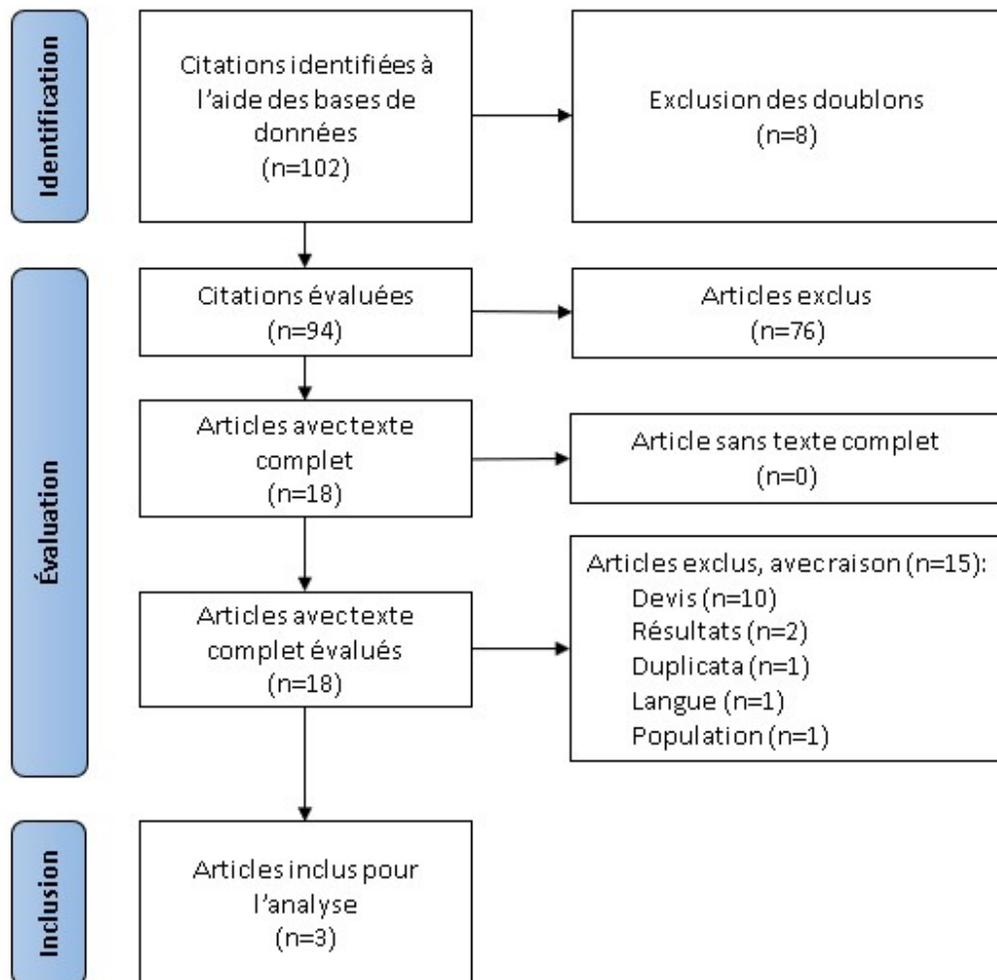


Figure 2. – Diagramme de flux de sélection des écrits

Tableau 1. – Caractéristiques des interventions

Caractéristiques		Interventions
Référence	Kimble (2018)	Tylee et al. (2016)
Pays	États-Unis	Royaume-Uni
Intervention	<i>Angina Self-Management</i>	<i>Nurse-Personalised Care</i>
Base théorique	Approche de psychoéducation (Colivicchi et al., 2016)	Auto-efficacité de Bandura (1977) et changement de comportement (Michie et al., 2008)
Population	Post-angiographie ou angioplastie; CCS 1-4; pas d'infarctus avant l'admission; pas de pontages dans les derniers 6 mois	Ambulatoire; CCS 1-4; présence de symptômes dépressifs ≥ 8 sur HADS (Zigmond et Snaith, 1983)
Matériel fourni aux participants	Non spécifié	Brochure sur autogestion et plans d'action; plan de santé personnalisé
Matériel utilisé par intervenants	Script téléphonique standardisé	Formulaire d'évaluation de la santé; boîte à outils en matière de changement de comportement
Activités	Information pour favoriser autogestion des symptômes (5 thèmes)	Information selon besoins du patient (4 thèmes ou plus)
Intervenant	Infirmières	Infirmières
Mode et lieu d'administration	Par téléphone, individuel	Rencontre individuelle à la clinique ou à la maison, suivie d'appels téléphoniques selon besoins
Nombre, durée et horaire des séances	1 session de 30 min.	1 rencontre de 60 min. Appels hebdomadaires de 15 min. au départ, espacés selon besoins du patient, pendant 6 mois
Degré de personnalisation	Léger : selon si le patient a déjà souffert d'un infarctus du myocarde	Élevé : sujets selon priorités identifiées par le patient; plan de santé personnalisé; horaire des séances adapté aux besoins
Soutien des pairs	Non	Non
Mesures pour assurer fidélité	Script téléphonique standardisé	Rencontres hebdomadaires avec équipe de recherche et psychiatres

NOTE. CCS : classe fonctionnelle d'angine selon la Société canadienne de cardiologie. HADS : échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (Zigmond et Snaith, 1983).

Tableau 1. – Caractéristiques des interventions (suite)

Caractéristiques	Interventions	
Références	Moattari et al. (2014); Furze et al. (2012) ; Zetta et al. (2011); Lewin et al. (2002)	McGillion et al. (2008)
Pays	Royaume-Uni; Iran	Canada
Intervention	<i>Angina Plan</i>	
Base théorique	Thérapie comportementale cognitive (Beck, 1979)	
Population	Ambulatoire (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002); post-admission pour angine (Zetta et al., 2011); post-angioplastie (Moattari et al., 2014). CCS 1-4 (Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011); CCS 1-3 (Furze et al., 2012) Diagnostic d'AR > 12 mois (Lewin et al., 2002); Maladie coronarienne (1-2 vaisseaux); 40-70 ans; pas de pontages; < 11 points sur HADS (Moattari et al., 2014)	Ambulatoire; CCS 1-3; diagnostic ≥ 6 mois; Pas d'infarctus dans les derniers 6 mois
Matériel fourni aux participants	Guide d'information; programme de relaxation sur CD	Guide d'information
Matériel utilisé par les intervenants	Manuel décrivant le protocole d'intervention	
Activités	Discussions et lectures (10 thèmes)	Information, discussions et pratique de stratégies pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité et la gestion de la douleur (20 thèmes)
Intervenant	Non spécifié (Moattari et al., 2014); Infirmières (Lewin et al., 2002; Zetta et al., 2011); Pairs (Furze et al., 2012)	Infirmières
Mode et lieu d'administration	Rencontre individuelle à l'hôpital, suivie d'appels téléphoniques	Rencontre en groupe de 8-15 participants dans une salle de classe
Nombre, durée et horaire des séances	1 rencontre de 40 min. 4 appels de 10-15 min. aux 4 semaines pendant 12 semaines	6 sessions de 2 heures. 1 session par semaine pendant pour 6 semaines
Degré de personnalisation	Élevé : selon idées fausses et facteurs de risque individuels	Aucun : Programme standardisé
Soutien des pairs	Oui (Furze et al., 2012) Non (Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011)	Oui
Mesures pour assurer fidélité	Manuel décrivant le protocole d'intervention; Formations spécifiques et structurées à distance	Manuel décrivant le protocole d'intervention; enregistrement audio des séances avec audit; formations structurées pour les intervenants

Tableau 1. – Caractéristiques des interventions (suite)

Caractéristiques		Interventions	
Référence	Gallacher et al. (1997)		Lewin et al. (1995)
Pays	Royaume-Uni		Royaume-Uni
Intervention	<i>Stress Management Program</i>		<i>Angina Management Program</i>
Base théorique	Principes standards de gestion du stress		Thérapie comportementale cognitive (Beck, 1979)
Population	Ambulatoire; CCS 1-4; Homme seulement; < 70 ans		Ambulatoire; CCS 1-4; diagnostic ≥ 6 mois; ≥1 épisode d'angine/ semaine; Sténose coronarienne > 50 %; ≤ 69 ans
Matériel fourni aux participants	Guide d'information; programme de relaxation sur cassette		Non spécifié
Matériel utilisé par intervenants	Non spécifié		Non spécifié
Activités	Information, discussions et pratique de stratégies pour gérer le stress (10 thèmes)		Information et pratique de stratégies pour gérer le stress/émotions négatives; Programme d'exercices physiques (11 thèmes) Physiothérapeutes; psychologues
Intervenant	Non spécifié		
Mode et lieu d'administration	Rencontre en groupe de 3-8 participants à la clinique		Rencontre en groupe de 16 participants à l'hôpital; rencontre individuelle à chaque séance
Nombre, durée et horaire des séances	3 sessions à 4 semaines et à 6 semaines		16 séances de 4 heures. Deux sessions par semaine pendant pour 8 semaines
Degré de personnalisation	Léger : patients invités à discuter de leurs préoccupations		Modéré : Identification des attitudes et comportements générant du stress par des questionnaires; identification des activités provoquant des limitations en raison de l'angine; rencontre individuelle avec un intervenant pour établir un plan d'action
Soutien des pairs	Non		Non
Mesures pour assurer fidélité	Non spécifié		Non spécifié

Tableau 1. – Caractéristiques des interventions (suite)

Caractéristiques		Interventions
Référence	Payne et al. (1994)	Bundy et al. (1994)
Pays	États-Unis	Royaume-Uni
Nom de l'intervention	<i>Pain Management Program</i>	<i>Cognitive-behavioural stress management training</i>
Base théorique	Thérapie comportementale cognitive (Beck, 1979)	Éducation à la gestion du stress (Lazarus, 1966)
Population	Ambulatoire; homme seulement; CCS 1-4; ≥ 4 épisodes d'angine dans le dernier mois; ≤ 65 ans; pas d'hospitalisation dans les 30 derniers jours	Ambulatoire; CCS 1-4; diagnostic ≥ 6 mois; Pas d'infarctus dans les derniers 6 mois; ≤ 69 ans
Matériel fourni aux participants	Devoirs à la maison pour pratiquer les exercices de relaxation et les stratégies d'autogestion	CD d'exercices de relaxation; devoirs entre les séances pour générer des discussions lors de la prochaine séance
Matériel utilisé par les intervenants	Non spécifié	Non spécifié
Activités	Information et pratique de stratégies pour gérer les émotions et pensées négatives (6 thèmes)	Présentation, discussions et pratique d'exercices de relaxation (11 thèmes)
Intervenant	Non spécifié	Psychologues
Mode et lieu d'administration	En personne En groupe de 3-8 participants Non spécifié	En personne En groupe de 6-8 participants Non spécifié
Nombre, durée et horaire des séances	3 séances 1 session par semaine pour 3 semaines	7 sessions de 1h30 min. 1 session par semaine pendant pour 7 semaines
Degré de personnalisation	Aucun : Programme standardisé	Léger : devoirs entre les séances pour générer des exemples réels des sujets à discuter lors de la prochaine séance
Soutien des pairs	Non	Non
Mesures pour assurer fidélité	Non spécifiées	Non spécifiées

Parmi les interventions citées, l'*Angina Self-Management* (Kimble, 2018), le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) et l'*Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011), étaient offerts sur une base individuelle, tandis que les autres interventions étaient offertes en petit groupe de trois à huit (Bundy et al., 1994; Gallacher et al., 1997; Payne et al., 1994), huit à quinze (McGillion et al., 2008) ou seize participants (Lewin et al., 1995). Les interventions étaient administrées par des infirmières (Kimble, 2018; Lewin et al., 2002; Tylee et al., 2016; Zetta et al., 2011), d'autres professionnels de la santé, soit des psychologues ou des physiothérapeutes (Bundy et al., 1994; Lewin et al., 1995), ou par des pairs (Furze et al., 2012) .

Le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) et l'*Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011) comprenaient une séance en présentiel, alors que les autres interventions en comptaient trois (Gallacher et al., 1997; Payne et al., 1994), six (McGillion et al., 2008), sept (Bundy et al., 1994) ou seize séances (Lewin et al., 1995). Ces séances étaient consécutives ou espacées d'une ou plusieurs semaines. L'*Angina Self-Management* (Kimble, 2018) comprenait une séance par téléphone. L'*Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011) et le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) comprenaient des appels téléphoniques de soutien effectués par un intervenant tout au long du programme.

Les interventions étaient composées d'activités similaires comme de la présentation d'informations, des discussions et des exercices pratiques de stratégies pour gérer le stress, les émotions négatives et les douleurs d'angine. Toutefois, le nombre et la nature des thèmes abordés variaient sensiblement entre les différentes interventions. Le tableau 2 présente une comparaison des thèmes des différentes interventions sous la forme d'une synthèse afin de souligner les thèmes communs.

Tableau 2. – Comparaison des thèmes abordés dans les huit interventions

Thèmes	1	2	3	4	5	6	7	8
Vue d'ensemble de l'angine chronique et de la prévention secondaire			X	X		X		X
Vue d'ensemble de l'autogestion et du rôle de la cognition dans la gestion de la douleur			X	X			X	
Évaluation des facteurs de risques spécifiques			X					
Idées fausses sur l'angine			X			X		
Différencier douleurs d'angine chronique et crise cardiaque	X							
Surveillance de la fréquence, durée et sévérité de l'angine pour identifier le modèle typique de l'angine chronique	X							
Faire un plan d'action		X	X	X	X	X		
Rétroaction sur la réalisation du plan d'action		X	X	X	X	X		
Résolution de problèmes		X		X	X		X	X
Réponse au stress (<i>fight</i> ou <i>flight</i>) et conséquence sur la santé physique/psychologique					X			X
Techniques de relaxation ± yoga			X	X	X	X	X	X
Comprendre le lien entre pensées, émotions et comportements								X
Reconnaître et gérer pensées, émotions et attitudes négatives			X	X	X	X	X	X
Douleur cardiaque et dépression				X	X			
Support psychosocial		X						
Comment maintenir un changement de comportement								X
Rester actif ou mise en forme	X		X	X		X		
Conservation de l'énergie (<i>spacing</i>)			X	X	X	X	X	
Utilisation de la NTG à courte action	X						X	
Médication pour l'angine			X	X				
Évaluation de traitements nouveaux / alternatifs				X				
Améliorer la respiration				X				
Manger pour un cœur sain				X				
Gestion de la fatigue et du sommeil				X				
Communication avec les proches				X				
Communiquer avec les professionnels de la santé relativement à la douleur cardiaque				X				
Surveillance des symptômes d'angine et informer l'équipe de soins				X				
Surveillance des symptômes d'angine et décider du moment pour appeler l'ambulance	X			X				
Plans futurs d'autogestion				X				

NOTE. Les interventions 1 à 8 se déclinent comme suit: 1. *Angina Self-Management* (Kimble, 2018); 2. *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016); 3. *Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011); 4. *Chronic Angina Self-Management Program* (McGillion et al., 2008); 5. *Stress Management Program* (Gallacher et al., 1997); 6. *Angina Management* (Lewin et al., 1995); 7. *Pain Management* (Payne et al., 1994) ; 8. *Cognitive-Behavioural Stress Management* (Bundy et al., 1994).

L'*Angina Self-Management* de Kimble (2018) misait sur la présentation d'informations pour aider les patients à différencier les douleurs d'angine chronique et celles causées par une crise cardiaque. Les patients étaient encouragés à surveiller la fréquence, la durée et la sévérité des douleurs afin d'apprendre à reconnaître le modèle typique d'angine chronique spécifique à chacun. Les patients apprenaient à décider du moment opportun pour appeler l'ambulance lorsque leurs symptômes différaient de leur modèle typique d'angine. Ils évaluaient leurs restrictions physiques en lien avec l'angine et trouvaient des stratégies pour les prévenir. De plus, l'intervention présentait et expliquait l'utilisation de la nitroglycérine (NTG) à courte action dans le but de favoriser l'exercice physique.

L'intervention *Nurse-Personalised Care* de Tylee et al. (2016) présentait de l'information selon les besoins spécifiques de chaque patient. Pour ce faire, l'infirmière effectuait une évaluation standardisée de la santé physique et psychologique de chacun. Ensuite, le patient identifiait trois priorités pour améliorer sa santé. Un plan de santé personnalisé ainsi qu'un plan d'action en accord avec ses priorités était ensuite élaboré. L'intervention regroupait quatre thèmes ou plus selon les besoins spécifiques de chaque patient. Les quatre thèmes communs étaient la réalisation d'un plan d'action, la rétroaction, la résolution de problèmes et l'orientation vers les ressources psychosociales disponibles.

L'*Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011) comprenait des discussions et des lectures pour clarifier les idées fausses sur l'angine, identifier les facteurs de risque de maladie coronarienne spécifiques au patient et soutenir l'apprentissage des compétences d'autogestion. L'intervention touchait dix thèmes selon les besoins et les facteurs de risques du patient.

Le *Chronic Angina Self-Management* (McGillion et al., 2008) misait sur de l'information, des discussions entre les participants et des exercices pratiques de stratégies pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité et la gestion de la douleur. L'intervention abordait vingt thèmes dont la gestion des réactions émotionnelles communes à la douleur cardiaque comme la colère, la peur et la frustration, l'alimentation pour un cœur sain et la communication avec les proches.

Le *Stress Management Program* (Gallacher et al., 1997) comprenait de l'information, des discussions et des exercices pratiques de stratégies pour gérer le stress. L'intervention comprenait dix thèmes concernant la réponse au stress (*fight ou flight*), ses conséquences sur la santé physique et psychologique et des techniques pour gérer les émotions et les pensées qui créent du stress.

L'*Angina Management* (Lewin et al., 1995) comprenait de l'information et des exercices pratiques de stratégies pour gérer le stress ainsi que les émotions, les pensées et les attitudes négatives. De surcroît, cette intervention comptait sur un programme d'exercices physiques pour reprendre une vie active et améliorer la flexibilité. Les participants renouaient avec la pratique d'exercices sécuritaires à l'hôpital sous la supervision d'un physiothérapeute et recevaient un programme d'exercices à effectuer à la maison. L'intervention comprenait onze thèmes.

Le *Pain Management* (Payne et al., 1994) consistait en de l'information et des exercices pratiques de stratégies pour gérer les émotions, les pensées et les attitudes négatives. L'intervention comprenait six thèmes comme le rôle de la cognition dans la gestion de la douleur et l'utilisation appropriée de la NTG à courte action pour soulager les douleurs d'angine.

Le *Cognitive-behavioural stress management* (Bundy et al., 1994) misait sur de l'information, des discussions et des exercices pratiques de relaxation. À cet effet, chaque séance se concluait avec quarante minutes de relaxation. L'intervention comprenait onze thèmes dont l'impact de la colère sur l'angine, la gestion de la colère et comment maintenir un changement de comportement.

Mise à part le CASMP (McGillion et al., 2008) et l'*Angina Plan* de Furze et al. (2012), aucune intervention ne misait sur la participation de pairs pour soutenir l'apprentissage entre les séances. Dans le CASMP, les participants communiquaient par téléphone avec un pair du programme entre les séances pour s'entraider à rester motivé et pour résoudre des problèmes afin d'atteindre leurs objectifs d'autogestion. Dans l'*Angina Plan* (Furze et al., 2012), des pairs formés par des professionnels de la santé réalisaient le programme et effectuaient les appels de suivi comme décrit dans le protocole d'intervention.

Par ailleurs, une évaluation du degré de personnalisation des interventions basée sur un ensemble de paramètres modifiables a été effectuée par l'étudiante. En effet, la standardisation d'une partie de l'intervention ou la totalité de celle-ci, de même que la personnalisation de l'intervention selon les besoins spécifiques de chaque patient constituaient les critères d'évaluation. Le degré de personnalisation des interventions de McGillion et al. (2008) et Payne et al. (1994) était inexistant car celles-ci sont standardisées. Le degré de personnalisation de l'intervention était léger pour Kimble (2018), Bundy et al. (1994) et Gallacher et al. (1997). Dans *l'Angina Self-Management* (Kimble, 2018), les intervenants utilisaient un script téléphonique standardisé et la seule personnalisation possible était si le patient avait déjà souffert d'un infarctus du myocarde dans le passé. De façon similaire, les participants aux interventions *Cognitive-Behavioural Stress Management* (Bundy et al., 1994) et *Stress Management Program* (Gallacher et al., 1997) étaient invités à discuter de leurs préoccupations lors de séances. Le degré de personnalisation de l'intervention de Lewin et al. (1995) était modéré car les attitudes et comportements générant du stress à chaque participant étaient identifiés à l'aide de questionnaires auto-administrés. De plus, chaque participant identifiait des activités de la vie quotidienne lors desquelles il ressentait des limitations en raison de l'angine de poitrine. Par la suite, il générait un plan d'action lors d'une rencontre individuelle avec un intervenant. *L'Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014; Zetta et al., 2011) et le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) avaient un degré élevé de personnalisation. Dans *l'Angina Plan*, le contenu de l'intervention dépendait des idées fausses et des facteurs de risque spécifiques à chaque patient. Le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) ciblait les trois priorités identifiées par le patient contribuant au sentiment de dépression. Chaque patient recevait ultérieurement un plan de santé personnalisé et l'horaire des séances était adapté selon les besoins des patients.

La population à qui s'adressait ces interventions était assez similaire quant à la symptomatologie d'angine. Kimble (2018) et Moattari et al. (2014) s'intéressaient aux patients ayant subi une angiographie ou une angioplastie coronaire, tandis que les autres interventions s'intéressaient aux patients ambulatoires (Bundy et al., 1994; Furze et al., 2012; Gallacher et al., 1997; Lewin et al., 1995; Lewin et al., 2002; McGillion et al., 2008; Payne et al., 1994; Tylee et al., 2016). La

population cible de ces interventions était âgée de moins de soixante-dix ans. Gallacher et al. (1997) et Payne et al. (1994) se souciaient exclusivement d'une population masculine. L'autre différence majeure entre ces interventions était que Tylee et al. (2016) s'intéresse aux patients présentant des symptômes dépressifs (≥ 8 sur l'échelle HADS de Zigmond et Snaith (1983)), alors que Moattari et al. (2014) s'intéressait aux patients présentant moins de onze points pour la dépression et l'anxiété sur cette même échelle.

Risques de biais des études

Nous avons effectué l'évaluation des risques de biais des études identifiées par la revue rapide à l'aide de l'outil du groupe de Collaboration Cochrane de Sterne et al. (2019), tandis que McGillion et al. (2014) a utilisé la version précédente de cet outil (Higgins et al., 2011). L'outil de Higgins et al. (2011) permet d'évaluer les risques de biais de sélection, de performance, de détection, d'attrition, de déclaration et autres biais pouvant survenir lors de la conduite d'une étude de type expérimental ou de la présentation des résultats.

L'évaluation des études identifiées par la revue rapide est présentée dans le Tableau 3. Une description détaillée de l'évaluation des risques de biais est disponible en Annexe C.

Tableau 3. – Évaluation du risque de biais des études identifiées par la revue rapide

Références	1	2	3	4	5	Globale
Kimble (2018)	Modéré	Modéré	Bas	Bas	Modéré	Modéré
Tylee et al. (2016)	Bas	Modéré	Bas	Modéré	Bas	Modéré
Moattari et al. (2014)	Modéré	Modéré	Bas	Haut	Modéré	Haut

NOTE. 1. Processus de randomisation; 2. Déviations des interventions prévues; 3. Données de résultat manquantes; 4. Mesure de résultat; 5. Sélection des résultats rapportés.

Différentes raisons expliquent la perte de point pour chacune des études. Pour l'étude de Kimble (2018), on note un manque d'information à savoir si la séquence d'allocation était aléatoire et cachée, ainsi que sur l'analyse des résultats selon un plan préétabli. De plus, comme c'est le cas dans la plupart des interventions cognitives et comportementales, les intervenants étaient au courant de l'assignation des participants. Par conséquent, la cote globale du risque de biais pour cette étude est modérée.

Dans l'étude de Tylee et al. (2016), les participants étaient au courant de leur assignation et les intervenants étaient au courant de l'assignation des participants. De plus, les évaluateurs de résultats étaient probablement au courant de l'assignation des participants et cela a pu influencer l'évaluation des résultats. Par conséquent, la cote globale du risque de biais pour cette étude est modérée.

L'évaluation de l'étude de Moattari et al. (2014) découle d'un manque d'information, à savoir si la séquence d'allocation a été cachée avant la randomisation et l'assignation des participants à l'intervention. On note un manque d'information stipulant si les participants étaient au courant ou non de leur assignation. Quant aux intervenants, ils étaient au courant de l'assignation des participants. De plus, les évaluateurs de résultats (qui étaient les participants) étaient probablement au courant de leur assignation. Ceci a probablement influencé les résultats puisque les réponses au questionnaire auto-administré d'angine de Seattle (Spertus et al., 1995) ont le potentiel d'être influencées par le sentiment de prise en charge par une équipe de soins. Par conséquent, la cote globale du risque de biais pour cette étude est haute.

Les résultats de l'évaluation des biais des études de la méta-analyse tels que rapportés par McGillion et al. (2014) sont présentés dans le tableau 4. Contrairement à la nouvelle version de l'outil, il n'y a pas de cote d'évaluation globale. Une présentation de l'outil est disponible en Annexe D.

Tableau 4. – Évaluation du risque de biais des études de la méta-analyse

Références	1	2	3	4	5	6	7	8
Bundy et al. (1994)	Indéfini	Indéfini	Élevé	Indéfini	Indéfini	Indéfini	Bas	Indéfini
Gallacher et al. (1997)	Bas	Indéfini	Élevé	Indéfini	Indéfini	Indéfini	Bas	Indéfini
Lewin et al. (1995)	Indéfini	Indéfini	Élevé	Indéfini	Indéfini	Indéfini	Bas	Indéfini
Payne et al. (1994)	Bas	Indéfini	Élevé	Indéfini	Indéfini	Indéfini	Bas	Indéfini
Lewin et al. (2002)	Bas	Bas	Élevé	Bas	Bas	Bas	Indéfini	Bas
McGillion et al. (2008)	Bas	Bas	Élevé	Bas	Bas	Bas	Bas	Bas
Ma et Teng (2005)	Indéfini	Indéfini	Élevé	Indéfini	Bas	Indéfini	Bas	Indéfini
Zetta et al. (2011)	Bas	Bas	Élevé	Bas	Bas	Bas	Bas	Bas
Furze et al. (2012)	Bas	Bas	Élevé	Bas	Bas	Bas	Indéfini	Bas

NOTE. 1. Sélection : Génération de séquences aléatoires; 2. Sélection : Dissimulation de l'allocation; 3. Performance : Mise en place d'insu pour les participants; 4. Performance : Mise en place d'insu pour le personnel; 5. Détection : Mise en place d'insu pour les résultats d'évaluation; 6. Attrition : Données incomplètes des résultats; 7. Déclaration : Communication sélective des résultats; 8. Autres : Tout autre élément, idéalement préétabli.

Effets des interventions d'autogestion

Dans cette section, nous présentons les effets des interventions incluses dans la méta-analyse de McGillion et al. (2014) ainsi que des interventions identifiées par la revue rapide. Les effets des interventions sont présentés au Tableau 5 par ordre décroissant d'année de publication des études.

Tableau 5. – Effets des interventions

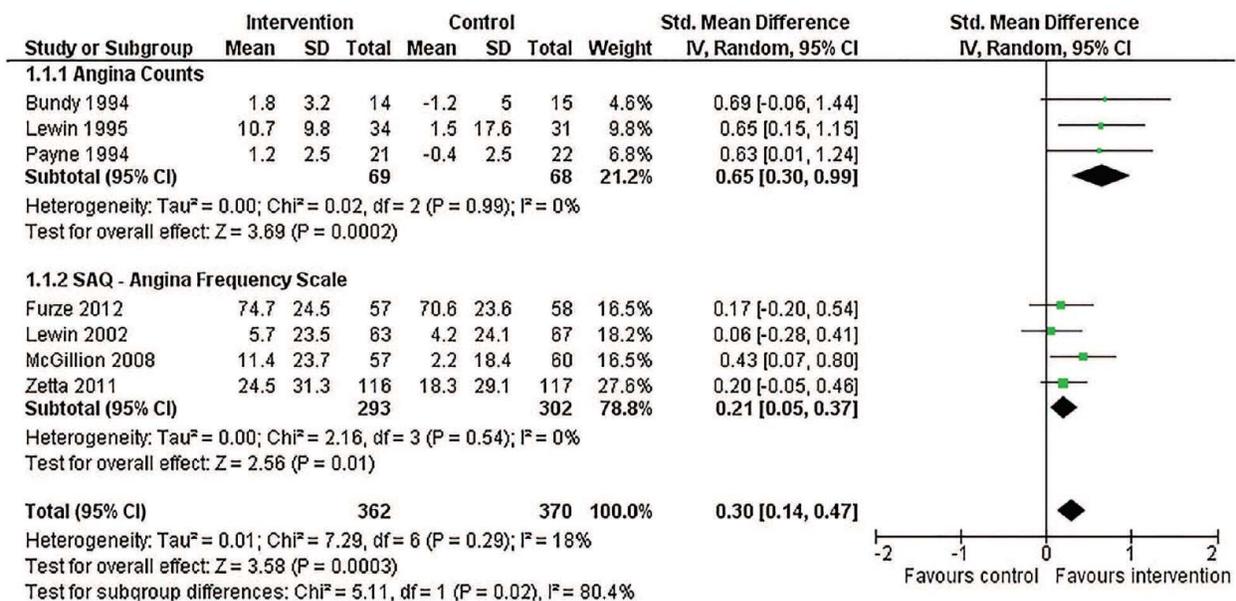
Interventions	Outils de mesure	Échantillon	Temps de mesure	Résultats
Kimble (2018)	Questionnaire d'angine de Seattle (Spertus et al., 1995); Sous-échelles d'anxiété du State-Trait Personality Inventory (Spielberger et al., 1979)	n=80; Âge moyen = 62; 62 % masculin; moyenne de 51 points (score possible 0-100) selon la sous-échelle de la fréquence d'angine du SAQ (Spertus et al., 1995)	Entre 3 et 6 mois post-intervention (T1)	Fréquence d'angine : pas de différence Limitations physiques : diminution pour les hommes, augmentation pour les femmes Anxiété : diminution pour les hommes, augmentation pour les femmes
Tylee et al. (2016)	Questionnaire modifié d'angine (Rose, 1962); Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (Zigmond et Snaith, 1983); Échelle d'auto-efficacité généralisé (Schwarzer et Jerusalem, 1995)	n=74; Âge moyen = 64; 64 % masculin	6 mois (T2) et 12 mois (T3) post-intervention	Fréquence d'angine : 37 % n'ont plus d'angine dans le groupe intervention vs 18 % dans le groupe contrôle à T2; 31 % n'ont plus d'angine dans le groupe intervention vs 19 % dans le groupe contrôle à T3
Moattari et al. (2014)	Questionnaire d'angine de Seattle (Spertus et al., 1995); Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (Zigmond et Snaith, 1983)	n=80; Âge moyen = 54; 86 % masculin	Immédiatement post-intervention	Fréquence d'angine : pas de différence Limitation physique : pas de différence Qualité de vie : amélioration Anxiété : diminution
Furze et al. (2012)	Journal d'angine; Questionnaire d'angine de Seattle (Spertus et al., 1995); York Angina Beliefs Questionnaire (Furze et al., 2003); Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (Zigmond et Snaith, 1983)	n=115; Âge moyen = 64; 53 % masculin	6 mois post-intervention	Fréquence d'angine : pas de différence Limitations physiques : pas de différence Idées fausses sur l'angine : diminution Anxiété : diminution Dépression : diminution

Zetta et al. (2011)	Questionnaire d'angine de Seattle (Spertus et al., 1995); York Angina Beliefs Questionnaire (Furze et al., 2003); Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (Zigmond et Snaith, 1983)	n=203; Âge moyen = 65 ans; 68 % masculin	6 mois post-intervention	Fréquence d'angine : pas de différence Limitations physiques : diminution Idées fausses sur angine : diminution Anxiété : pas de différence Dépression : pas de différence
Lewin et al. (2002)	Journal d'angine; Questionnaire d'angine de Seattle (Spertus et al., 1995); Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (Zigmond et Snaith, 1983)	n=130; Âge moyen = 67 ans; 59 % masculin	6 mois post-intervention	Fréquence d'angine : diminution (journal); pas de différence (QAS) : Limitations physiques : diminution Anxiété : diminution Dépression : diminution
McGillion et al. (2008)	Questionnaire d'angine de Seattle (Spertus et al., 1995); Medical Outcome Study Short-Form-36 (Ware et Sherbourne, 1992); Échelle d'auto-efficacité (Lorig et al., 1989);	n=117; Âge moyen = 68 ans; 79 % masculin; 78 % caucasien; Diagnostic d'AR depuis 7 ans en moyenne	3 mois post-intervention	Fréquence d'angine : diminution Fonction et santé physique : amélioration Sentiment d'auto-efficacité : amélioration
Gallacher et al. (1997)	Journal d'angine ; Profil de stress de Derogatis (1987)	n=337; 100 % masculin	6 mois post-intervention	Fréquence d'angine : diminution au repos Capacité de détente : amélioration
Lewin et al. (1995)	Journal d'angine ; Test de tolérance à l'effort sur un tapis roulant; Sickness Impact Profile (Bergner et al., 1981)	n=65; Âge moyen = 58; 77 % masculin; Diagnostic d'AR depuis 4 ans en moyenne	Post-intervention	Fréquence d'angine : diminution Tolérance à l'effort : amélioration Invalidité : amélioration
Payne et al. (1994)	Journal d'angine; Échelle de dépression du Centre des études épidémiologiques (Radloff, 1977); Sous-échelles d'anxiété et de la colère du State-Trait Personality Inventory (Spielberger et al., 1979)	n=43; Âge moyen = 58; 100 % masculin; Prise de NTG à courte action depuis 6 ans en moyenne	Post-intervention (T1) ; 1 mois (T2) et 6 mois (T3) post-intervention	Fréquence d'angine : diminution à T1 et T2 : effet plus marqué pour les participants avec faible niveau d'activité physique pré-intervention
Bundy et al. (1994)	Journal d'angine; Test de tolérance à l'effort sur bicyclette; Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (Zigmond et Snaith, 1983)	n= 29; Âge moyen = 54; 86 % masculin; Diagnostic d'AR depuis 18 mois en moyenne	2 mois (T2) et 4 mois (T3) post-intervention	Fréquence d'angine : pas de différence Tolérance à l'effort : amélioration significative à T2/ pas de différence à T3 Anxiété : pas de différence

Les interventions issues de la méta-analyse de McGillion et al. (2014) montre une diminution significative de la fréquence des symptômes d'angine, des limitations physiques et du sentiment de dépression avec les interventions d'autogestion.

Fréquence d'angine

La Figure 3 présente les différences moyennes standardisées (DMS) de l'effet des interventions d'autogestion de la méta-analyse sur la fréquence de l'angine en comparaison aux soins usuels à six mois post-intervention. Deux outils sont utilisés pour mesurer ce résultat, soit le journal d'angine et le questionnaire d'angine de Seattle (QAS; Spertus et al., 1995).



Reproduit avec la permission de McGillion et al. (2014)

Figure 3. – Méta-analyse des effets des interventions sur la fréquence de l'angine

Le journal d'angine est un instrument rapportant le nombre d'épisodes d'angine sur une période d'une semaine. Le participant peut y consigner quotidiennement ses épisodes ou rapporter rétrospectivement la fréquence typique des épisodes d'angine selon une échelle de Likert (0 : aucun; 5 : cinq épisodes d'angine ou plus par jour).

Le QAS est un questionnaire auto-administré qui rapporte l'effet de l'angine sur le fonctionnement physique et psychologique. Il possède des propriétés psychométriques bien

établies pour mesurer la qualité de vie liée à la santé (Arnold et al., 2014; Spertus et al., 1995). La dimension de la fréquence de l'angine comprend deux questions : 1) Au cours des quatre dernières semaines, en moyenne, combien de fois avez-vous ressenti une douleur thoracique, une oppression thoracique ou une angine? 2) Au cours des quatre dernières semaines, en moyenne, combien de fois avez-vous dû prendre de la nitroglycérine pour vos douleurs thoraciques, oppression thoracique ou angine? Les réponses sont évaluées de « Au moins quatre fois par jour » à « Aucune fois au cours des quatre dernières semaines ». Chaque dimension est notée séparément sur une échelle de 0 à 100, dont les scores élevés indiquent un meilleur fonctionnement physique. Les deux versions (anglaise et française) ont été validées dans de grands échantillons provenant d'études randomisées et contrôlées (Arnold et al., 2008; Kohn et al., 2014; Stone et al., 2006; Weintraub et al., 2008; Zhang et al., 2011). À l'aide des données recueillies dans le cadre de l'étude multicentrique randomisée et contrôlée TERISA, Arnold et al. (2014) ont démontré la validité du QAS comparativement au journal d'angine électronique quotidien et à la prise de nitroglycérine. Ces derniers ont obtenu des corrélations transversales et longitudinales significatives entre la dimension de la fréquence d'angine du QAS et le journal d'angine ainsi que la prise de nitroglycérine, et ce, indépendamment de l'âge, du sexe et de la région géographique.

L'*Angina Management Program* (Lewin et al., 1995), le *Pain Management* (Payne et al., 1994) et le *Cognitive-Behavioural Stress Management* (Bundy et al., 1994) montrent un effet combiné positif sur la diminution de la fréquence des symptômes d'angine mesurée à l'aide d'un journal d'angine. Le *Cognitive-Behavioural Stress Management* n'a pas montré d'effet significatif sur la fréquence de l'angine en faveur de l'intervention. Par conséquent, l'*Angina Management Program* et le *Pain Management* semblent supérieurs pour réduire la fréquence de l'angine mesurée par un journal d'angine. De plus, l'effet bénéfique du *Pain Management* semble plus marqué pour les participants avec un faible niveau d'activité physique avant le début de l'intervention. McGillion et al. (2014) n'a pas inclus les résultats de l'évaluation du *Stress Management Program* (Gallacher et al., 1997) dans ses effets combinés. Le *Stress Management Program* (Gallacher et al., 1997) a montré une diminution significative de la fréquence de l'angine au repos.

L'*Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Zetta et al., 2011) et le *Chronic Angina Self-Management* de McGillion et al. (2008) montrent un effet combiné positif sur la diminution de la fréquence des symptômes d'angine mesurée à l'aide de la sous-échelle de fréquence de l'angine du questionnaire d'angine de Seattle (QAS) (Spertus et al., 1995). Considérant les DMS rapportées dans chacune des études, on constate que seul le CASMP montre un effet significatif pour réduire les symptômes d'angine. De plus, l'intervention de McGillion et al. (2008) rapporte une différence de 11,4 points sur la sous-échelle du QAS en faveur du groupe d'intervention, comparativement à 2,2 pour le groupe contrôle. Ce résultat est important, puisqu'il est plus élevé que la différence minimale cliniquement significative (10 points) reconnue pour les sous-échelles du QAS (Spertus, Dewhurst, et al., 2002; Spertus, Jones, et al., 2002; Spertus et al., 1995).

Il est à noter que lorsque le QAS et un journal d'angine étaient utilisés pour mesurer la fréquence de l'angine dans une même étude, McGillion et al. (2014) a décidé de privilégier le QAS dans son calcul des effets combinés en raison de ses propriétés psychométriques bien établies. Bien que l'*Angina Plan* de Lewin et al. (2002) n'ait pas montré d'effet sur la fréquence de l'angine mesurée par le QAS, elle a néanmoins montré une diminution significative de la fréquence de l'angine mesurée par un journal d'angine six mois après l'intervention.

Pour ce qui est des études recensées dans la revue rapide, L'*Angina Self-Management* (Kimble, 2018) n'a pas montré de différence significative pour la fréquence de l'angine avec l'intervention. Quant aux résultats encourageants de Tylee et al. (2016), ils doivent être analysés avec précaution puisqu'il s'agit d'une étude pilote. En effet, le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) a montré que 37 % des patients n'ont plus d'angine dans le groupe intervention à six mois versus 18 % dans le groupe contrôle et que 31 % des patients n'ont plus d'angine dans le groupe intervention à 12 mois versus 19 % dans le groupe contrôle. De façon similaire aux études précédentes (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Zetta et al., 2011), l'*Angina Plan* de Moattari et al. (2014) ne montre pas d'effets significatifs sur la fréquence de l'angine mesurée par le QAS (Spertus et al., 1995).

Limitations physiques

La figure 4 présente les DMS de l'effet des interventions d'autogestion sur les limitations physiques en comparaison aux soins usuels. Les limitations physiques sont mesurées à l'aide de la sous-échelle des limitations physiques du QAS (Spertus et al., 1995).

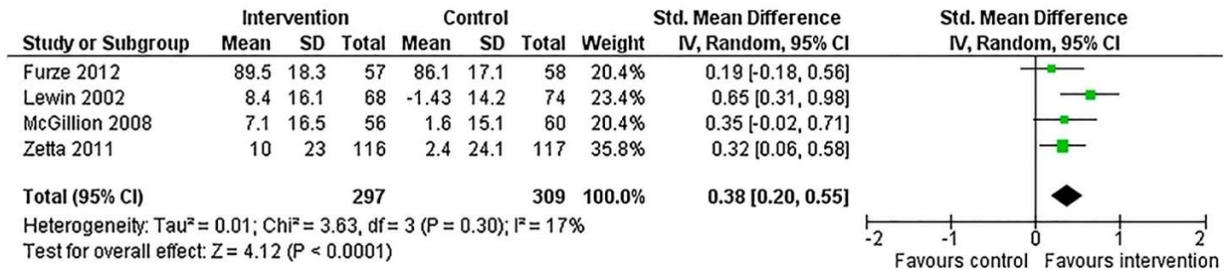


Figure 6 Comparison of SM versus usual care, outcome physical limitation (PL).

Reproduit avec la permission de McGillion et al. (2014)

Figure 4. – Méta-analyse des effets des interventions sur les limitations physiques

L'*Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Zetta et al., 2011) et le *Chronic Angina Self-Management* (McGillion et al., 2008) montrent un effet combiné positif sur les limitations physiques. Deux études sur l'*Angina Plan* (Lewin et al., 2002; Zetta et al., 2011) ont montré une diminution significative des limitations physiques tandis qu'une autre étude sur l'*Angina Plan* (Furze et al., 2012) et l'étude sur le *Chronic Angina Self-Management* (McGillion et al., 2008) n'ont pas montré d'effet significatif. Par contre, le *Chronic Angina Self-Management* a montré une amélioration significative de la fonction physique et de la santé physique mesurée par les sous-échelles respectives du questionnaire *Medical Outcome Study Short-Form-36 Health Survey* (SF-36) (Brazier et al., 1992).

Du côté des études de la revue rapide, l'*Angina Self-Management* (Kimble, 2018) a montré une diminution significative des limitations physiques chez les hommes. Paradoxalement, cette même intervention a montré une augmentation des limitations physiques chez les femmes. L'*Angina Plan* dans l'étude de Moattari et al. (2014) ne montre pas d'effet significatif sur les limitations physiques.

Sentiment de dépression

Nous avons constaté des erreurs dans la présentation des DMS de l'effet des interventions sur le sentiment de dépression en comparaison aux soins usuels dans la méta-analyse (McGillion et al., 2014) à la Figure 5. Il semble que ce dernier ait commis une erreur dans le calcul de la DMS de l'étude de Zetta et al. (2011) : $2,15 - 2,07 = 0,08$ et non $0,8$. Par conséquent, nous ne présentons pas les effets combinés, mais plutôt les résultats des études primaires.

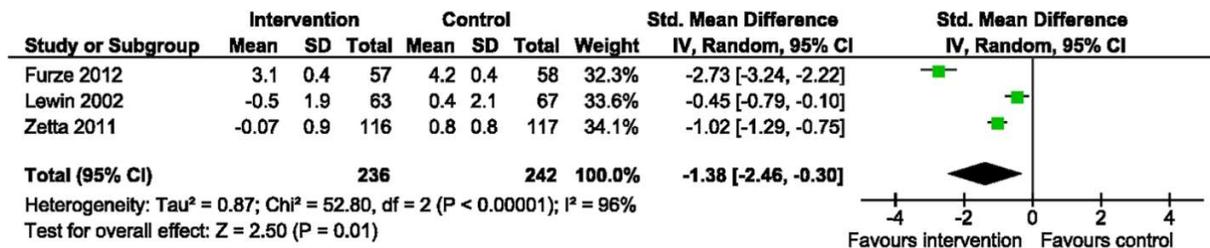


Figure 11 Comparison of SM versus usual care, outcome depression (HADS-D).

Reproduit avec la permission de McGillion et al. (2014)

Figure 5. – Méta-analyse des effets des interventions sur le sentiment de dépression

L'Angina Plan (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002) a montré une diminution du sentiment de dépression, alors que Zetta et al. (2011) n'a pas réussi à montrer de différence significative.

Sentiment d'anxiété

La figure 6 présente les DMS de l'effet des interventions d'autogestion sur le sentiment d'anxiété en comparaison aux soins usuels. Le sentiment d'anxiété a été mesuré par l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS) (Zigmond et Snaith, 1983).

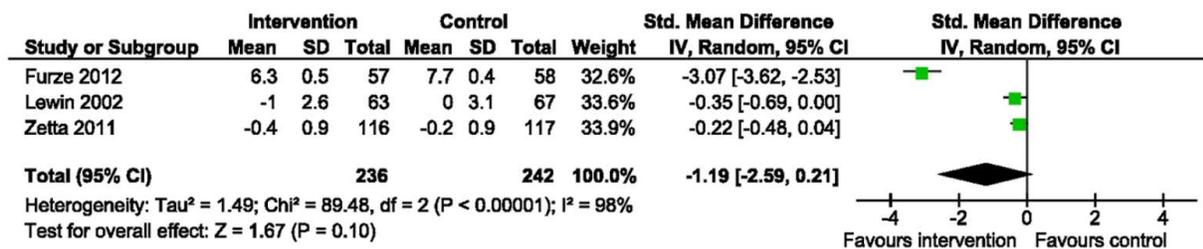


Figure 9 Comparison of SM versus usual care, outcome anxiety (HADS-A).

Reproduit avec la permission de McGillion et al. (2014)

Figure 6. – Méta-analyse des effets des interventions sur le sentiment d'anxiété

Furze et al. (2012) et Lewin et al. (2002) ont montré une réduction significative de l'anxiété avec l'*Angina Plan* alors que Zetta et al. (2011) n'a pas réussi à montrer de différence significative.

Pour ce qui est des interventions de la revue rapide, l'*Angina Plan* de Moattari et al. (2014) a montré une réduction significative de l'anxiété. L'*Angina Self-Management* (Kimble, 2018) a montré une réduction significative de l'anxiété chez les hommes. Paradoxalement, cette même intervention a montré une augmentation de l'anxiété chez les femmes.

En somme, les interventions de la méta-analyse de McGillion et al. (2014) et de la revue rapide présentent des effets variables sur la fréquence de l'angine, les limitations physiques, le sentiment de dépression et le sentiment d'anxiété. Pour ce qui est de notre résultat primaire, soit les symptômes d'angine, l'*Angina Management Program* (Lewin et al., 1995), le *Pain Management* (Payne et al., 1994), le *Chronic Angina Self-Management* (McGillion et al., 2008) et le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016) semblent supérieures pour diminuer la fréquence de l'angine. Malgré que le *Chronic Angina Self-Management* (McGillion et al., 2008) ne montre pas d'effet significatif sur les limitations physiques, cette intervention améliore significativement la fonction physique et la santé physique (Brazier et al., 1992). Cependant, cette intervention n'a pas été évaluée relativement à son effet sur le sentiment de dépression et d'anxiété. Puisqu'aucune intervention ne sort du lot pour son efficacité sur l'ensemble des résultats, il est nécessaire de discerner les thèmes et la structure optimale des interventions à la lumière de la base théorique et des savoirs expérientiels des patients.

Identification de la base théorique

Nous avons évalué des bases théoriques supportant le processus d'autogestion des symptômes, comme par exemple le *Self-Care Model* de Orem (1995) et le *Chronic Care Model* de Wagner et al. (1996). Notre choix s'est arrêté sur le *Self-Help Model* de Braden (1993) car celui-ci décrit le processus d'autogestion du point de vue de l'expérience du patient avec la maladie.

Le *Self-Help Model* de Braden (1993) (Figure 7) met en relation les déterminants de l'angine réfractaire et décrit le processus d'autogestion des symptômes en lien avec le sentiment d'auto-efficacité et le sentiment d'incertitude. Ce modèle décrit la réponse acquise d'autogestion face à

l'expérience de la maladie chronique à l'aide des déterminants suivants : sévérité de la maladie, capture d'information, dépendance, sentiment d'incertitude, compétences mobilisatrices, autogestion et qualité de vie. Ce modèle suggère que la perception de la sévérité de la maladie accroît le sentiment de dépendance et d'incertitude, qui ont pour effet d'amoinrir les compétences mobilisatrices, l'autogestion et la qualité de vie. De surcroît, il suppose l'existence d'une relation inversement proportionnelle et réciproque entre le sentiment d'incertitude et la qualité de vie. Braden (1990a) réfère au terme autogestion (*learned self-help*) proposé par Robinson (1982) qui se décline ainsi : « se concentrer sur un problème clair, compréhensible afin de le gérer, et par la suite se construire une nouvelle vie en tant que personne et ainsi gérer son destin » (traduction libre, p. 189).

Basé sur la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977), le développement du *Self-Help Model* a été réalisé à la suite de l'évaluation comparative des hypothèses de trois théories d'apprentissage, soit la théorie du *Learned Helplessness* de Seligman (1975), la théorie de la *Passive Response* de Baltes (1982) et la théorie du *Learned Self-Help* de (Rosenbaum, 1990). Contrairement aux deux autres théories, la théorie du *Learned Self-Help* de Rosenbaum (1990) reconnaît la résilience de la personne devant l'adversité en proposant que la personne puise dans ses ressources afin d'apprendre à gérer les revers pour mieux vivre avec la maladie chronique. Ainsi, la perception de la sévérité de la maladie est le stimulus de l'adaptation à la maladie chronique par l'apprentissage de compétences mobilisatrices telles que la résolution de problèmes et l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité.

Le concept d'auto-efficacité de Bandura (1977) se définit par la confiance d'un individu en ses habiletés et sa capacité à exécuter une tâche ou atteindre un comportement de santé avec succès, et ce indépendamment du contexte. Le niveau d'auto-efficacité pour l'adoption d'un comportement de santé spécifique dépend des connaissances et des compétences en lien avec ce comportement. De plus, le niveau d'auto-efficacité influence la confiance de la personne en ses capacités à mobiliser les ressources cognitives nécessaires afin d'accomplir la tâche avec succès (Bandura, 1982; Bandura, 1986; Bandura, 1991). À son tour, le sentiment d'auto-efficacité influence le niveau de motivation, l'humeur et les attitudes d'une personne quant à l'adoption d'un comportement de santé spécifique (Bandura, 1977, 1990; Strecher et al., 1986). De plus,

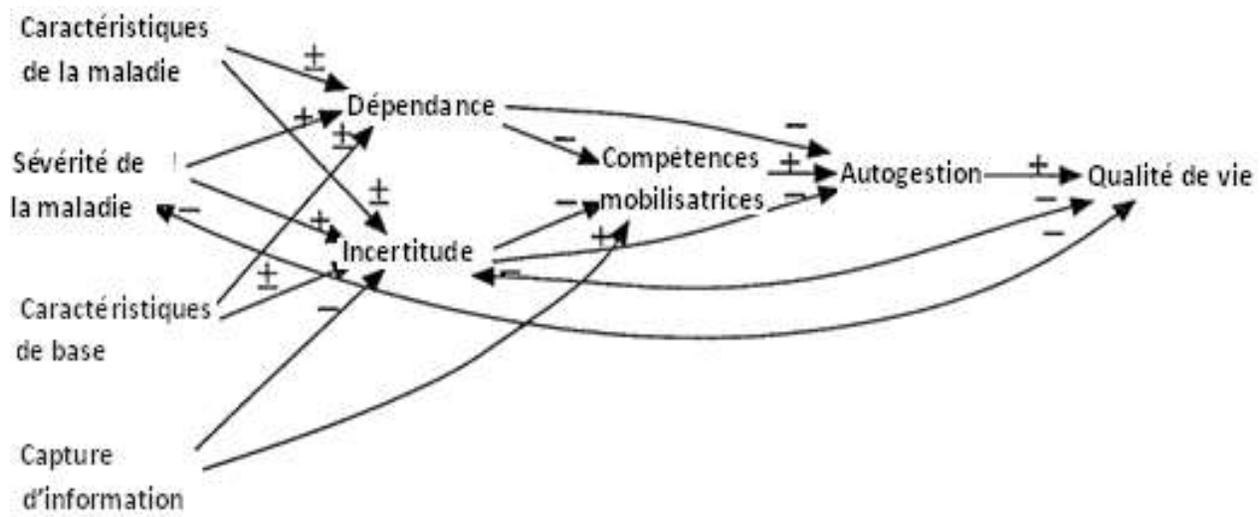
l'adoption d'un comportement de santé dépend de la valeur du résultat anticipée par l'individu (Bandura, 1977). Puisque ce sont des évaluations subjectives, ces perceptions peuvent être modulées à l'aide de quatre stratégies, soit la maîtrise active, le *modeling* (modèle de rôle), la persuasion verbale et la réinterprétation de l'état physiologique (Bandura, 1991). La maîtrise active réfère à l'accomplissement de petits objectifs dans le but de développer la compétence de la personne face à l'adversité (Bandura, 1991). Cette source d'auto-efficacité est la plus puissante puisqu'elle bâtit la compétence de la personne d'après des expériences de succès propre à l'individu. Le *modeling*, quant à lui, s'intéresse à l'évaluation de la capacité de la personne à effectuer une tâche en se comparant aux réussites d'individus semblables. Chez les patients souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique, l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité diminue les symptômes d'angine et les limitations physiques et améliore la qualité de vie (Allahverdipour et al., 2013). Cette relation est indépendante de la sévérité de la maladie coronarienne, des caractéristiques démographiques et des symptômes dépressifs (Sarkar et al., 2007). Selon la théorie cognitive et sociale de Bandura (1986), le sentiment d'auto-efficacité à exercer du contrôle sur des situations indésirables stressantes diminue l'impact négatif physiologique de ces situations sur le système nerveux autonome. Ainsi, plus un événement est prévisible et contrôlable, et moins grande sera l'activation d'hormones de stress (Bandura, 1991).

L'apprentissage des compétences mobilisatrices permet de contrer l'effet nuisible de l'incertitude et de la dépendance sur la capacité d'exercer des soins. Le modèle de Braden (1993) souscrit à la conceptualisation de l'incertitude de Mishel (1990). Ainsi, l'objectif visé est le développement d'un nouveau système de valeurs acceptant l'incertitude comme le rythme naturel de la vie. Par conséquent, la gestion de l'incertitude se fait par son intégration et sa réorganisation dans la vie de la personne pour devenir une opportunité d'apprentissage et de croissance. Cette nouvelle perspective favorise une pensée probabiliste qui permet de considérer plusieurs alternatives, choix et possibilités, de réévaluer ce qui est important dans la vie, de focaliser sur l'essentiel, et d'apprécier l'impermanence et la fragilité de la vie. De plus, Mishel (1993) propose d'autres stratégies pour mieux vivre avec l'incertitude dans la maladie chronique : 1) prendre une part active aux décisions relatives aux soins de santé; 2) contrôler l'impact émotionnel négatif de la situation en la minimisant, l'évitant ou la niant; 3) définir les attentes d'une situation en fonction

des résultats probables; 4) recadrer positivement les situations et trouver des bénéfices aux situations négatives; 5) différencier les circonstances contrôlables de celles non contrôlables; 6) élaborer des rituels et y recourir.

Le modèle de Braden (1993) a été testé auprès des populations vivant des expériences de maladie chronique similaire à l'angine réfractaire comme que l'arthrite rhumatoïde, le lupus érythémateux systémique et la douleur chronique (Braden, 1990b; Chuang et al., 2010; LeFort, 2000). Se basant sur le modèle d'autogestion de Braden (1993), LeFort (2000) et Braden (1991) ont évalué l'efficacité d'une intervention cognitive et comportementale visant à promouvoir les compétences mobilisatrices comme le sentiment d'auto-efficacité afin d'améliorer la qualité de vie. Diverses stratégies sont enseignées telles que la résolution de problèmes, la relaxation, et la maîtrise active. Ces études soutiennent les propositions du *Self-Help Model* quant à l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité et de la qualité de vie avec l'intervention. De plus, on observe une réduction de sentiment d'incertitude et de dépendance avec l'intervention.

En décrivant les relations entre les déterminants de l'autogestion, le *Self-Help Model* offre une base solide pour guider le développement d'interventions infirmières ayant pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant d'angine réfractaire par l'amélioration des compétences mobilisatrices. Par conséquent, l'apprentissage de compétences mobilisatrices comme le sentiment d'auto-efficacité augmente la capacité d'autogestion pour s'adapter à une maladie chronique. Ainsi, ce modèle servira à identifier les thèmes à inclure dans l'intervention pour gérer le sentiment de dépendance et d'incertitude et améliorer le sentiment d'auto-efficacité. Il servira aussi de base pour expliquer les effets attendus des différentes composantes des interventions.



Traduit de Braden (1993)

Figure 7. – Modèle d'autogestion (Self-help model)

Modélisation de l'intervention

Comme stipulé par Dobbins (2017), il est primordial d'évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes disponibles au contexte local. À cet effet, nous avons consulté deux facilitateurs des programmes *Chronic Disease Self-Management* et *Chronic Pain Self-Management* (LeFort et al., 1998; Lorig et al., 1999). Par la suite, nous avons collaboré avec des patients-partenaires souffrant d'angine réfractaire afin d'identifier les thèmes prioritaires, les composantes et la structure optimale.

Lors d'une rencontre de deux heures, les deux facilitateurs expérimentés des programmes *Chronic Disease Self-Management* et *Chronic Pain Self-Management* ont exprimés leurs opinions sur les programmes standardisés d'autogestion des maladies chroniques (LeFort et al., 1998; Lorig et al., 1999). Ces facilitateurs sont eux-mêmes affligés d'une maladie chronique. Ils ont conjointement identifié les thèmes qu'ils jugeaient essentiels pour l'autogestion des maladies chroniques comme l'angine réfractaire : faire un plan d'action, rétroaction avec les pairs, résolution de problèmes et techniques de relaxation. Les facilitateurs expliquent cette sélection par le fait que les trois premiers thèmes encouragent les échanges et l'apprentissage mutuel entre les participants. Ainsi, la dynamique de groupe favorise la modulation à la hausse du

sentiment d'auto-efficacité pour effectuer un changement de comportement de santé chez les participants. De plus, les facilitateurs ont fait part des bénéfices des techniques de relaxation sur la santé psychologique des participants. De surcroît, ils ont soulevé les limites du format standardisé du programme à ce qui a trait au manque de temps pour permettre aux participants de poser des questions afin de valider leur compréhension.

Deux patients-partenaires ont participé au développement de l'intervention, soit une femme et un homme. Madame est âgée de 51 ans et souffre d'angine réfractaire depuis 2008. Au moment de notre entretien, elle présentait une classe fonctionnelle d'angine de 2 (Campeau, 1976). Cette patiente travaille quatre jours par semaine. Dans les cinq dernières années, elle a été en arrêt de travail pendant trois mois ou plus en raison de ses crises d'angine, et ce, à plusieurs reprises. Monsieur est âgé de 70 ans et souffre d'angine réfractaire depuis 1985. Il présentait une classe fonctionnelle d'angine de 4 lors de notre entretien (Campeau, 1976). Il est à la retraite.

Les patients ont préféré s'entretenir individuellement avec l'étudiante, plutôt que de discuter et d'échanger ensemble. Lors de deux rencontres individuelles d'environ une heure, chaque patient a exprimé ses besoins relatifs à l'autogestion, les thèmes qu'il ou elle juge prioritaires, ainsi que la structure optimale de l'intervention. Les conjoints des patients étaient présents lors des discussions avec l'étudiante. Puisqu'il n'y a pas eu de délibération et de consensus entre les patients, nous présenterons une synthèse de leurs besoins d'après les thèmes prioritaires communs et la structure optimale de l'intervention.

Besoins d'apprentissage

Les patients-partenaires ont fait part des besoins d'apprentissage relatif à l'autogestion pour la population souffrant d'angine réfractaire. Pour ce faire, l'étudiante a d'abord énoncé les rôles et responsabilités des patients-partenaires de même que l'objectif des rencontres. Par la suite, elle a exposé la base théorique et a expliqué comment celle-ci peut supporter un changement de comportement de santé. Ensuite, l'étudiante a présenté une synthèse de la grille d'extraction et a contextualisé chaque thème en fournissant des exemples communs de la vie avec la maladie. L'étudiante a également expliqué les caractéristiques des interventions comme le matériel et la structure des différentes interventions. Subséquemment, les patients ont été invités à

commenter chaque thème dans leurs propres mots. Tout au long des discussions, l'étudiante a validé la compréhension des patients ainsi que sa propre compréhension de leurs savoirs expérientiels, opinions et suggestions. Pour soutenir l'apprentissage des patients et leurs prises de décisions, l'étudiante leur a fourni de la documentation disponible en Annexe E.

Ainsi, ils ont exprimé le besoin de comprendre ce qu'est l'angine réfractaire, de clarifier les idées fausses et d'apprendre à différencier les douleurs d'angine chronique d'une crise cardiaque. Selon les patients, la surveillance de la fréquence, de la durée et de la sévérité de l'angine permettrait d'identifier le modèle typique de l'angine chronique, ce qui en retour contribue à discerner une crise d'angine d'une crise cardiaque.

Comme mentionné lors des rencontres, les patients désirent apprendre à gérer le stress par des techniques de relaxation, bien qu'ils n'apprécient pas le yoga puisque les différentes postures complexes ont pour effet d'augmenter leur niveau de stress et générer de l'angine. Ils préfèrent des exercices de respiration ou de méditation guidée sous le thème de la nature, comme la forêt ou l'océan. Les patients estiment que la conservation de l'énergie et la gestion de la fatigue et du sommeil sont essentielles pour favoriser une vie active malgré les limitations physiques de la maladie. Dans la même veine, les patients misent sur la mise en forme et l'utilisation de la nitroglycérine à courte action pour favoriser l'exercice physique. En outre, ils veulent améliorer la communication avec leurs proches. Par exemple, ils aimeraient exprimer leurs limitations physiques à leur conjoint sans créer de frustration au sein du couple. Les thèmes concernant l'alimentation et la communication avec les professionnels de la santé relativement à la douleur cardiaque ne sont pas essentiels à un programme d'autogestion selon eux. Par ailleurs, les patients ont mentionné de pas vouloir se faire infantiliser dans la gestion de leur maladie.

Les patients ont également exprimé le besoin d'avoir un support visuel pour faciliter l'apprentissage des techniques d'autogestion. Ainsi, ils désirent avoir un guide d'information avec des devoirs à la maison pour pratiquer les exercices de relaxation et les stratégies d'autogestion. Ils suggèrent un programme de relaxation sur CD pour guider la pratique des techniques de relaxation.

Structure optimale

Par ses connaissances de l'angine réfractaire et ses habiletés relationnelles, l'infirmière est l'intervenante de choix selon les patients pour offrir l'intervention. Néanmoins, ils considèrent qu'elle devrait être épaulée par un kinésologue pour le programme d'exercice et par un psychologue pour les situations sensibles.

L'étudiante a exposé les différents moyens de personnalisation de l'intervention comme la possibilité d'une rencontre pour évaluer les facteurs de risques individuels et les idées fausses. Les patients ont été sondés sur le niveau de personnalisation des interventions qu'ils jugent idéal. Ils s'accordent pour dire qu'ils souhaitent un degré élevé de personnalisation de l'intervention.

De plus, les patients voient d'un bon œil le soutien des pairs pour promouvoir l'apprentissage entre les séances. Par exemple, ils aimeraient pouvoir discuter par téléphone entre les séances avec un patient vivant des expériences similaires avec la maladie. À cet égard, les patients auraient apprécié recevoir l'accompagnement et le soutien d'un patient vivant avec l'angine réfractaire depuis plusieurs années lors de l'annonce de leur diagnostic. Selon eux, cette rencontre permettrait de normaliser leurs émotions, répondre à leurs questionnements et d'entrevoir la possibilité d'une vie gratifiante, et ce malgré les limites imposées par l'angine réfractaire.

Les deux patients-partenaires avaient des obligations différentes en lien avec le fait qu'ils soient sur le marché du travail ou à la retraite. Dès lors, Madame privilégie une seule rencontre en personne avec des appels téléphoniques de soutien pour les patients sur le marché du travail. Puisque la majorité des patients souffrant d'angine réfractaire sont en arrêt de travail ou à la retraite, il serait opportun de privilégier des modalités d'interventions répondant aux besoins du plus grand nombre, tout en respectant les enjeux de chacun. Une combinaison de sessions de groupe et d'appels téléphoniques de soutien permettrait de diminuer le nombre de déplacements requis et la fatigue engendrée, sans toutefois limiter l'apprentissage mutuel entre les participants. Ainsi, les patients suggèrent trois séances de groupe d'une durée de deux heures aux deux semaines, entrecoupé d'appels téléphoniques entre les séances et de deux appels téléphoniques aux deux semaines après la dernière session de groupe. Les patients conviennent

qu'un maximum de six participants par groupe permet à chacun de s'exprimer tout en favorisant les discussions.

Proposition d'intervention

Nous avons développé une intervention d'autogestion des symptômes en collaboration avec deux patients-partenaires. À l'aide d'une synthèse de la base théorique et de la grille d'extraction, nous avons évalué ensemble les caractéristiques des interventions de la revue rapide pour identifier les composantes et la structure optimale pour répondre aux besoins des patients souffrant d'angine réfractaire.

L'intervention proposée d'autogestion des symptômes d'angine se nomme PARTenaire : Programme d'autogestion de l'Angine Réfractaire avec appels Téléphoniques de soutien. L'intervention, répartie sur une période de sept semaines, est administrée en trois séances de groupe de deux heures et comprend quatre appels téléphoniques de soutien. Le premier appel durera trente minutes et les subséquents seront de quinze minutes chacun. Pour répondre aux besoins et aux priorités des patients relativement aux sujets qu'ils souhaitaient aborder dans un programme d'autogestion des symptômes d'angine, nous avons retenu 20 thèmes dans le cadre de l'intervention. Les caractéristiques de l'intervention PARTenaire sont détaillées au Tableau 6 sous la forme d'une grille TIDieR (Hoffmann et al., 2014). La séquence des thèmes de l'intervention PARTenaire est présentée au tableau 7. Cette séquence des thèmes est justifiée par une progression logique des savoirs, allant de connaissances générales vers celles plus spécifiques.

Tableau 6. – Caractéristiques de l'intervention PARTenaire

Caractéristiques	Intervention proposée
Base théorique	Self-Help Model de Braden (1993)
Population	Ambulatoire; CCS 1-4; Diagnostic d'AR ≥ 6 mois; Pas d'infarctus dans les derniers 6 mois
Matériel fourni aux participants	Guide d'information; programme de relaxation sur CD; devoirs à la maison pour pratiquer les exercices de relaxation et les stratégies d'autogestion
Activités	Information, discussions et pratiques de stratégies pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité, la gestion de la douleur et une nouvelle perspective de vie avec l'angine réfractaire
Intervenants	Infirmière, épaulée par kinésiologue et psychologue
Mode et lieu d'administration	Rencontre en groupe de 6 participants maximum à l'hôpital, suivie d'appels téléphoniques
Nombre, durée et horaire des séances	Trois sessions de 2 heures aux 2 semaines 4 appels de 15 minutes; 2 appels entre les séances et un appel aux 2 semaines à la fin des séances
Degré de personnalisation	Élevé : Appels téléphoniques de soutien pour évaluer les facteurs de risque individuels et soutenir l'accomplissement des plans d'action et l'apprentissage des compétences d'autogestion
Soutien des pairs	Oui : Échange par téléphone entre les séances en présentiel avec un « compagnon » du programme afin de s'entraider et trouver des solutions à leurs problèmes respectifs

Adapté de Hoffmann et al. (2014)

Tableau 7. – Séquence des thèmes de l'intervention PARTenaire

	Semaines						
	1	2	3	4	5	6	7
Séances de groupe	X		X		X		
Appels téléphoniques de soutien		X		X		X	X
Vue d'ensemble de l'angine chronique et de la prévention secondaire	X						
Vue d'ensemble de l'autogestion et du rôle de la cognition dans la gestion de la douleur	X						
Différencier douleurs d'angine chronique et crise cardiaque	X						
Idées fausses sur l'angine	X						
Surveillance de la fréquence, durée et sévérité de l'angine pour identifier le modèle typique de l'angine chronique	X						
Techniques de relaxation	X				X		
Plan d'action	X		X		X	X	X
Évaluation des facteurs de risques spécifique		X					
Rétroaction		X	X	X	X	X	X
Résolution de problèmes		X	X	X	X	X	X
Améliorer la respiration			X				
Conservation de l'énergie (<i> pacing </i>)			X				
Gestion de la fatigue et du sommeil			X				
Rester actif/mise en forme			X				
Programme de marche à domicile			X				
Utilisation de la NTG à courte action			X				
Comprendre le lien entre pensées, émotions et comportements					X		
Reconnaître et gérer pensées, émotions et attitudes négatives					X		
Douleur cardiaque et dépression					X		
Communication avec les proches					X		
Évaluation de traitements nouveaux / alternatifs					X		

Chapitre 4 – Discussion

Le but de ce travail dirigé était de développer une intervention d'autogestion des symptômes d'angine à l'aide de données probantes, d'une base théorique et des savoirs expérientiels de patients-partenaires. Le développement de l'intervention PARTenaire a été effectué selon le cadre de référence du Medical Research Council (2019), lequel nous a guidé dans l'identification des données probantes, l'identification et le développement de la base théorique et la modélisation du processus et des résultats de l'intervention. L'identification des données probantes a été entreprise d'après la méthode de revue rapide de Dobbins (2017). Cette méthode permet de cerner efficacement les meilleures données probantes sans pour autant créer des biais ou affecter la qualité méthodologique de la revue (Khangura et al., 2012; Tricco et al., 2015). Par ailleurs, la stratégie de recherche a été documentée afin de souligner l'aspect exhaustif et reproductible de la recherche (Dobbins, 2017). De plus, une évaluation rigoureuse des risques de biais des études a été effectuée à l'aide de l'outil d'évaluation de la qualité méthodologique des données probantes du groupe de Collaboration Cochrane de Sterne et al. (2019). Par conséquent, nous estimons que notre démarche rigoureuse, guidée par le Medical Research Council (2019) et la méthode de revue rapide de Dobbins (2017), a permis d'obtenir des résultats de grande qualité.

Il s'agit, à notre connaissance, du premier travail dirigé à avoir misé sur la collaboration avec des patients-partenaires dans le but de développer une intervention d'autogestion des symptômes d'angine. De plus, cette implication des patients-partenaires respecte les recommandations du Medical Research Council (2019) quant à la modélisation du processus et des résultats. Nous avons également consulté deux facilitateurs expérimentés des programmes *Chronic Disease Self-Management* et *Chronic Pain Self-Management* (LeFort et al., 1998; Lorig et al., 1999) afin d'enrichir les sources de savoirs pour le développement de l'intervention PARTenaire. En engageant des patients via des méthodes de consultation et de participation, le développement de l'intervention a été fait selon les bonnes pratiques de l'approche patient-partenaire du Modèle de Montréal (Pomey et al., 2015) pour l'amélioration des soins de santé (Abelson et al., 2003; Boivin et al., 2011).

Une autre force de ce travail dirigé est la base théorique solide du *Self-Help Model* qui met en relation les déterminants de l'angine réfractaire en lien avec le processus d'autogestion et guide l'identification des thèmes à inclure. En somme, le choix des thèmes, des intervenants et de la structure de l'intervention PARTenaire s'appuie sur la complémentarité des savoirs scientifiques, professionnels et expérientiels.

En comparaison avec les autres interventions d'autogestion des symptômes, l'intervention PARTenaire se démarque par sa combinaison de séances de groupe et d'appels téléphoniques de soutien. L'intervention proposée nécessite peu de déplacements pour les participants et possède un haut niveau de personnalisation selon les besoins et préférences de ces derniers. En outre, l'étalement des séances de groupe dans le temps amoindrit la charge de travail des professionnels de la santé. De plus, l'intervention a le potentiel d'être moins coûteuse en raison de la diminution des séances en présentiel.

Ce chapitre se poursuit par une discussion des choix relatifs aux thèmes, aux intervenants et à la structure de l'intervention proposée d'autogestion des symptômes d'angine. De plus, ce chapitre présentera les limites du travail dirigé, ainsi que les prochaines étapes à effectuer afin d'évaluer la mise en œuvre de l'intervention PARTenaire.

Thèmes

Les 20 thèmes abordés dans l'intervention PARTenaire ont été choisis à la lumière des données probantes, de la base théorique et des savoirs expérientiels des patients-partenaires.

Données probantes

La revue rapide de la littérature (Dobbins, 2017) visait à identifier les meilleures données probantes disponibles pour répondre à la question de recherche : « Quelles sont les composantes et la structure des interventions d'autogestion pour améliorer les symptômes d'angine et la qualité de vie des patients souffrant d'angine réfractaire? »

Sur le plan de l'efficacité, il est difficile, voire impossible, d'isoler l'effet d'un thème parmi l'ensemble des caractéristiques d'une intervention sur la fréquence de l'angine ou la qualité de vie. Néanmoins, nous pouvons dégager des tendances en lien avec les thèmes présents dans les

interventions qui ont montré des effets sur la fréquence de l'angine, comme l'*Angina Management Program* (Lewin et al., 1995), le *Pain Management* (Payne et al., 1994), le *Stress Management Program* (Gallacher et al., 1997), le *Chronic Angina Self-Management* (McGillion et al., 2008) et le *Nurse-Personalised Care* (Tylee et al., 2016). Les résultats de la revue rapide et de la méta-analyse indiquent que les thèmes « plan d'action », « rétroaction », « techniques de relaxation », « reconnaître et gérer les pensées, émotions et comportements » et « conservation de l'énergie » sont souvent présents dans ces interventions. Les cinq thèmes présents dans les interventions efficaces selon la méta-analyse sont donc compris dans l'intervention PARTenaire.

Sur le plan de la fréquence, les huit thèmes les plus fréquents des interventions d'autogestion dans la méta-analyse et la revue rapide sont: 1) vue d'ensemble de l'angine chronique et de la prévention secondaire, 2) plan d'action, 3) rétroaction, 4) résolution de problèmes, 5) techniques de relaxation, 6) reconnaître et gérer pensées, émotions et attitudes négatives, 7) rester actif ou mise en forme et 8) conservation de l'énergie. En plus des thèmes des interventions efficaces, les huit thèmes les plus fréquents des interventions existantes sont compris dans l'intervention PARTenaire.

Base théorique

L'identification de la base théorique aspirait à décrire le processus d'autogestion afin d'identifier les thèmes les plus susceptibles de moduler les déterminants de l'angine réfractaire. S'appuyant sur le *Self-Help Model* de Braden (1993), l'intervention mise sur l'apprentissage de compétences pour permettre au patient de prendre le contrôle de sa santé et des décisions qui s'y rattachent. Les objectifs sont une diminution du sentiment d'incertitude, l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité et l'apprentissage de compétences d'autogestion des symptômes afin de diminuer la fréquence de l'angine et d'améliorer la qualité de vie. Les thèmes abordés dans l'intervention PARTenaire ont pour dessein d'améliorer un ou plusieurs de ces objectifs.

Le sentiment d'incertitude peut exacerber l'intensité des stimuli douloureux par l'activation des zones du cerveau associées à la réponse affective, à l'attention et à l'anticipation de la douleur (Johnson Wright et al., 2009). Sachant que les patients ressentent un manque de connaissances au sujet du diagnostic et de l'évolution de la maladie qui exacerbe le sentiment d'incertitude, il

est primordial de leur fournir ces informations (MacDermott, 2002; McGillion et al., 2004; Nelson et al., 2013). Dans l'intervention PARTenaire, de l'information sur l'angine réfractaire est donnée par le biais du thème « vue d'ensemble de l'angine chronique et de la prévention secondaire ». La clarification des idées fausses entretenues par les patients voulant que l'angine soit une mini crise cardiaque ou que l'exercice soit dangereux pour la santé permet également de diminuer le sentiment d'incertitude (MacDermott, 2002; McGillion et al., 2007; Sullivan et al., 2008).

La formulation des thèmes prend en compte l'omniprésence de l'incertitude et l'acceptation de celle-ci comme le rythme naturel de l'expérience de vie avec l'angine réfractaire (Mishel, 1990). L'incertitude génère de l'anxiété en fonction de l'évaluation subjective de la personne à y faire face (Bandura, 1977, 1982). Ainsi, les thèmes ayant pour but d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité pourront contribuer à diminuer également le sentiment d'incertitude.

Des stratégies qui servent à augmenter le sentiment d'auto-efficacité des patients sont au cœur de l'intervention PARTenaire. À titre d'exemple, la maîtrise active, la modélisation de rôles et la persuasion verbale sont centraux dans les thèmes « plan d'action », « rétroaction » ainsi que les appels téléphoniques de soutien (Bandura, 1977; Marks et Allegrante, 2005). En influençant le niveau de motivation, l'humeur et les attitudes, la perception du sentiment d'auto-efficacité favorise l'apprentissage des compétences d'autogestion des symptômes (Gatt et Sammut, 2008; Schnell-Hoehn et al., 2009).

L'état psychologique des patients influence positivement l'adoption de comportements d'autogestion (Schnell-Hoehn et al., 2009). Ainsi, le thème « douleur cardiaque et dépression », parce qu'il favorise un état psychologique sain, contribue à soutenir l'apprentissage de ces compétences. L'intervention proposée soutient l'apprentissage de diverses compétences d'autogestion par le biais des thèmes « techniques de relaxation », « gestion de la fatigue et du sommeil » et « conservation de l'énergie ». Ainsi, l'intervention PARTenaire favorise l'acceptation d'une nouvelle perspective de vie malgré les limitations physiques associées à l'angine réfractaire (Audulv, 2013).

Modélisation avec les patients partenaires

La modélisation avec les patients-partenaires visait à identifier les composantes et la structure optimale pour répondre aux besoins des patients souffrant d'angine réfractaire. Pour ce faire, l'étudiante a collaboré avec deux patients-partenaires afin de choisir parmi les thèmes identifiés par la revue rapide des écrits ceux présentant le plus de bénéfices pour les patients. L'étudiante désirait réunir les deux patients-partenaires pour discuter et délibérer en triade. Cependant, ces derniers ne se sentaient pas à l'aise de discuter et d'exprimer leurs besoins avec un autre patient, malgré le fait qu'ils estiment que cela leur serait bénéfique et aiderait à briser leur isolement.

Les thèmes choisis par les patients-partenaires sont en accord avec les résultats de deux études qualitatives rapportant les besoins des patients d'apprendre à interpréter les douleurs d'angine et de gérer les douleurs au quotidien (McGillion et al., 2007; McGillion et al., 2004). Ainsi, les thèmes « différencier douleurs d'angine chronique et crise cardiaque », « idées fausses sur l'angine » et « surveillance de la fréquence, durée et sévérité de l'angine pour identifier le modèle typique de l'angine chronique » répondent aux besoins d'apprentissage des patients. Les thèmes « évaluation des facteurs de risques spécifique », « améliorer la respiration », « programme de marche à domicile », « utilisation de la NTG à courte action », « comprendre le lien entre pensées, émotions et comportements », « communication avec les proches » et « évaluation de traitements nouveaux / alternatifs » ont également été choisis par les patients-partenaires. Un seul thème n'a pas été choisi par les patients-partenaires : « vue d'ensemble de l'autogestion et du rôle de la cognition ». Ce thème est pourtant primordial, car il souligne le rôle de la cognition dans la modulation de l'intensité des douleurs par les techniques de relaxation ou la distraction. La douleur chronique est une expérience subjective alliant des mécanismes affectifs et cognitifs (Simons et al., 2014). Par conséquent, l'expérience de la douleur est augmentée par les émotions négatives comme la frustration et la tristesse ainsi que par le sentiment d'impuissance face à la maladie (Allaz et Cedraschi, 2015; Yoshino et al., 2015). Inversement, les techniques de relaxation, la gestion des émotions négatives et la maîtrise active sont associées à une diminution de l'intensité de la douleur (Yoshino et al., 2019).

Tel que mentionné par les patients-partenaires, le thème de la nature favorise un état de relaxation. Le patient-partenaire a mentionné qu'il ne ressent pas de douleurs d'angine lorsqu'il

marche en forêt, et ce, malgré une inclinaison prononcée du terrain. Pourtant, ce patient souffre d'une classe fonctionnelle d'angine de 4 (Campeau, 1976) et ressent habituellement des douleurs au moindre effort. De plus, nous pouvons supposer qu'un processus de distraction est à l'œuvre alors que l'attention du patient est accaparée à s'adapter aux embûches du terrain. D'après une revue de la littérature, l'augmentation de la demande cognitive pour répondre à un stimulus visuel comme repérer et éviter les racines d'arbres lors d'une marche en forêt a le potentiel de diminuer l'intensité de la douleur et d'augmenter le seuil et la tolérance à la douleur (Bascour-Sandoval et al., 2019). Dans la même veine, le CASMP de McGillion et al. (2008) comprend un exercice pratique qui met en évidence le pouvoir de la cognition. Les patients s'imaginent croquer dans un quartier de citron et cela provoque une poussée de salivation. Cet exercice initie au pouvoir de la cognition dans la gestion de la douleur et comment celui-ci peut être utilisé à l'avantage des patients. Ainsi, le thème « vue d'ensemble de l'autogestion et le rôle de la cognition » introduit l'autogestion et fait le lien avec différents thèmes du programme, dont les techniques de relaxation, la gestion des pensées, des émotions et des attitudes négatives ainsi que la réalisation de plan d'action.

Lors des discussions avec les patients-partenaires, nous n'avons pas constaté de différences notables entre l'homme et la femme quant aux besoins d'autogestion, et ce, malgré des profils sociodémographiques hétérogènes. Les patients estiment que la surveillance de la fréquence, la durée et la sévérité des douleurs afin de discerner le modèle typique d'angine est un élément phare de l'autogestion. En outre, ils n'entrevoient pas d'avantages à l'auto-évaluation des restrictions physiques en lien avec l'angine. Contrairement aux résultats obtenus avec l'*Angina Self-Management* (Kimble, 2018), nous n'avons pas observé d'indications pouvant expliquer une différence dans la perception des limitations physiques et le sentiment d'anxiété chez les femmes. Il serait intéressant de constater si l'on remarque des différences entre les sexes avec un plus grand échantillon paritaire de patients-partenaires.

Afin de répondre aux besoins des patients-partenaires, un programme de marche pour les patients souffrant d'angine réfractaire alliant étirements et exercices de flexibilité est inclus dans l'intervention PARTenaire. En plus d'encourager la reprise d'une vie active malgré les limitations physiques engendrées par maladie, un programme de marche est économique, accessible à tous

et ne requiert pas d'équipement. À cet égard, nous proposons de travailler en collaboration avec un kinésologue afin d'élaborer un programme de marche graduel qui culminera pour atteindre un total de 30 minutes d'exercices d'aérobie d'intensité faible à modérée par jour conformément aux lignes directrices en vigueur (Fihn et al., 2012). Au préalable, les participants procéderont à un tapis roulant sous supervision médicale pour guider la prescription d'exercices à faire à la maison et pour déceler les arythmies pathologiques (Fihn et al., 2012). Lors des séances de marche, les participants utiliseront l'échelle de Borg (1982) afin d'évaluer leurs perceptions à l'effort d'après leur niveau d'essoufflement, et ce, afin d'assurer leur sécurité.

L'activité physique chez les patients souffrant de maladie coronarienne est associée à une diminution significative de la mortalité cardiaque (Anderson et al., 2016). Inversement, l'inactivité physique est associée à une augmentation du risque de mort subite chez les patients présentant une classe fonctionnelle d'angine de 2 ou plus (Campeau, 1976; Tulppo et al., 2020). Considérant le risque accru de mort subite associé à un niveau d'activité physique élevé chez cette clientèle, une attention particulière sera portée afin d'éviter le surentraînement quantifié par plus de 30 minutes d'exercices d'intensité modérée à élevée par session (Tulppo et al., 2020). L'administration de la nitroglycérine à courte action en prophylaxie avant l'exercice physique sera expliquée aux participants de l'étude et encouragée afin de permettre à ces derniers d'accomplir leur programme de marche et d'atteindre leur seuil aérobie (Fihn et al., 2012). Les effets secondaires possibles de l'utilisation de la nitroglycérine à courte action seront également expliqués aux participants.

Intervenants

Les intervenants sont les personnes qui animeront les séances de groupe et effectueront les appels téléphoniques de soutien aux participants. Les infirmières seront les intervenants de l'intervention PARTenaire. Cette décision est basée sur les préférences des patients-partenaires ainsi que sur la littérature qui démontre une préférence des patients envers les infirmières (Collins, 2005; Rees et Williams, 2009). L'*Angina Plan* de Furze et al. (2012) qui était prodiguée par des pairs a accusé un taux de refus de 46 %, tandis que la même intervention prodiguée par des infirmières a observé un taux de refus de seulement 32 % (Zetta et al., 2011). De surcroît,

l'*Angina Plan* de Zetta et al. (2011) a montré une diminution significative des limitations physiques alors que l'*Angina Plan* de Furze et al. (2012) n'a pas montré de différence. Les participants ayant reçu l'intervention de Furze et al. (2012) ont néanmoins affirmé que l'encouragement et l'accessibilité de pairs qui agissent comme modèle de rôle de confiance promeut l'adoption de comportements de santé (Nelson et al., 2013). Comme suggéré par les patients-partenaires, il serait avantageux de jumeler les participants avec un patient-partenaire expert formé par les professionnels de la santé durant l'intervention (Nelson et al., 2013). En outre, le soutien des pairs favorise le bien-être psychologique par une diminution du sentiment de dépression et d'anxiété chez les participants (Furze et al., 2012). De façon similaire à l'intervention de McGillion et al. (2008), les participants auraient l'occasion d'échanger par téléphone entre les séances en présentiel avec un « compagnon » du programme afin de s'entraider et trouver des solutions à leurs problèmes respectifs.

L'intervention est conçue dans l'optique de promouvoir l'interaction et le partage d'idées entre les participants. Les séances de groupe offrent l'opportunité aux participants de perfectionner la création de plans d'action et le partage des succès et des problèmes rencontrés par chacun afin de bénéficier de l'expertise d'autres patients vivant des situations similaires. La réalisation de plans d'action permet d'accroître le sentiment d'auto-efficacité par la maîtrise active face à la maladie. En outre, la perception du sentiment d'auto-efficacité est influencée par la persuasion verbale et le partage de l'expérience des pairs inhérents dans une dynamique de groupe (Bandura, 1991; Marks et Allegrante, 2005). Par conséquent, les interventions comprenant des séances de groupe ont le potentiel d'être plus efficaces en raison du caractère modulateur du sentiment d'auto-efficacité dans l'adoption et le maintien des comportements d'autogestion (Marks et Allegrante, 2005; Marks et al., 2005). C'est d'ailleurs ce que l'on remarque dans le CASMP de McGillion et al. (2008), l'*Angina Management Program* (Lewin et al., 1995) et le *Pain Management* (Payne et al., 1994). Ces interventions comprennent des séances de groupe, lesquelles semblent supérieures pour réduire la fréquence de l'angine.

Structure

La structure comprend le nombre, la durée, l'horaire, le lieu, le nombre maximal de participants ainsi que la modalité des séances de l'intervention. Le degré de personnalisation de l'intervention est tributaire des modalités des séances. Le matériel fourni aux participants de l'intervention est détaillé ci-dessous.

Sur le plan du nombre et de la durée des séances, l'intervention comprend trois séances de groupe de deux heures et quatre appels téléphoniques de soutien pour répondre aux besoins des patients-partenaires. Les séances de groupe auront lieu à l'hôpital avec un maximum de six participants. Les patients-partenaires estiment que ce nombre est optimal pour favoriser les échanges et permettre à chacun de s'exprimer.

Des quatre appels téléphoniques de soutien, il y a un appel de trente minutes et trois appels de quinze minutes chacun. Lors du premier appel de soutien, l'infirmière évalue les facteurs de risque spécifiques à chaque patient. Les appels subséquents évaluent l'accomplissement des plans d'action et fournissent un soutien personnalisé pour l'apprentissage des compétences d'autogestion. Les participants posent des questions et discutent de leurs besoins en fonction des valeurs, des objectifs de vie et des préférences particulières de chacun (Pomey et al., 2015). Ces appels téléphoniques permettent un niveau de personnalisation élevé comme demandé par les patients-partenaires et d'après les principes et fondements de l'approche patient-partenaire du Modèle de Montréal (Pomey et al., 2015). Dans la littérature, les interventions avec un haut degré de personnalisation comme l'*Angina Plan* (Furze et al., 2012; Lewin et al., 2002; Moattari et al., 2014) sont associées à une diminution du sentiment de dépression et d'anxiété. En outre, les programmes d'autogestion personnalisés seraient plus efficaces pour soutenir l'apprentissage des compétences d'autogestion des symptômes (Pomey et al., 2015; Rees et Williams, 2009).

Sur le plan de l'horaire des séances, à la demande des patients-partenaires, les séances de groupe, espacées aux deux semaines, sont réduites au profit d'appels téléphoniques afin de diminuer le nombre de déplacements requis et la fatigue engendrée par les participants. Nous pensons que ce nombre de séances en présentiel favorisera le recrutement des participants et leur rétention, de même que l'embauche de personnel qualifié. L'étalement des thèmes dans le temps présente

l'avantage de diminuer la surcharge cognitive relative à la somme d'informations à s'approprier par les participants (Kirschner, 2002). De plus, les appels téléphoniques de soutien entre les séances de groupe permettent de soutenir l'apprentissage des participants de façon personnalisée.

Sur le plan du matériel fourni aux participants, les participants recevront un exemplaire du livre *Un régime de vie sain pour surmonter la douleur chronique* de LeFort et al. (2018). Ce guide d'information permettra aux participants de renforcer les différentes stratégies employées durant les séances et de se familiariser avec d'autres stratégies d'autogestion à l'aide de devoirs à effectuer à la maison. De plus, ce guide comprend un programme de relaxation sur CD sur la thématique d'une promenade à la campagne ou sur la plage.

En résumé, nous proposons une intervention d'autogestion des symptômes combinant trois séances de groupe et quatre appels téléphoniques de soutien. Par ses caractéristiques et sa structure, l'intervention proposée a le potentiel de favoriser le bien-être physique et psychologique des patients souffrant d'angine réfractaire. Ainsi, nous supposons que l'intervention PARTenaire permettrait de diminuer la fréquence de l'angine, le sentiment de dépression et le sentiment d'anxiété, des résultats fréquemment mesurés dans les interventions de notre mise à jour (Kimble, 2018; Moattari et al., 2014; Tylee et al., 2016) et de la méta-analyse de McGillion et al. (2014). De plus, nous estimons que la structure proposée présente un juste milieu entre les besoins d'apprentissages des patients et les ressources financières et humaines nécessaires. Afin de tester ces hypothèses, il sera nécessaire d'évaluer l'acceptabilité, la faisabilité d'une telle intervention dans le cadre d'une recherche clinique. La Figure 8 illustre les sources de savoirs ayant contribué au développement de l'intervention PARTenaire.

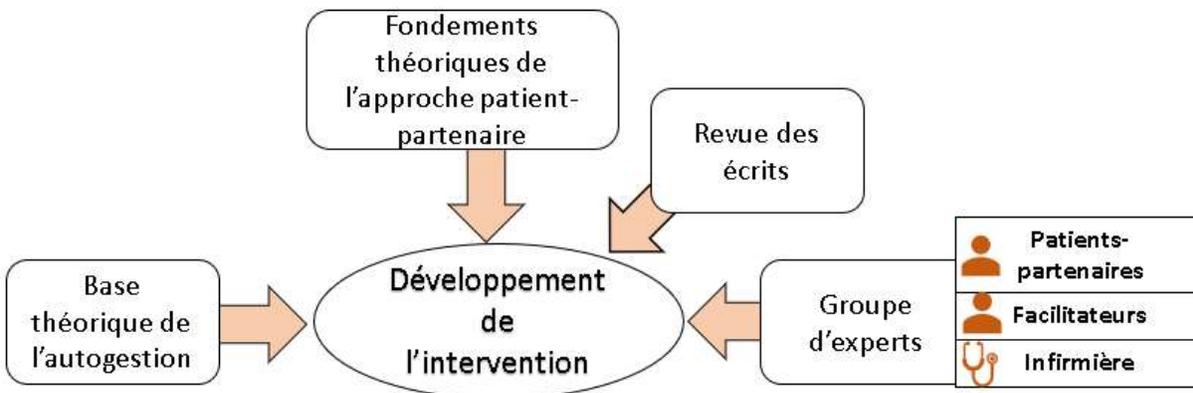


Figure 8. – Sources ayant mené au développement de l'intervention

Limites

Une limite du présent travail dirigé est le fait que nous avons collaboré avec seulement deux patients-partenaires, et ce, de façon individuelle. Nous aurions aimé pouvoir animer un groupe de discussion regroupant plus de patients-partenaires souffrant d'angine réfractaire afin d'explorer davantage de perspectives et de besoins d'autogestion. Nous avons respecté les besoins des patients-partenaires qui ne se sentaient pas à l'aise de discuter et de s'exprimer avec un autre patient. Ils se sont eux-mêmes qualifiés de solitaires. Peut-être qu'un autre couple de patients souffrant d'angine réfractaire depuis moins longtemps aurait été plus enclin à collaborer en groupe. Nous pouvons supposer que les patients qui souffrent d'angine réfractaire depuis plusieurs années ont l'habitude d'être dans une relation individuelle avec les professionnels de la santé. Les patients seraient peut-être plus enclins à discuter et échanger avec d'autres patients si ces pratiques étaient incorporées au début de la trajectoire de soins. De plus, cela répondrait aux besoins d'accompagnement des patients lors de l'annonce du diagnostic par un patient dit expert, de par son expérience approfondie de la vie avec l'angine réfractaire. En outre, des considérations logistiques et des contraintes relatives au travail dirigé ne permettaient pas de collaborer avec plus de deux patients-partenaires. Également, les limitations physiques associées à l'état de santé des patients auraient été un défi supplémentaire.

Les deux patients-partenaires sont caucasiens et vivent avec leur conjoint, donc ils ne sont pas nécessairement représentatifs des diversités ethniques et maritales de la population générale. En

revanche, ils possèdent des profils de comorbidités distincts. Selon la littérature, l'origine ethnique, le support social et le nombre de comorbidités exercent des effets significatifs sur les comportements d'autogestion (Artinian et al., 2002; Rosland et al., 2010; Schnell-Hoehn et al., 2009). En contrepartie, il n'existe pas de corrélation entre l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'éducation et les comportements d'autogestion (Artinian et al., 2002; Schnell-Hoehn et al., 2009). Également, aucun consensus ne se dégage à travers les écrits quant à l'influence du sexe sur les comportements d'autogestion (Artinian et al., 2002; Bai et al., 2009). Néanmoins, nous nous sommes assuré de collaborer avec deux patients-partenaires provenant de profils sociodémographiques et d'expériences de vie avec la maladie les plus variées possible. Également, par leur rôle en tant que patients-partenaires, ces derniers ont exprimé leurs opinions au nom de l'ensemble de la population de patients souffrant d'angine réfractaire. En somme, les savoirs expérientiels des patients-partenaires ont enrichi la perspective de l'étudiante relativement à l'autogestion de l'angine réfractaire.

En raison des limites de temps du présent travail dirigé, nous n'avons pas pu offrir une formation initiale d'une journée sur les bonnes pratiques de collaboration aux patients-partenaires (Direction collaboration et partenariat patient., 2016). Nonobstant cette limitation, l'étudiante a fourni de la documentation sur les rôles et responsabilités des patients-partenaires préalablement aux rencontres. De plus, l'étudiante a validé la compréhension des patients-partenaires tout au long des discussions.

Malgré que la méta-analyse de McGillion et al. (2014) ait été réalisée de manière rigoureuse, cette dernière date de plus de trois ans. En raison des contraintes du travail dirigé, effectuer une revue systématique des interventions d'autogestion des symptômes d'angine n'était pas envisageable. Cependant, nous aurions pu identifier des études dans un plus grand nombre de bases de données électroniques autre que le *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) et le *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Néanmoins, notre mise à jour des connaissances effectuée par la méthode de revue rapide de Dobbins (2017) a permis d'identifier des données probantes de haute qualité.

Considérant qu'il existe une multitude de bases théoriques supportant le processus d'autogestion des symptômes dans la littérature (Grover et Joshi, 2014; Orem, 1995; Riegel et al., 2012; Wagner et al., 1996), une autre limite du présent travail est que nous avons évalué un nombre limité de ces modèles.

Recommandations

Pour conclure, nous présentons des recommandations pour la recherche, la pratique et la formation dans le but de favoriser les compétences d'autogestion chez les patients souffrant d'angine réfractaire.

Pour la recherche

Nous recommandons que l'intervention d'autogestion PARTenaire soit évaluée dans le cadre d'une étude pilote d'acceptabilité et de faisabilité. Ceci permettra d'évaluer sa mise en œuvre. Des mesures d'acceptabilité et de faisabilité pourraient être prises à la fin de chaque séance de groupe, au dernier appel de soutien ainsi qu'à six semaines après la fin de l'intervention. Puisqu'il s'agit d'une étude pilote, nous ne suggérons pas d'effectuer des mesures de résultats préliminaires. Par leur nature, les études pilotes n'ont pas ce dessein et ne possèdent pas la puissance statistique nécessaire pour évaluer les effets, même préliminaires, d'une intervention (Cramer, 2021). En outre, nous recommandons qu'un groupe de trois patients-partenaires participe à l'analyse des résultats d'acceptabilité et de faisabilité de l'intervention comme suggéré dans le cadre de référence du Medical Research Council (2019). De plus, nous encourageons la dissémination des résultats afin de conscientiser la communauté scientifique aux bénéfices de l'approche patient-partenaire du Modèle de Montréal (Pomey et al., 2015). À cet effet, nous soumettrons un article scientifique décrivant le développement de l'intervention PARTenaire en collaboration avec des patients-partenaires souffrant d'angine réfractaire.

L'acceptabilité de l'intervention, conceptualisée comme étant la satisfaction des patients au regard de l'intervention, pourrait être mesurée à l'aide du Questionnaire d'acceptabilité et de préférence (TAPQ) de Sidani et al. (2006). Cet outil de mesure possède une bonne cohérence interne et a démontré sa validité dans l'évaluation de l'acceptabilité des thèmes des interventions

cognitives et comportementales (Sidani et al., 2009). Également, les participants pourraient être invités à écrire leurs commentaires concernant leurs perceptions des thèmes et de la structure de l'intervention (Feeley et Cossette, 2015).

La faisabilité de l'intervention ou la praticité de sa mise en œuvre pourrait être mesurée par le taux de recrutement ainsi que le taux de participation aux trois séances de l'intervention et aux quatre appels téléphoniques de soutien (Leon et al., 2011). Nous aspirons à un taux de recrutement de 70 % des patients pressentis. Un autre critère de faisabilité de l'intervention est l'utilisation d'un journal de bord qui permet de noter le temps alloué à chaque thème, ainsi qu'une liste des modifications effectuées lors des séances de l'intervention. Ainsi, le journal de bord permet d'évaluer la fidélité de l'intervention et d'identifier les lacunes possibles de son contenu (Feeley et Cossette, 2015; Pearson et al., 2020).

Pour la pratique

Nous recommandons que les infirmières acquièrent des connaissances pour soutenir l'autogestion des symptômes d'angine des patients souffrant d'angine réfractaire. Pour ce faire, elles devraient recevoir une formation sur les thèmes incontournables des interventions d'autogestion identifiées par les données probantes, la base théorique et les besoins des patients, soit : « plan d'action », « rétroaction », « résolution de problèmes », « techniques de relaxation », « reconnaître et gérer les pensées, émotions et comportements » et « conservation de l'énergie ». La plupart de ces thèmes comportent des stratégies ayant pour objectif d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité des patients. En outre, la perception du sentiment d'auto-efficacité favorise l'apprentissage des compétences d'autogestion des symptômes (Bandura, 1977; Gatt et Sammut, 2008; Schnell-Hoehn et al., 2009). Par conséquent, les infirmières devraient être sensibilisées aux stratégies pour favoriser le sentiment d'auto-efficacité comme la maîtrise active, le *modeling* (modèle de rôle), la persuasion verbale et la réinterprétation de l'état physiologique (Bandura, 1977; Marks et Allegrante, 2005).

En réponse aux besoins exprimés des patients pour favoriser l'autogestion de leurs symptômes, nous suggérons qu'un patient dit expert par son expérience approfondie de la vie avec l'angine réfractaire accompagne les patients lors de l'annonce du diagnostic. Cet accompagnement

permettrait aux patients nouvellement diagnostiqués de normaliser leurs émotions, d'obtenir des réponses à leurs questionnements et d'entrevoir la possibilité d'une vie gratifiante malgré les limites imposées par l'angine réfractaire. Ceci permettrait aux patients de prendre le contrôle de leur situation de santé en favorisant le sentiment de compétence face à l'autogestion des symptômes. En outre, cela permettrait de créer une communauté de partage et d'entraide au sein de la population souffrant d'angine réfractaire. Nous sommes confiant qu'un tel système d'accompagnement favoriserait les échanges et l'apprentissage mutuel entre les participants de l'intervention d'autogestion PARTenaire.

Pour la formation

Nous suggérons que l'ensemble des professionnels de la santé reçoivent une formation sur l'approche patient-partenaire du Modèle de Montréal (Pomey et al., 2015). Ce travail dirigé nous a permis d'entrevoir la richesse des savoirs expérientiels ainsi que leur complémentarité avec les sources de savoirs scientifiques et professionnels dans le développement d'une intervention. La collaboration et le partage des savoirs entre les patients et les professionnels de la santé favorisent une pratique directe et la recherche en santé qui soient en adéquation avec les besoins, les valeurs et les objectifs de vie des patients (Karazivan et al., 2015). Ce changement de paradigme promeut un système de santé apprenant pour tous, avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients (Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal, 2016; Pomey et al., 2015).

Conclusion

En résumé, nous avons développé une intervention d'autogestion des symptômes d'angine à l'aide de données probantes, de la base théorique et des savoirs expérientiels des patients. En plus d'être en accord avec les données probantes et théoriques, l'intervention PARTenaire est centrée sur les besoins des patients souffrant d'angine réfractaire. Le processus de co-construction avec des patients-partenaires a permis de développer une intervention qui répond aux valeurs, aux objectifs de vie et aux préférences des patients souffrant d'angine réfractaire.

Références bibliographiques

- Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E. et Gauvin, F.-P. (2003). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Science & Medicine*, 57(2), 239-251. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00343-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00343-X)
- Al-Lamee, R., Thompson, D., Dehbi, H.-M., Sen, S., Tang, K., Davies, J., Keeble, T., Mielewczik, M., Kaprielian, R., Malik, I. S., Nijjer, S. S., Petraco, R., Cook, C., Ahmad, Y., Howard, J., Baker, C., Sharp, A., Gerber, R., Talwar, S., ... et Swallow, R. (2018). Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. *The Lancet*, 391(10115), 31-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32714-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32714-9)
- Allahverdiipour, H., AsghariJafarabadi, M., Heshmati, R. et Hashemiparast, M. (2013). Functional status, anxiety, cardiac self-efficacy, and health beliefs of patients with coronary heart disease. *Health promotion perspectives*, 3(2), 217. <https://doi.org/10.5681/hpp.2013.025>
- Allaz, A.-F. et Cedraschi, C. (2015). Emotional aspects of chronic pain. Dans *Pain, emotion and cognition: A complex nexus*. (p. 21-34). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-12033-1_2
- Anderson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A.-D., Rees, K., Martin, N. et Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2016(1), CD001800. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub3>
- Andréll, P., Ekre, O., Grip, L., Währborg, P., Albertsson, P., Eliasson, T., Jeppsson, A. et Mannheimer, C. (2011). Fatality, morbidity and quality of life in patients with refractory angina pectoris. *Interventional Journal of Cardiology*, 147(3), 377-382. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2009.09.538>
- Andréll, P., Schultz, T., Mannerkorpi, K., Nordeman, L., Borjesson, M. et Mannheimer, C. (2014). Health-related quality of life in fibromyalgia and refractory angina pectoris: a comparison between two chronic non-malignant pain disorders. *J Rehabil Med*, 46(4), 341-347. <https://doi.org/10.2340/16501977-1279>
- Arnold, S. V., Kosiborod, M., Li, Y., Jones, P. G., Yue, P., Belardinelli, L. et Spertus, J. A. (2014). Comparison of the Seattle Angina Questionnaire With Daily Angina Diary in the TERISA Clinical Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 7(6), 844-850. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.113.000752>
- Arnold, S. V., Morrow, D. A., Wang, K., Lei, Y., Mahoney, E. M., Scirica, B. M., Braunwald, E. et Cohen, D. J. (2008). Effects of ranolazine on disease-specific health status and quality of life among patients with acute coronary syndromes. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 1(2), 107-115. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.798009>
- Artinian, N. T., Magnan, M., Sloan, M. et Lange, M. P. (2002). Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung*, 31(3), 161-172. <https://doi.org/10.1067/mhl.2002.123672>

- Audulv, Å. (2013). The over time development of chronic illness self-management patterns: a longitudinal qualitative study. *BMC Public Health*, 13, 452. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-452>
- Babrow, A. S., Kasch, C. R. et Ford, L. A. (1998). The Many Meanings of Uncertainty in Illness: Toward a Systematic Accounting. *Health Communication*, 10(1), 1-23. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1001_1
- Bai, Y. L., Chiou, C. P. et Chang, Y. Y. (2009). Self-care behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3308-3315. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02992.x>
- Baltes, M. M. (1982). Environmental factors in dependency among nursing home residents: A social ecology analysis. Dans I. T. A. W. (Ed) (dir.), *Basic processes in helping relationships* (p. 405-425). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thoughts and actions: A social cognitive theory* (1^e éd.). Eaglewood Cliffs.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2(2), 128-163. <https://doi.org/10.1080/10413209008406426>
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. Dans J. Raven (dir.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (4^e éd., p. 229-269). John Raven.
- Bascour-Sandoval, C., Salgado-Salgado, S., Gómez-Milán, E., Fernández-Gómez, J., Michael, G. A. et Gálvez-García, G. (2019). Pain and Distraction According to Sensory Modalities: Current Findings and Future Directions. *Pain Practice*, 19(7), 686-702. <https://doi.org/10.1111/papr.12799>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders* (1^e éd.). Penguin Books Ltd.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B. et Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805. <https://doi.org/10.1097/00005650-198108000-00001>
- Boivin, A., Lehoux, P., Lacombe, R., Lacasse, A., Burgers, J. et Grol, R. (2011). Target for improvement: a cluster randomised trial of public involvement in quality-indicator prioritisation (intervention development and study protocol). *Implementation Science*, 6(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-45>
- Bonow, R. O., Mann, D. L., Zipes, D. P. et Libby, P. (2011). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine* (7^e éd.). Elsevier Health Sciences.
- Borg, G. A. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14(5), 377-381.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., Ravaud, P. et CONSORT Group. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148(4), 295-309. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-4-200802190-00008>

- Bowling, A. (2005). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales* (2^e éd.). McGraw-Hill Education
- Braden, C. J. (1990a). Learned self-help response to chronic illness experience: a test of three alternative learning theories. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 4(1), 23-45.
- Braden, C. J. (1990b). A test of the Self-Help Model: learned response to chronic illness experience. *Nursing Research*, 39(1), 42-47. <https://doi.org/10.1097/00006199-199001000-00009>
- Braden, C. J. (1991). Patterns of change over time in learned response to chronic illness among participants in a systemic lupus erythematosus self-help course. *Arthritis care and research : the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 4(4), 158-167. <https://doi.org/10.1002/art.1790040405>
- Braden, C. J. (1993). Research program on learned response to chronic illness experience: self-help model. *Holistic Nursing Practice*, 8(1), 38-44. <https://doi.org/10.1097/00004650-199310000-00007>
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O'Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T. et Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 305(6846), 160-164. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6846.160>
- Bundy, C., Carroll, D., Wallace, L. et Nagle, R. (1994). Psychological treatment of chronic stable angina pectoris. *Psychology & Health*, 10(1), 69-77. <https://doi.org/10.1080/08870449408401937>
- Campeau, L. (1976). Letter: Grading of angina pectoris. *Circulation*, 54(3), 522-523.
- Cannon, R. O. (1995). The sensitive heart. A syndrome of abnormal cardiac pain perception. *JAMA*, 273(11), 883-887. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520350065031>
- Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. (2021, 28 mai). *Rechercher : Rechercher de manière efficace les données fournies par la recherche*. <https://www.nccmt.ca/fr/tools/eiph/rechercher>
- Chuang, T.-H., Lin, K.-C. et Gau, M.-L. (2010). Validation of the Braden Self-Help Model in Women With Systemic Lupus Erythematosus. *Journal of Nursing Research*, 18(3), 206-214. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181ed578c>
- Colivicchi, F., Di Fusco, S. A. et Santini, M. (2016). Psycho-educational Interventions and Cardiac Rehabilitation. Dans A. Roncella et C. Pristipino (dir.), *Psychotherapy for Ischemic Heart Disease: An Evidence-based Clinical Approach* (p. 107-120). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-33214-7_8
- Collins, P. et Fox, K. M. (1990). Pathophysiology of angina. *Lancet*, 335(8681), 94-96. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)90551-f](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)90551-f)
- Collins, S. (2005). Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical education*, 39(8), 785-796. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02222.x>
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services: Vers une pratique collaborative optimale entre les intervenants et avec le patient*. Montréal, Québec: Université de Montréal.

- http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. et Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Cramer, H. (2021). Learning to Fly: Conceptions and Misconceptions, Uses and Misuses of Pilot Studies in Clinical Research. *Journal of alternative and complementary medicine*, 27(7), 531-534. <https://doi.org/10.1089/acm.2021.0197>
- Davies, A., Fox, K., Galassi, A. R., Banai, S., Ylä-Herttuala, S. et Lüscher, T. F. (2020). Management of refractory angina: an update. *European Heart Journal*, 42(3), 269-283. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa820>
- den Hoed, M., Strawbridge, R. J., Almgren, P., Gustafsson, S., Axelsson, T., Engstrom, G., de Faire, U., Hedblad, B., Humphries, S. E., Lindgren, C. M., Morris, A. P., Ostling, G., Syvanen, A. C., Tremoli, E., Hamsten, A., Ingelsson, E., Melander, O. et Lind, L. (2015). GWAS-identified loci for coronary heart disease are associated with intima-media thickness and plaque presence at the carotid artery bulb. *Atherosclerosis*, 239(2), 304-310. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.032>
- Derogatis, L. R. (1987). The Derogatis Stress Profile (DSP): quantification of psychological stress. *Advanced Psychosomatic Medicine*, 17, 30-54. <https://doi.org/10.1159/000414005>
- Dicenso, A., Bayley, L. et Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence Based Nursing*, 12(4), 99-101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Direction collaboration et partenariat patient. (2016). *Référentiel de compétences des patients-partenaires*. Montréal, Québec: Université de Montréal. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Referentiel_compences_des_patients_2016.pdf
- Direction collaboration et partenariat patient et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal. (2016). *Référentiel de compétences de la Pratique collaborative et du Partenariat patient en santé et service sociaux*. Montréal, Québec: Université de Montréal. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_sss-28-10-2016.pdf
- Direction collaboration et partenariat patient. (2016). *Recrutement des patients partenaires*. Montréal, Québec: Université de Montréal. https://ceppp.ca/wp-content/uploads/J-Guide_de_recrutement_des_patients_partenaires-27-10-2016.pdf
- Dobbins, M. (2017). *Guide pour les revues rapides*. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. <https://www.nccmt.ca/fr/tools/guide-des-revues-rapides>
- Erixon, G., Jerlock, M. et Dahlberg, K. (1997). Experiences of living with angina pectoris [Swedish]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 17(2), 34-38. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1997043739&lang=fr&site=ehost-live>
- Feeley, N. et Cossette, S. (2015). Testing the waters: piloting a complex intervention. Dans *Complex Interventions in Health* (1^e éd., p. 192-200). Routledge.

- Fihn, S., Gardin, J., Abrams, J., Berra, K., Blankenship, J., Dallas, A., Douglas, P., Foody, J., Gerber, T., Hinderliter, A., King, S., Kligfield, P., Krumholz, H., Kwong, R., Lim, M., Linderbaum, J., Mack, M., Munger, M., Prager, R., ... et American College of Cardiology Foundation. (2012). 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Circulation*, 126(25), 3097–3137. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182776f83>
- Foreman, R. D. (1999). Mechanisms of cardiac pain. *Annual review of physiology*, 61(1), 143-167. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.61.1.143>
- Foreman, R. D. et Qin, C. (2009). Neuromodulation of cardiac pain and cerebral vasculature: neural mechanisms. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76 Suppl 2, S75-79. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76.s2.15>
- Franklin, B. A., Brook, R. et Arden Pope, C., 3rd. (2015). Air pollution and cardiovascular disease. *Current problems in cardiology*, 40(5), 207-238. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2015.01.003>
- Furze, G., Bull, P., Lewin, R. J. et Thompson, D. R. (2003). Development of the York Angina Beliefs Questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 307-315. <https://doi.org/10.1177/13591053030083002>
- Furze, G., Cox, H., Morton, V., Chuang, L. H., Lewin, R. J., Nelson, P., Carty, R., Norris, H., Patel, N. et Elton, P. (2012). Randomized controlled trial of a lay-facilitated angina management programme. *Journal of Advanced Nursing*, 68(10), 2267-2279. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05920.x>
- Furze, G., Lewin, R. J., Murberg, T., Bull, P. et Thompson, D. R. (2005). Does it matter what patients think? The relationship between changes in patients' beliefs about angina and their psychological and functional status. *Journal Psychosomatic Research*, 59(5), 323-329. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.06.071>
- Gallacher, J., Hopkinson, C., Bennett, P., Burr, M. L. et Elwood, P. C. (1997). Effect of stress management on angina. *Psychology and Health*, 12(4), 523-532. <https://doi.org/10.1080/08870449708406728>
- Gatt, S. et Sammut, R. (2008). An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1525-1533. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.02.006>
- Gouvernement du Canada. (2020). *Programmes d'accès spécial de Santé Canada: Demander un médicament*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/acces-special/medicaments.html>
- Gouvernement du Québec. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002061/>
- Grover, A. et Joshi, A. (2014). An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Global Journal Health Science*, 7(2), 210-227. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p210>

- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2014). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (5^e éd.). Elsevier Saunders.
- Health-evidence.ca. (2009a). *Developing an Efficient Search Strategy*. http://www.healthevidence.org/documents/practice-tools/HETools_DevelopingEfficientSearchStrategyUsingPICO 18.Mar. 2013.doc.
- Health-evidence.ca. (2009b). *Keeping Track of Search Results: A Flowchart*. http://www.healthevidence.org/practice-tools/HETools_KeepingTrackSearchResultsFlowchart 18.Mar.2013.ppt.
- Henry, T. D., Satran, D., Hodges, J. S., Johnson, R. K., Poulouse, A. K., Campbell, A. R., Garberich, R. F., Bart, B. A., Olson, R. E., Boisjolie, C. R., Harvey, K. L., Arndt, T. L. et Traverse, J. H. (2013). Long-term survival in patients with refractory angina. *European Heart Journal*, 34(34), 2683-2688. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs165>
- Henry, T. D., Satran, D. et Jolicoeur, E. M. (2014). Treatment of refractory angina in patients not suitable for revascularization. *Nature Reviews Cardiology*, 11(2), 78-95. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2013.200>
- Higgins, J. P., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., Savovic, J., Schulz, K. F., Weeks, L. et Sterne, J. A. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 343, d5928. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
- Higgins JPT, T. J., Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (2021, February). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.2*. www.training.cochrane.org/handbook
- Hobbis, I. C. A. et Sutton, S. (2005). Are Techniques Used in Cognitive Behaviour Therapy Applicable to Behaviour Change Interventions Based on the Theory of Planned Behaviour? *Journal of Health Psychology*, 10(1), 7-18. <https://doi.org/10.1177/1359105305048549>
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A.-W. et Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>
- Jerant, A. F., von Friederichs-Fitzwater, M. M. et Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient education and counseling*, 57(3), 300-307. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.004>
- Jerlock, M., Gaston-Johansson, F. et Danielson, E. (2005). Living with unexplained chest pain. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 956-964. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01195.x>
- Jespersen, L., Abildstrom, S. Z., Hvelplund, A. et Prescott, E. (2013). Persistent angina: highly prevalent and associated with long-term anxiety, depression, low physical functioning, and quality of life in stable angina pectoris. *Clinical research in cardiology*, 102(8), 571-581. <https://doi.org/10.1007/s00392-013-0568-z>
- Johnson Wright, L., Afari, N. et Zautra, A. (2009). The illness uncertainty concept: a review. *Current pain headache reports*, 13(2), 133-138. <https://doi.org/10.1007/s11916-009-0023-z>
- Jolicoeur, E. M., Cartier, R., Henry, T. D., Barsness, G. W., Bourassa, M. G., McGillion, M. et L'Allier, P. L. (2012). Patients With Coronary Artery Disease Unsuitable for Revascularization:

- Definition, General Principles, and a Classification. *Canadian Journal of Cardiology*, 28(2, Supplement), S50-S59. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2011.10.015>
- Jolicoeur, E. M., Granger, C. B., Henry, T. D., Holmes, D. J., Pepine, C. J., Mark, D., Chaitman, B. R., Gersh, B. J., Ohman, E. M. et Working Group Members. (2008). Clinical and research issues regarding chronic advanced coronary artery disease: part I: Contemporary and emerging therapies. *American Heart Journal*, 155(3), 418-434. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.12.004>
- Jolicoeur, E. M. et Henry, T. D. (2018). Refractory Angina. Dans J. A. de Lemos et T. Omland (dir.), *Chronic Coronary Artery Disease: A Companion to Braunwald's Heart Disease*. (p. 412-431). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-42880-4.00027-3>
- Jolicoeur, E. M., Ohman, E. M., Temple, R., Stockbridge, N., Smith, S., Mark, D., Califf, R. M., Henry, T. D., Chaitman, B. R. et Granger, C. B. (2008). Clinical and research issues regarding chronic advanced coronary artery disease part II: Trial design, outcomes, and regulatory issues. *American Heart Journal*, 155(3), 435-444. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.12.005>
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., Fernandez, N., Jouet, E., Las Vergnas, O. et Lebel, P. (2015). The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000603>
- Katon, W., Sullivan, M. et Walker, E. (2001). Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma, and Personality Traits. *Annals of Internal Medicine*, 134(9_Part_2), 917-925. https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-9_Part_2-200105011-00017
- Khangura, S., Konnyu, K., Cushman, R., Grimshaw, J. et Moher, D. (2012). Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic reviews*, 1, 10. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-1-10>
- Kim, M. C., Kini, A. et Sharma, S. K. (2002). Refractory angina pectoris: Mechanism and therapeutic options. *Journal of the American College of Cardiology*, 39(6), 923-934. [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(02\)01716-3](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(02)01716-3)
- Kimble L. P. (2018). A Randomized Clinical Trial of the Effect of an Angina Self-Management Intervention on Health Outcomes of Patients With Coronary Heart Disease. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 43(5), 275-284. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1097/rnj.0000000000000039>
- Kirschner, P. A. (2002). Cognitive load theory: implications of cognitive load theory on the design of learning. *Learning and Instruction*, 12(1), 1-10. [https://doi.org/10.1016/S0959-4752\(01\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0959-4752(01)00014-7)
- Klein, J., Chao, S. Y., Berman, D. S. et Rozanski, A. (1994). Is 'silent' myocardial ischemia really as severe as symptomatic ischemia? The analytical effect of patient selection biases. *Circulation*, 89(5), 1958-1966. <https://doi.org/doi.org/10.1161/01.cir.89.5.1958>
- Kohn, C. G., Parker, M. W., Limone, B. L. et Coleman, C. I. (2014). Impact of angina frequency on health utility values of patients with chronic stable angina. *Health Quality Life Outcomes*, 12, 39. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-39>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process* (1^e éd.). McGraw Hill.

- LeFort, S. M. (2000). A test of Braden's Self-Help Model in adults with chronic pain. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 32(2), 153-160. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2000.00153.x>
- LeFort, S. M., Gray-Donald, K., Rowat, K. M. et Jeans, M. E. (1998). Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain*, 74(2-3), 297-306. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(97\)00190-5](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(97)00190-5)
- LeFort, S. M., Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D., González, V. et Minor, M. (2018). *Un Régime de Vie Sain Pour Surmonter la Douleur Chronique* (1^e éd.). Bull Publishing Company.
- Lefort, S. W., L. Lorig, K. Holman, H. Sobel, D. Laurent, D. Gonzalez, V. Minor, M. (2018). Gérer l'angine de poitrine, la maladie coronarienne et les conditions apparentées. Dans *Un régime de vie sain pour surmonter la douleur chronique* (1^e éd., p. 361-381). Bull Publishing Compagny.
- Lehoux, P., Daudelin, G., Demers-Payette, O. et Boivin, A. (2009). Fostering deliberations about health innovation: What do we want to know from publics? *Social Science & Medicine*, 68(11), 2002-2009. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.017>
- Leon, A. C., Davis, L. L. et Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of psychiatric research*, 45(5), 626-629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- Lewin, B., Cay, E., Todd, I., Goodfield, N., Bloomfield, P. et Elton, R. (1995). The angina management programme: a rehabilitation treatment. *British Journal of Cardiology*, 2(8), 221-226.
- Lewin, R. J., Furze, G., Robinson, J., Griffith, K., Wiseman, S., Pye, M. et Boyle, R. (2002). A randomised controlled trial of a self-management plan for patients with newly diagnosed angina. *British journal of general practice*, 52(476), 194-201.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. et Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ (Clinical research ed.)*, 339, b2700. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S. et Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 32(1), 37-44. <https://doi.org/10.1002/anr.1780320107>
- Lorig, K., González, V. M., Laurent, D. D., Morgan, L. et Laris, B. (1998). Arthritis self-management program variations: Three studies. *Arthritis care and research : the official journal of the Arthritis Health Professions Association*, 11(6), 448-454. <https://doi.org/10.1002/art.1790110604>
- Lorig, K. et Holman, H. (1993). Arthritis self-management studies: a twelve-year review. *Health Education Quarterly*, 20(1), 17-28. <https://doi.org/10.1177/109019819302000104>
- Lorig, K. R., Ritter, P. L., Laurent, D. D. et Fries, J. F. (2004). Long-term randomized controlled trials of tailored-print and small-group arthritis self-management interventions. *Medical Care*, 42(4), 346-354. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000118709.74348.65>
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D. et Hobbs, M. (2001, Nov-Dec). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.

- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Byron William Brown, Jr., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D. et Holman, H. R. (1999). Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care*, 37(1), 5-14. <https://doi.org/10.2307/3767202>
- Ma, W. et Teng, Y. (2005). Influence of cognitive and psychological intervention on negative emotion and severity of myocardial ischemia in patients with angina. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 24, 25-27.
- MacDermott, A. F. N. (2002). Living with Angina Pectoris—A Phenomenological Study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(4), 265-272. [https://doi.org/10.1016/s1474-5151\(02\)00047-6](https://doi.org/10.1016/s1474-5151(02)00047-6)
- Mannheimer, C., Camici, P., Chester, M. R., Collins, A., DeJongste, M., Eliasson, T., Follath, F., Hellemans, I., Herlitz, J., Lüscher, T., Pasic, M. et Thelle, D. (2002). The problem of chronic refractory angina. Report from the ESC Joint Study Group on the Treatment of Refractory Angina. *European Heart Journal*, 23(5), 355-370. <https://doi.org/10.1053/euhj.2001.2706>
- Marinescu, M. A., Loffler, A. I., Ouellette, M., Smith, L., Kramer, C. M. et Bourque, J. M. (2015, Feb). Coronary microvascular dysfunction, microvascular angina, and treatment strategies. *JACC Cardiovasc Imaging*, 8(2), 210-220. <https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2014.12.008>
- Marks, R. et Allegrante, J. P. (2005). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part II). *Health Promotion Practice*, 6(2), 148-156. <https://doi.org/10.1177/1524839904266792>
- Marks, R., Allegrante, J. P. et Lorig, K. (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promotion Practice*, 6(1), 37-43. <https://doi.org/10.1177/1524839904266790>
- Maron, D. J., Hochman, J. S., Reynolds, H. R., Bangalore, S., O'Brien, S. M., Boden, W. E., Chaitman, B. R., Senior, R., López-Sendón, J. et Alexander, K. P. (2020). Initial invasive or conservative strategy for stable coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 382(15), 1395-1407. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1915922>
- Marquis, P., Fayol, C. et Joire, J. E. (1995). Clinical validation of a quality of life questionnaire in angina pectoris patients. *European Heart Journal*, 16(11), 1554-1560. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.eurheartj.a060777>
- McGillion, M., Arthur, H. M., Cook, A., Carroll, S. L., Victor, J. C., L'Allier P, L., Jolicoeur, E. M., Svorkdal, N., Niznick, J., Teoh, K., Cosman, T., Sessle, B., Watt-Watson, J., Clark, A., Taenzer, P., Coyte, P., Malysh, L., Galte, C. et Stone, J. (2012). Management of patients with refractory angina: Canadian Cardiovascular Society/Canadian Pain Society joint guidelines. *Canadian journal cardiology*, 28(2 Suppl), S20-41. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2011.07.007>
- McGillion, M., Croxford, R., Watt-Watson, J., LeFort, S., Stevens, B. et Coyte, P. (2008). Cost of illness for chronic stable angina patients enrolled in a self-management education trial. *Canadian Journal of Cardiology*, 24(10), 759-764. [https://doi.org/10.1016/S0828-282X\(08\)70680-9](https://doi.org/10.1016/S0828-282X(08)70680-9)

- McGillion, M., L'Allier, P. L., Arthur, H., Watt-Watson, J., Svorkdal, N., Cosman, T., Taenzer, P., Nigam, A. et Malysz, L. (2009). Recommendations for advancing the care of Canadians living with refractory angina pectoris: a Canadian Cardiovascular Society position statement. *Canadian Journal of Cardiology*, 25(7), 399-401. [https://doi.org/10.1016/s0828-282x\(09\)70501-x](https://doi.org/10.1016/s0828-282x(09)70501-x)
- McGillion, M., O'Keefe-McCarthy, S., Carroll, S. L., Victor, J. C., Cosman, T., Cook, A., Hanlon, J. G., Jolicoeur, E. M., Jamal, N., McKelvie, R. et Arthur, H. M. (2014). Impact of self-management interventions on stable angina symptoms and health-related quality of life: a meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*, 14, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-14-14>
- McGillion, M., Watt-Watson, J., LeFort, S. et Stevens, B. (2007). Positive shifts in the perceived meaning of cardiac pain following a psychoeducation program for chronic stable angina. *Canadian journal of nursing research*, 39(2), 48-65.
- McGillion, M. H., O'Keefe-McCarthy, S. et Carroll, S. L. (2013). Self-Management Training for Chronic Stable Angina: Theory, Process, and Outcomes. Dans R. Rezzani (dir.), *Current Trends in Atherogenesis* (p. Ch. 10). InTech. <https://doi.org/10.5772/54635>
- McGillion, M. H., Watt-Watson, J., Stevens, B., LeFort, S. M., Coyte, P. et Graham, A. (2008). Randomized Controlled Trial of a Psychoeducation Program for the Self-Management of Chronic Cardiac Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 126-140. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015>
- McGillion, M. H., Watt-Watson, J. H., Kim, J. et Graham, A. (2004). Learning by heart: a focused group study to determine the self-management learning needs of chronic stable angina patients. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 12-22. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004169825&lang=fr&site=ehost-live>
- Medical Research Council. (2019). *Developing and evaluating complex interventions: Following considerable development in the field since 2006, MRC and NIHR have jointly commissioned an update of this guidance to be published in 2019.* <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/complex-interventions-guidance>
- Michie, S., Rumsey, N., Fussell, A., Hardeman, W., Johnston, M., Newman, S. et Yardley, L. (2008). *Improving health: changing behaviour.* NHS health trainer handbook. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085779
- Miklaucich, M. (1998). Limitations on life: women's lived experiences of angina. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1207-1215. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00828.x>
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image Journal Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image Journal Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>
- Mishel, M. H. (1993). *Key Aspects for Caring for the Chronically Ill* (1^e éd.). Springer Publishing Company.
- Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B. B., Stewart, J. L., Bailey, D. E., Jr., Robertson, C. et Mohler, J. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and

- treatment side effects: nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 94(6), 1854-1866. <https://doi.org/10.1002/cncr.10390>
- Moattari, M., Adib, F., Kojuri, J. et Tabatabaee, S. H. (2014). Angina self-management plan and quality of life, anxiety and depression in post coronary angioplasty patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(11), e16981. <https://doi.org/10.5812/ircmj.16981>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et PRIMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Nelson, P., Cox, H., Furze, G., Lewin, R. J. P., Morton, V., Norris, H., Patel, N., Elton, P. et Carty, R. (2013). Participants' experiences of care during a randomized controlled trial comparing a lay-facilitated angina management programme with usual care: a qualitative study using focus groups. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 840-850. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06069.x>
- Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice* (5^e éd.). Mosby.
- Ory, M. G., Ahn, S., Towne, S. D. et Smith, M. L. (2015). Chronic Disease Self-Management Education: Program Success and Future Directions. Dans M. L. Malone, E. A. Capezuti et R. M. Palmer (dir.), *Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America* (p. 147-153). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16068-9_12
- Payne, T. J., Johnson, C. A., Penzien, D. B., Porzelius, J., Eldridge, G., Parisi, S., Beckham, J., Pbert, L., Prather, R. et Rodriguez, G. (1994). Chest pain self-management training for patients with coronary artery disease. *Journal Psychosomatic Research*, 38(5), 409-418.
- Pearson, N., Naylor, P.-J., Ashe, M. C., Fernandez, M., Yoong, S. L. et Wolfenden, L. (2020). Guidance for conducting feasibility and pilot studies for implementation trials. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00634-w>
- Pocock, S. J., Henderson, R. A., Seed, P., Treasure, T. et Hampton, J. R. (1996). Quality of life, employment status, and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the Randomized Intervention Treatment of Angina (RITA) Trial. *Circulation*, 94(2), 135-142. <https://doi.org/10.1161/01.cir.94.2.135>
- Pomey, M.-P., Dumez, V., Boivin, A., Rouly, G., Lebel, P., Berkesse, A., Descoteaux, A., Jackson, M., Karazivan, P. et Clavel, N. (2019). The Participation of Patients and Relatives in Quebec's Health System: The Montréal Model. Dans M.-P. Pomey, J.-L. Denis et V. Dumez (dir.), *Patient Engagement: How Patient-provider Partnerships Transform Healthcare Organizations* (p. 17-61). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14101-1_3
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015). Le «Montreal model»: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*, 1(HS), 41-50.
- Povsic, T. J., Broderick, S., Anstrom, K. J., Shaw, L. K., Ohman, E. M., Eisenstein, E. L., Smith, P. K. et Alexander, J. H. (2015). Predictors of Long-term Clinical Endpoints in Patients With Refractory Angina. *Journal of the American Heart Association*, 4(2). <https://doi.org/10.1161/jaha.114.001287>

- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rees, S. et Williams, A. (2009). Promoting and supporting self-management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI library of systematic reviews*, 7(13), 492-582. <https://doi.org/10.11124/01938924-200907130-00001>
- Riegel, B., Jaarsma, T. et Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in nursing science*, 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Robinson, D. (1982). Self-help groups in primary health care. Dans. World Health Forum.
- Rose, G. A. (1962). The diagnosis of ischaemic heart pain and intermittent claudication in field surveys. *Bulletin of the World Health Organization*, 27(6), 645-658.
- Rosenbaum, M. E. (1990). *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior*. Springer Publishing Co.
- Rosland, A.-M., Heisler, M., Choi, H.-J., Silveira, M. J. et Piette, J. D. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? *Chronic illness*, 6(1), 22-33. <https://doi.org/10.1177/1742395309354608>
- Rowe, G. et Frewer, L. J. (2005). A typology of public engagement mechanisms. *Science, Technology, & Human Values*, 30(2), 251-290.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G. et Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.12.005>
- Sarkar, U., Ali, S. et Whooley, M. A. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine*, 69(4), 306. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180514d57>
- Schnell-Hoehn, K. N., Naimark, B. J. et Tate, R. B. (2009). Determinants of self-care behaviors in community-dwelling patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(1), 40-47. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000317470.58048.7b>
- Schwarzer, R. et Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. Dans S. W. J. Weinman, & M. Johnston (Eds.) (dir.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*. Windsor: NFER-NELSON.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness on depression, development and death* (1^e éd.). W.H. Freeman.
- Shakespeare, C. F., Katritsis, D., Crowther, A., Cooper, I. C., Coltart, J. D. et Webb-Peploe, M. W. (1994). Differences in autonomic nerve function in patients with silent and symptomatic myocardial ischaemia. *British Heart Journal*, 71(1), 22-29. <https://doi.org/10.1136/hrt.71.1.22>
- Sidani, S., Epstein, D. et Miranda, J. (2006). Eliciting Patient Treatment Preferences: A Strategy to Integrate Evidence-Based and Patient-Centered Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(3), 116-123. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00060.x>

- Sidani, S., Epstein, D. R., Bootzin, R. R., Moritz, P. et Miranda, J. (2009). Assessment of Preferences for Treatment: Validation of a Measure. *Research in Nursing & Health*, 32(4), 419-431. <https://doi.org/10.1002/nur.20329>
- Simons, L. E., Elman, I. et Borsook, D. (2014). Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 39, 61-78. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.006>
- Singh, M. et Arora, R. (2016). Newer Therapies for Management of Stable Ischemic Heart Disease With Focus on Refractory Angina. *American Journal of Therapeutics*, 23(6), e1842-e1856. <https://doi.org/10.1097/mjt.000000000000187>
- Spertus, J. A., Dewhurst, T. A., Dougherty, C. M., Nichol, P., McDonell, M., Bliven, B. et Fihn, S. D. (2002). Benefits of an "angina clinic" for patients with coronary artery disease: a demonstration of health status measures as markers of health care quality. *American Heart Journal*, 143(1), 145-150. <https://doi.org/10.1067/mhj.2002.119894>
- Spertus, J. A., Jones, P., McDonell, M., Fan, V. et Fihn, S. D. (2002). Health status predicts long-term outcome in outpatients with coronary disease. *Circulation*, 106(1), 43-49. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000020688.24874.90>
- Spertus, J. A., Winder, J. A., Dewhurst, T. A., Deyo, R. A., Prodzinski, J., McDonell, M. et Fihn, S. D. (1995). Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *Journal American College Cardiology*, 25(2), 333-341. [https://doi.org/10.1016/0735-1097\(94\)00397-9](https://doi.org/10.1016/0735-1097(94)00397-9)
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Crane, R., Russell, S., Westberry, L., Barker, L., Johnson, E., Knight, J. et Marks, E. (1979). *The State-Trait Personality Inventory*. University of Florida Human Resources Institute.
- Stanik-Hutt, J. A. (2005). Management options for angina refractory to maximal medical and surgical interventions. *AACN Clinical Issues*, 16(3), 320-332. <https://doi.org/10.1097/00044067-200507000-00006>
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A., Reeves, B. C., Shepperd, S., Shrier, I., Stewart, L. A., Tilling, K., White, I. R., Whiting, P. F. et Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 366, l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Stone, P. H., Gratsiansky, N. A., Blokhin, A., Huang, I. Z., Meng, L. et ERICA Investigators. (2006). Antianginal efficacy of ranolazine when added to treatment with amlodipine: the ERICA (Efficacy of Ranolazine in Chronic Angina) trial. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(3), 566-575. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.05.044>
- Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H. et Rosenstock, I. M. (1986). The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*, 13(1), 73-92. <https://doi.org/doi:10.1177/109019818601300108>
- Sullivan, M. D., Ciechanowski, P. S., Russo, J. E., Spertus, J. A., Soine, L. A., Jordan-Keith, K. et Caldwell, J. H. (2008, Oct 31). Angina pectoris during daily activities and exercise stress testing: The role of inducible myocardial ischemia and psychological distress. *Pain*, 139(3), 551-561. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.06.009>

- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Tricco, A. C., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., Perrier, L., Hutton, B., Moher, D. et Straus, S. E. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medecine*, 13, 224. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0465-6>
- Tulppo, M. P., Kiviniemi, A. M., Lahtinen, M., Ukkola, O., Toukola, T., Perkiömäki, J., Juntila, M. J. et Huikuri, H. V. (2020). Physical activity and the risk for sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Circulation. Arrhythmia and electrophysiology*, 13(6), e007908. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.119.007908>
- Tylee, A., Barley, E. A., Walters, P., Achilla, E., Borschmann, R., Leese, M., McCrone, P., Palacios, J., Smith, A., Simmonds, R., Rose, D., Murray, J., van Marwijk, H., Williams, P. et Mann, A. (2016). UPBEAT-UK: a programme of research into the relationship between coronary heart disease and depression in primary care patients. *Programme Grants for Applied Research*, 4(8). <https://doi.org/10.3310/pgfar04080>
- U.S. National Library of Medicine. (2021). *Medical Subject Headings 2021*. <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
- Varker, T., Forbes, D., Dell, L., Weston, A., Merlin, T., Hodson, S. et O'Donnell, M. (2015). Rapid evidence assessment: increasing the transparency of an emerging methodology. *Journal of evaluation in clinical practice*, 21(6), 1199-1204. <https://doi.org/10.1111/jep.12405>
- Wagner, E. H., Austin, B. T. et Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank quarterly*, 74(4), 511-544.
- Ware, J. E. et Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Weintraub, W. S., Spertus, J. A., Kolm, P., Maron, D. J., Zhang, Z., Jurkowitz, C., Zhang, W., Hartigan, P. M., Lewis, C. et Veledar, E. (2008). Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *New England Journal of Medicine*, 359(7), 677-687.
- Weisbeck, S., Lind, C. et Ginn, C. (2019). Patient Empowerment: An Evolutionary Concept Analysis. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1148-1155.
- Wiener, C. L. (1975). The burden of rheumatoid arthritis: tolerating the uncertainty. *Social Science & Medicine*, 9(2), 97-104. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(75\)90101-8](https://doi.org/10.1016/0037-7856(75)90101-8)
- Yoshino, A., Okamoto, Y., Doi, M., Horikoshi, M., Oshita, K., Nakamura, R., Otsuru, N., Yoshimura, S., Tanaka, K., Takagaki, K., Jinnin, R., Yamashita, H., Kawamoto, M. et Yamawaki, S. (2015). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for somatoform pain disorder patients in Japan: A preliminary non-case-control study. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 69(12), 763-772. <https://doi.org/10.1111/pcn.12330>
- Yoshino, A., Okamoto, Y., Jinnin, R., Takagaki, K., Mori, A. et Yamawaki, S. (2019). Role of coping with negative emotions in cognitive behavioral therapy for persistent somatoform pain disorder: Is it more important than pain catastrophizing? *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 73(9), 560-565. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/pcn.12866>
- Zetta, S., Smith, K., Jones, M., Allcoat, P. et Sullivan, F. (2011). Evaluating the angina plan in patients admitted to hospital with angina: a randomized controlled trial. *Cardiovascular Therapeutic*, 29(2), 112-124. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5922.2009.00109.x>

- Zhang, Z., Kolm, P., Boden, W. E., Hartigan, P. M., Maron, D. J., Spertus, J. A., O'Rourke, R. A., Shaw, L. J., Sedlis, S. P., Mancini, G. B., Berman, D. S., Dada, M., Teo, K. K. et Weintraub, W. S. (2011). The cost-effectiveness of percutaneous coronary intervention as a function of angina severity in patients with stable angina. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 4(2), 172-182. <https://doi.org/10.1161/circoutcomes.110.940502>
- Zigmond, A. S. et Snaithe, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Annexe A : Stratégie de recherche

Plan de concepts

Mots clés	Population	Intervention	Comparaison	Résultats
De la question clinique	Patients souffrant d'angine réfractaire	Interventions d'autogestion	Toute autre intervention ou pas d'intervention	Symptômes d'angine et qualité de vie
Synonymes, mots clés ou concept	Refractory Angina Chronic Stable Angina Chronic Angina Stable Angina Recurrent Angina Chronic Cardiac Pain Angina Pectoris, Stable Microvascular Angina Cardiac Syndrome X Syndrome X, Angina Chest pain Anginal Equivalent Anginal-Equivalent Symptoms Incomplete Revascularization Myocardial Ischemia	Self- Management Self-Care Self-Monitoring Therapeutic Education Cognitive Behavioral Intervention Educational Intervention Patient Education Self-Monitoring	Wait-list Usual care Routine intervention Standard intervention Other intervention Alternative intervention No intervention Placebos Sham Treatment Control Groups	Angina symptoms Angina profile Physical well-being Psychological well-being Quality of life Health-Related Quality Of Life Life Quality
MeSH headings	Angina, Stable	Self- Management	Control Groups	Quality Of Life

Inspiré de Health-evidence.ca (2009a)

Recherche CINAHL et MEDLINE (Réalisée le 08 septembre 2021)

	CINAHL	Results	MEDLINE	Results
S1	(MH "Angina Pectoris+")	8 474	exp Angina Pectoris/	43 970
S2	TI (Angina* OR "Chronic Cardiac Pain" OR (cardiac N2 ("Syndrome X" OR "X Syndrome")) OR Stenocardia*) OR AB (Angina* OR "Chronic Cardiac Pain" OR (cardiac N2 ("Syndrome X" OR "X Syndrome")) OR Stenocardia*) OR MW (Angina* OR "Chronic Cardiac Pain" OR (cardiac N2 ("Syndrome X" OR "X Syndrome")) OR Stenocardia*)	13 846	(Angina* or "Chronic Cardiac Pain" or (cardiac adj2 ("Syndrome X" or "X Syndrome")) or Stenocardia*).ab,hw,kf,ti.	73455
S3	((MH "Self Care") OR (MH "Self-Management"))	43 743	Self Care/ or Self-Management/	37 701
S4	TI ((Self* N2 (Manag* OR Care OR Caring OR Monitor*)) OR (Monitor* N2 "one's condition")) OR AB ((Self* N2 (Manag* OR Care OR Caring OR Monitor*)) OR (Monitor* N2 "one's condition")) OR MW ((Self* N2 (Manag* OR Care OR Caring OR Monitor*)) OR (Monitor* N2 "one's condition"))	75 493	((Self* adj2 (Manag* OR Care OR Caring OR Monitor*)) OR (Monitor* adj2 "one's condition"))	77 341
S5	S1 ou S2	13 969	S1 ou S2	73 455
S6	S3 ou S4	75 493	S3 ou S4	77341
S7	S5 AND S6	343	S5 AND S6	98
S8	Opérateurs de restriction - Date de publication: 20120101-20211231	70	Opérateurs de restriction - Date de publication: 20120101-20211231	42

Annexe B : Plan de questions

Questions	Réponses des patients
Quels sujets souhaitez-vous aborder dans un programme d'autogestion des symptômes d'angine ?	
Quels sujets sont prioritaires selon vous ?	
Quels sujets sont moins importants selon vous ?	
Quel est le nombre de séances optimal pour un programme d'autogestion des symptômes selon vous ?	
Quelle est la durée optimale d'une séance d'un programme d'autogestion selon vous ?	
Quel est l'horaire optimal d'un programme d'autogestion ?	
Combien de jours entre les séances du programme sont préférables selon vous ?	
Préférez-vous un programme individuel ou en groupe ?	
Préférez-vous un programme d'autogestion avec des séances exclusivement en personne, au téléphone, en ligne ou une combinaison de ceux-ci ? (Modalité)	
Aimeriez-vous être jumelé à un compagnon (<i>buddy system</i>) afin d'échanger et de vous soutenir mutuellement dans vos apprentissages entre les séances du programme ?	
Auriez-vous d'autres suggestions concernant le déroulement d'un programme d'autogestion des symptômes d'angine ?	

Annexe C : Évaluation des risques de biais des études de la revue rapide

Kimble (2018)		
Questions de signalisation des biais	Citations du texte	Réponse
1. Biais résultant du processus de randomisation		
1.1 La séquence d'attribution était-elle aléatoire ?	« Following baseline data collection, the participants were randomized into their experimental group. »	NI
1.2 La séquence d'attribution a-t-elle été cachée jusqu'à ce que les participants soient inscrits et affectés aux interventions ?	« Within 2 weeks of hospital discharge, the research nurse contacted participants and provided the ASM or attention-control intervention phone call. »	NI
1.3 Les différences de base entre les groupes d'intervention suggèrent-elles un problème avec le processus de randomisation ?	« No significant differences between the two groups were demonstrated at baseline, except for the baseline measure of anxiety, where the ASM group demonstrated significantly greater anxiety. »	N
Jugement de risque de biais		Some concerns
2. Biais dû aux déviations par rapport aux interventions prévues		
2.1 Les participants étaient-ils au courant de l'intervention qui leur avait été assignée pendant l'essai ?	« Participants were blinded to their group assignment. »	N
2.2 Les soignants et les personnes réalisant les interventions étaient-ils au courant de l'intervention assignée aux participants pendant l'essai ?	«...single-blind ... » «...the research nurse contacted participants and provided the ASM or attention-control intervention telephone call. »	Y
2.3 Si Y/PY/NI à 2.1 ou 2.2 : Y a-t-il eu des écarts par rapport à l'intervention prévue en raison du contexte de l'essai ?		NI
2.4 Si Y/PY/NI à 2.3 : Ces écarts étaient-ils susceptibles d'avoir affecté le résultat ?	Non applicable	

2.5 Si Y/PY à 2.4 : Ces écarts par rapport à l'intervention prévue étaient-ils équilibrés entre les groupes ?	Non applicable	
2.6 Une analyse appropriée a-t-elle été utilisée pour estimer l'effet de l'affectation à l'intervention ?	« Did not receive allocated intervention = 0 » (in both groups) Raisonné de supposer qu'une analyse <i>modified-intention-to-treat</i> a été effectuée.	PY
2.7 Si N/PN/NI à 2.6 : Y avait-il un potentiel d'impact substantiel (sur le résultat) de l'échec de l'analyse des participants du groupe dans lequel ils ont été randomisés ?	Non applicable	
Jugement de risque de biais		Some concerns
3. Biais dû à des données de résultats manquantes		
3.1 Les données pour ce résultat étaient-elles disponibles pour tous, ou presque tous, les participants randomisés ?	Discontinued intervention = 0 (in both groups) Lost to follow-up in intervention group: n = 9 (n=5 non response, n=3 deceased, 1= family illness) Lost to follow-up in attention-control group= 11 (n=10 non response, n=1 too ill) Pas de mention d'analyse <i>modified intention-to-treat</i> .	N
3.2 Si N/PN/NI à 3.1 : Existe-t-il des preuves que le résultat n'a pas été biaisé par des données de résultat manquantes ?	Aucune méthode d'analyse qui corrige les biais ou analyse de sensibilité effectuée.	N
3.3 Si N/PN à 3.2 : L'absence dans le résultat pourrait-elle dépendre de sa vraie valeur ?	n=3 deceased in intervention group n=1 too ill in attention-control group	PN
3.4 Si Y/PY/NI à 3.3 : Est-il probable que l'absence du résultat dépende de sa vraie valeur ?	Non applicable	
Jugement de risque de biais		Low risk
4. Biais dans la mesure du résultat		
4.1 La méthode de mesure du résultat était-elle inappropriée ?	« ... measured with the exertional capacity subscale and the angina frequency subscales of the Seattle	N

	Angina Questionnaire (SAQ). A valid and reliable instrument,... »	
4.2 La mesure ou la constatation du résultat aurait-elle pu différer entre les groupes d'intervention ?	«Between 3 and 6 months after discharge, study questionnaire were mailed to participants with a request that they be completed and returned in the postage paid envelope addressed to the study office. »	N
4.3 Si N/PN/NI à 4.1 et 4.2 : Les évaluateurs des résultats étaient-ils au courant de l'intervention reçue par les participants à l'étude ?	«Participants were blinded to their group assignment. »	N
4.4 Si Y/PY/NI à 4.3 : L'évaluation du résultat a-t-elle pu être influencée par la connaissance de l'intervention reçue ?		NA
4.5 Si Y/PY/NI à 4.4 : Est-il probable que l'évaluation du résultat ait été influencée par la connaissance de l'intervention reçue ?		NA
Jugement de risque de biais		Low risk
5. Biais dans la sélection du résultat rapporté		
5.1 Les données qui ont produit ce résultat ont-elles été analysées conformément à un plan d'analyse prédéfini qui a été finalisé avant que les données de résultat sans insu ne soient disponibles pour l'analyse ?		NI
Le résultat numérique évalué est-il susceptible d'avoir été sélectionné, sur la base des résultats, parmi :		
5.2 ... plusieurs mesures de résultats éligibles (p. ex. échelles, définitions, points dans le temps) dans le domaine de résultats ?		N
5.3 ... plusieurs analyses éligibles des données ?		N
Jugement de risque de biais		Some concerns
Global : Cote globale de risque de biais		
Jugement de risque de biais		Some concerns

Tylee et al. (2016)		
Questions de signalisation des biais	Citations du texte	Réponse
1. Biais résultant du processus de randomisation		
1.1 La séquence d'attribution était-elle aléatoire ?	«A random permuted block design was used to balance the numbers between groups. »	Y
1.2 La séquence d'attribution a-t-elle été cachée jusqu'à ce que les participants soient inscrits et affectés aux interventions ?	« Randomisation at the patient level was conducted independently by the Mental Health and Neurosciences Clinical Trials at King's College London. »	Y
1.3 Les différences de base entre les groupes d'intervention suggèrent-elles un problème avec le processus de randomisation ?	« Participants in each group had similar mean age, mean years in education and mean BMI score compared. The PC group had more males, people of non-white ethnicity and people in paid employment compared to the TAU group. The TAU group had more females, more non-drinkers and more people in this group lived alone compared to the PC group. Those randomised to PC had marginally greater IMD scores than those in the TAU group indicating slightly higher levels of deprivation. However, differences between the groups appeared small. »	N
Jugement de risque de biais		Low risk
2. Biais dû aux déviations par rapport aux interventions prévues		
2.1 Les participants étaient-ils au courant de l'intervention qui leur avait été assignée pendant l'essai ?	« In a randomised comparison of this type, patient blinding is clearly impossible. » «... participants were asked at the beginning of each follow-up interview not to mention if they had been in contact with other study staff. »	Y
2.2 Les soignants et les personnes réalisant les interventions étaient-ils au courant de l'intervention assignée aux participants pendant l'essai ?	«The nurse acting as case manager conducts a standardised, face to face, bio psychosocial assessment (including physical and mental health, ...»	Y
2.3 Si Y/PY/NI à 2.1 ou 2.2 : Y a-t-il eu des écarts par rapport à l'intervention prévue en raison du contexte de l'essai ?		NI

2.4 Si Y/PY/NI à 2.3 : Ces écarts étaient-ils susceptibles d'avoir affecté le résultat ?	Non applicable	
2.5 Si Y/PY à 2.4 : Ces écarts par rapport à l'intervention prévue étaient-ils équilibrés entre les groupes ?	Non applicable	
2.6 Une analyse appropriée a-t-elle été utilisée pour estimer l'effet de l'affectation à l'intervention ?	«Based on the intention- to- treat principle, these were included in all analyses; a sensitivity analysis found that our conclusions were unaffected when these patients were omitted from the analyses. » « The intention-to-treat principle was used for all analyses. »	Y
2.7 Si N/PN/NI à 2.6 : Y avait-il un potentiel d'impact substantiel (sur le résultat) de l'échec de l'analyse des participants du groupe dans lequel ils ont été randomisés ?	Non applicable	
Jugement de risque de biais		Some concerns
3. Biais dû à des données de résultats manquantes		
3.1 Les données pour ce résultat étaient-elles disponibles pour tous, ou presque tous, les participants randomisés ?	« Attrition was low (7/81 =9%), with data collected at one or more follow up points for 79 people (98%). »	Y
3.2 Si N/PN/NI à 3.1 : Existe-t-il des preuves que le résultat n'a pas été biaisé par des données de résultat manquantes ?	Non applicable	
3.3 Si N/PN à 3.2 : L'absence dans le résultat pourrait-elle dépendre de sa vraie valeur ?	Non applicable	
3.4 Si Y/PY/NI à 3.3 : Est-il probable que l'absence du résultat dépende de sa vraie valeur ?	Non applicable	
Jugement de risque de biais		Low risk
4. Biais dans la mesure du résultat		

4.1 La méthode de mesure du résultat était-elle inappropriée ?	« Self-reported chest pain was measured using the modified Rose angina questionnaire. » «The original validation criterion was agreement with CHD diagnosis in GP medical notes but since then it has been used as a useful predictor of subsequent cardiovascular events in the longer term. » «... the agreement between a positive response on the Rose and concurrent clinical testing for evidence of CHD can be poor. » «... questionnaire investigating on chest pain, which is widely used to determine the presence of angina in clinical populations. »	PN
4.2 La mesure ou la constatation du résultat aurait-elle pu différer entre les groupes d'intervention ?	« Research assistants who were blind to allocation collected data at baseline and at 1, 6 and 12 months post randomisation. »	N
4.3 Si N/PN/NI à 4.1 et 4.2 : Les évaluateurs des résultats étaient-ils au courant de l'intervention reçue par les participants à l'étude ?	« To ensure that those responsible for outcome data collection were blind to participants' allocation status, participants were asked at the beginning of each follow-up interview not to mention if they had been in contact with other study staff. » « It was therefore not possible to test formally whether or not those collecting data remained blinded to the patients' allocation status. However, it was noted that some participants had reported contact with the case manager. »	PY
4.4 Si Y/PY/NI à 4.3 : L'évaluation du résultat a-t-elle pu être influencée par la connaissance de l'intervention reçue ?		PY
4.5 Si Y/PY/NI à 4.4 : Est-il probable que l'évaluation du résultat ait été influencée par la connaissance de l'intervention reçue ?		PN
Jugement de risque de biais		Some concerns
5. Biais dans la sélection du résultat rapporté		
5.1 Les données qui ont produit ce résultat ont-elles été analysées conformément à un plan d'analyse prédéfini qui a été finalisé avant que les	« We developed a single statistical model to estimate the difference in mean scores between participants randomised to PC and TAU across the three follow-up points (one, six and twelve months). A linear mixed effect model for longitudinal data (random intercept	Y

données de résultat sans insu ne soient disponibles pour l'analyse ?	model) was used to estimate (using maximum likelihood) the difference between treatment arms in scores at 1, 6 and 12 months overall. »	
Le résultat numérique évalué est-il susceptible d'avoir été sélectionné, sur la base des résultats, parmi :		
5.2 ... plusieurs mesures de résultats éligibles (p. ex. échelles, définitions, points dans le temps) dans le domaine de résultats ?		N
5.3 ... plusieurs analyses éligibles des données ?		N
Jugement de risque de biais		Low risk
Global : Cote globale de risque de biais		
Jugement de risque de biais		Some concerns

Moattari et al. (2014)		
Questions de signalisation des biais	Citations du texte	Réponse
1. Biais résultant du processus de randomisation		
1.1 La séquence d'attribution était-elle aléatoire ?	«The simple randomization method was used for group assignment. »	Y
1.2 La séquence d'attribution a-t-elle été cachée jusqu'à ce que les participants soient inscrits et affectés aux interventions ?		NI
1.3 Les différences de base entre les groupes d'intervention suggèrent-elles un problème avec le processus de randomisation ?	«To ensure that the experimental and control groups were matched in terms of qualitative and demographic variables, the Chi-square test was used before the intervention ... This test confirmed no statistically significant differences between experimental and control groups for any of these variables. »	N
Jugement de risque de biais		Some concerns
2. Biais dû aux déviations par rapport aux interventions prévues		
2.1 Les participants étaient-ils au courant de l'intervention qui leur avait été assignée pendant l'essai ?		NI
2.2 Les soignants et les personnes réalisant les	«...single-blind ... »	Y

interventions étaient-ils au courant de l'intervention assignée aux participants pendant l'essai ?	«...the research nurse contacted participants and provided the ASM or attention-control intervention telephone call. »	
2.3 Si Y/PY/NI à 2.1 ou 2.2 : Y a-t-il eu des écarts par rapport à l'intervention prévue en raison du contexte de l'essai ?		NI
2.4 Si Y/PY/NI à 2.3 : Ces écarts étaient-ils susceptibles d'avoir affecté le résultat ?	Non applicable	
2.5 Si Y/PY à 2.4 : Ces écarts par rapport à l'intervention prévue étaient-ils équilibrés entre les groupes ?	Non applicable	
2.6 Une analyse appropriée a-t-elle été utilisée pour estimer l'effet de l'affectation à l'intervention ?	«All participants received their allocated intervention. » «All participants were included in analysis. » Raisonné de supposer qu'une analyse <i>modified-intention-to-treat</i> a été effectuée.	Y
2.7 Si N/PN/NI à 2.6 : Y avait-il un potentiel d'impact substantiel (sur le résultat) de l'échec de l'analyse des participants du groupe dans lequel ils ont été randomisés ?	Non applicable	
Jugement de risque de biais		Some concerns
3. Biais dû à des données de résultats manquantes		
3.1 Les données pour ce résultat étaient-elles disponibles pour tous, ou presque tous, les participants randomisés ?	«Lost to follow-up = 0 » (in both groups)	Y
3.2 Si N/PN/NI à 3.1 : Existe-t-il des preuves que le résultat n'a pas été biaisé par des données de résultat manquantes ?	Non applicable	

3.3 Si N/PN à 3.2 : L'absence dans le résultat pourrait-elle dépendre de sa vraie valeur ?	Non applicable	
3.4 Si Y/PY/NI à 3.3 : Est-il probable que l'absence du résultat dépende de sa vraie valeur ?	Non applicable	
Jugement de risque de biais		Low risk
4. Biais dans la mesure du résultat		
4.1 La méthode de mesure du résultat était-elle inappropriée ?	«The SAQ is the leading health-related QoL measure for patients with CAD. »	N
4.2 La mesure ou la constatation du résultat aurait-elle pu différer entre les groupes d'intervention ?	« SAQ and HADS questionnaires were completed by both experimental and control groups at baseline and immediately after the intervention under the supervision of the researchers. »	N
4.3 Si N/PN/NI à 4.1 et 4.2 : Les évaluateurs des résultats étaient-ils au courant de l'intervention reçue par les participants à l'étude ?	Aucune mention que les participants étaient aveugles à leur assignation de groupe	PY
4.4 Si Y/PY/NI à 4.3 : L'évaluation du résultat a-t-elle pu être influencée par la connaissance de l'intervention reçue ?		PY
4.5 Si Y/PY/NI à 4.4 : Est-il probable que l'évaluation du résultat ait été influencée par la connaissance de l'intervention reçue ?		PY
Jugement de risque de biais		High risk
5. Biais dans la sélection du résultat rapporté		
5.1 Les données qui ont produit ce résultat ont-elles été analysées conformément à un plan d'analyse prédéfini qui a été finalisé avant que les données de résultat sans insu ne soient disponibles pour l'analyse ?		NI

Le résultat numérique évalué est-il susceptible d'avoir été sélectionné, sur la base des résultats, parmi :	
5.2 ... plusieurs mesures de résultats éligibles (p. ex. échelles, définitions, points dans le temps) dans le domaine de résultats ?	N
5.3 ... plusieurs analyses éligibles des données ?	N
Jugement de risque de biais	Some concerns
Global : Cote globale de risque de biais	
Jugement de risque de biais	High risk

Adapté de Sterne et al. (2019). Y=oui ; PY=probablement oui ; PN=probablement non ; N=non ; NA=non applicable ; NI = aucune information. Une cote de risque bas, quelques préoccupations ou risque élevé est associée à chaque domaine.

Annexe D : L’outil Cochrane Collaboration pour l’évaluation des risques de biais

Domaine	Source	Soutien au jugement	Type de biais
Sélection	Génération de séquences aléatoires	Décrire la méthode utilisée pour générer la séquence d’allocation avec assez de détails afin de permettre d’évaluer si cela a permis de produire des groupes comparables.	Biais de sélection (allocation biaisée à l’intervention) dû à une génération inadéquate.
	Allocation de dissimulation	Décrire la méthode pour permettre l’aveuglement de la séquence d’allocation avec assez de détails pour déterminer si l’intervention d’allocation aurait pu être prédite avant ou pendant l’enrôlement.	Biais de sélection (allocation biaisée à l’intervention) dû à une dissimulation inadéquate.
Performance	Mise en place d’insu pour les participants ou le personnel*	Décrire toutes les mesures utilisées pour créer l’aveuglement chez les participants de l’étude et chez les chercheurs par rapport à savoir quelle intervention un participant a reçue. Fournir toute information relatant si l’aveuglement souhaité a été efficace.	Biais de performance dû à la connaissance des participants et du personnel de l’allocation des interventions.
Détection	Mise en place d’insu pour les résultats l’évaluation*	Décrire toutes les mesures utilisées, s’il y en a eu, pour créer l’aveuglement de l’évaluation des résultats de la connaissance de quelle intervention un participant a reçu. Fournir toute information relatant si l’aveuglement souhaité a été efficace.	Biais de détection dû à la connaissance de l’allocation de l’intervention.
Attrition	Données incomplètes des résultats*	Décrire si l’intégralité des données est présente pour chacun des résultats principaux, incluant l’attrition et les exclusions de l’analyse. Nommer si l’attrition et les exclusions ont été rapportées, le chiffre dans chaque groupe d’intervention (comparer avec le total de participants randomisé), si la raison de l’attrition ou de l’exclusion a été rapportée et si des réinclusions dans l’analyse ont été faites.	Biais d’attrition dû à la quantité, la nature ou la manipulation de données incomplètes.
Déclaration	Communication sélective des résultats*	Indiquer à quel point la déclaration des résultats a été sélective et ce qui a été trouvé.	Biais de déclaration.

Autres	Tout autre élément, idéalement préétabli	Indiquer toute préoccupation importante sur un biais qui n'aurait pas été rapporté selon les autres domaines de cet outil.	Biais dû à des problèmes qui n'ont pas déjà été couverts.
---------------	--	--	---

Adapté de Higgins et al. (2011). Une cote de risque bas, risque indéfini ou risque élevé est associée à chaque critère. *Chaque résultat principal ou chaque classe de résultats devrait être évalué.

Annexe E : Documentation pour les patients-partenaires

Titre du projet

Développement d'une intervention d'autogestion pour les patients souffrant d'angine réfractaire (AR) en collaboration avec des patients partenaires

Nature du projet

Développer une intervention d'autogestion des symptômes d'angine en collaboration avec des patients partenaires. Les patients sont les experts **de la vie avec la maladie**, tandis que les infirmières/médecins sont les experts de la maladie. Les patients partenaires partagent leurs avis et leurs expériences afin d'améliorer les soins pour l'ensemble des patients souffrant d'AR. Création d'une relation de co-apprentissage entre les patients partenaires et l'étudiante. L'approche patient-partenaire encourage la prise de décisions de soins selon une approche personnalisée en fonction des valeurs, des objectifs de vie et des préférences particulières à chaque patient.

Objectifs du projet

1.1 Identifier **les thèmes et les caractéristiques** idéales d'une intervention d'autogestion des symptômes d'angine.

1.2 Identifier **la structure** idéale d'une intervention d'autogestion des symptômes d'angine.

Implication des patients-partenaires

1.1 Deux rencontres en ligne (TEAMS) d'environ 2h pour un partage d'information, des discussions et des délibérations avec l'étudiante.

1.2 Partager activement ses besoins et ses préoccupations sur l'autogestion de l'angine.

1.3 Partager son expérience de vie avec la maladie (ex : apprentissages pour vivre mieux avec l'angine) afin d'en faire bénéficier d'autres patients.

1.4 Être capable de se mettre dans « les souliers » d'autres patients avec AR et trouver des solutions à des problèmes communs.

1.5 Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Le respect de la vision et des opinions des autres est essentiel.

1.6 Soyez assurés que votre nom et vos informations personnelles n'apparaîtront pas dans le travail de l'étudiante.

Merci pour votre implication afin d'aider l'ensemble des patients souffrant d'AR !

Identification de la base théorique

Les déterminants de la vie avec l'angine réfractaire sont **la dépendance** envers l'entourage, **l'incertitude**, une **diminution du sentiment d'auto-efficacité** et une **diminution de la qualité de vie relié à la santé**.

Qu'est-ce que le sentiment d'auto-efficacité ?

Le concept d'auto-efficacité de Bandura (1977) se définit par la confiance d'un individu en ses habiletés et sa capacité à exécuter une tâche ou atteindre un comportement de santé avec succès, et ce indépendamment du contexte. Le niveau d'auto-efficacité pour l'adoption d'un comportement de santé spécifique dépend des connaissances et des compétences en lien avec ce comportement. De plus, le niveau d'auto-efficacité influence la confiance de la personne en ses capacités à mobiliser les ressources cognitives nécessaires afin d'accomplir la tâche avec succès (Bandura, 1982; Bandura, 1986; Bandura, 1991). À son tour, le sentiment d'auto-efficacité influence le niveau de motivation, l'humeur et les attitudes d'une personne quant à l'adoption d'un comportement de santé spécifique (Bandura, 1977, 1990; Strecher et al., 1986). De plus, l'adoption d'un comportement de santé dépend de la valeur du résultat anticipée par l'individu (Bandura, 1977).

Puisque ce sont des évaluations subjectives, ces perceptions peuvent être modulées à l'aide de quatre stratégies, soit la maîtrise active, le *modeling*, la persuasion verbale et la réinterprétation de l'état physiologique (Bandura, 1991). La maîtrise active réfère à l'accomplissement de petits

objectifs dans le but de développer la compétence de la personne face à l'adversité (Bandura, 1991). Cette source d'auto-efficacité est la plus puissante puisqu'elle bâtit la compétence de la personne d'après des expériences de succès propre à l'individu. Le *modeling* (modèle de rôle), quant à lui, s'intéresse à l'évaluation de la capacité de la personne à effectuer une tâche en se comparant aux réussites d'individus semblables.

Chez les patients souffrant de maladie coronarienne athérosclérotique, le sentiment d'auto-efficacité diminue les symptômes d'angine et les limitations physiques et améliore la qualité de vie (Allahverdipour et al., 2013). Cette relation est indépendante de la sévérité de la maladie coronarienne, des caractéristiques démographiques et des symptômes dépressifs (Sarkar et al., 2007). Selon la théorie cognitive et sociale de Bandura (1986), le sentiment d'auto-efficacité à exercer du contrôle sur des situations indésirables stressantes diminue l'impact négatif physiologique de ces situations sur le système nerveux autonome. Ainsi, plus un événement est prévisible et contrôlable, et moins grande sera l'activation d'hormones de stress (Bandura, 1991).

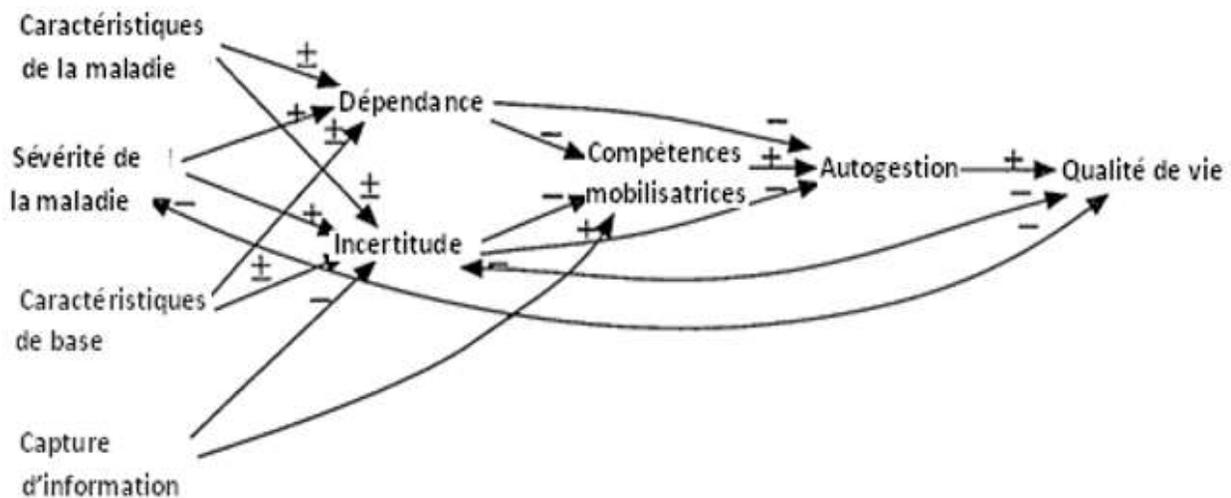
Le *Self-Help Model* de Braden (1993) (Figure 1) met en relation les thèmes de l'angine réfractaire en lien avec le processus d'autogestion. Ce modèle décrit la réponse acquise d'autogestion face à l'expérience de la maladie chronique à l'aide des déterminants suivants : sévérité de la maladie, dépendance, sentiment d'incertitude, compétences mobilisatrices, autogestion et qualité de vie. Ce modèle suggère que la perception de la sévérité de la maladie accroît les sentiments de dépendance et d'incertitude, lesquels ont pour effet de diminuer le sentiment d'auto-efficacité, l'autogestion et la qualité de vie. Braden (1990a) réfère au terme autogestion (*learned self-help*) proposé par Robinson (1982) qui se décline ainsi : « se concentrer sur un problème clair, compréhensible afin de le gérer, et par la suite se construire une nouvelle vie en tant que personne et ainsi gérer son destin » (traduction libre, p. 189).

Cette théorie reconnaît la résilience de la personne devant l'adversité en proposant que la personne puise dans ses ressources afin **d'apprendre à gérer les revers pour mieux vivre avec la maladie chronique**. Ainsi, la perception de la sévérité de la maladie est le stimulus de l'adaptation à la maladie chronique par l'apprentissage de compétences telles que la résolution de problèmes, le recadrage cognitif et l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité. L'apprentissage de ces

compétences permet de contrer l'effet nuisible de l'incertitude et de la dépendance sur la capacité d'exercer des soins.

En décrivant les relations entre les variables de l'autogestion, le *Self-Help Model* offre une base solide pour guider le développement d'interventions infirmières ayant pour objectif d'améliorer la qualité de vie par l'amélioration des compétences mobilisatrices. Par conséquent, l'apprentissage de compétences mobilisatrices tel que le sentiment d'auto-efficacité augmente la capacité d'autogestion afin de s'adapter à une maladie chronique. Ainsi, ce modèle servira à identifier les activités à inclure dans l'intervention pour gérer le sentiment de dépendance et d'incertitude et améliorer le sentiment d'auto-efficacité. Il servira aussi de base pour expliquer les effets attendus des différentes composantes des interventions.

Figure 1. – Modèle d'autogestion (Self-help model).



Traduit de Braden (1993)