
Insuffisance cardiaque en maison de repos et de soins : concordance entre les compétences infirmières et les caractéristiques des patients.

Auteur : Freuille, Margot

Promoteur(s) : Chevalier, Sabrina; 19490

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/17252>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Margot Freuville. Je suis infirmière dans un service de cardiologie et je suis actuellement étudiante en deuxième master de Sciences Infirmières à l'Université de Liège.

Ainsi, en vue d'obtenir le grade d'Infirmière en Pratique Avancée, je réalise un mémoire dont la question de recherche est : « Quelles sont les compétences des infirmiers qui coïncident avec les caractéristiques des patients atteints d'insuffisance cardiaque qui résident dans une maison de repos et de soins ? ».

L'insuffisance cardiaque est une pathologie très répandue dans notre pays et affecte principalement des personnes âgées. Il s'agit d'une maladie causée par un dysfonctionnement cardiaque qui empêche le cœur de fournir au corps, un débit sanguin suffisant par rapport à ses besoins, autrement dit le cœur est fatigué. Cette pathologie entraîne notamment des symptômes de fatigue, d'essoufflements, une accumulation de liquide dans les jambes et des sensations de palpitations.

Il s'agit d'ailleurs d'une maladie fréquente chez les résidents de maisons de repos malgré une détection de la maladie difficile en raison des autres maladies dont souffrent les patients. Afin d'offrir aux patients une prise en soin optimale, les infirmiers possèdent des compétences adaptées aux caractéristiques des résidents atteints d'insuffisance cardiaque. Cependant, jusqu'à présent, aucune étude n'a analysé la concordance entre les compétences des infirmiers et les caractéristiques des patients atteints d'insuffisance cardiaque en maison de repos et de soins.

Afin d'éclaircir cette problématique, je vous invite à répondre à toutes les questions suivantes qui sont tirées du questionnaire validé « Cardiomyopathy Questionnaire Kansas City » qui a pour objectif d'évaluer les caractéristiques des patients atteints d'insuffisance cardiaque. (1). La participation à cette étude est volontaire et vous prendra approximativement 20 minutes. Les réponses collectées seront anonymes et seront seulement utilisées lors de la réalisation de ce mémoire. Cette étude a été validée par le comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège avec le numéro 2022/257.

D'avance, je vous remercie pour votre participation. Je reste disponible pour répondre à vos questions à l'adresse mail suivante : margot.freuville@student.uliege.be ou par téléphone au : 0484/84.77.89

Questionnaire à l'attention des patients atteints d'insuffisance cardiaque résidant en maison de repos et de soins.

Case réservée au chercheur.

PatICN° _____

1. Données sociodémographiques

Âge : ____ ans

Genre :

- Féminin
- Masculin

Niveau d'étude le plus élevé :

- Primaire
- Secondaire
- Supérieur
- Universitaire
- Autre : _____

Êtes-vous atteint d'insuffisance cardiaque ?

- Non
 - Si non, veuillez arrêter le questionnaire ici.
- Oui
 - Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes ;

Depuis combien de temps être vous atteint d'insuffisance cardiaque ?

_____ (nombre d'années)

Depuis combien de temps êtes-vous résident de cette maison de repos ?

_____ (nombre d'années)

2. Questionnaire sur l'insuffisance cardiaque (Kansas City) (1)

Questionnaire sur l'insuffisance cardiaque (Kansas City)

Ce questionnaire concerne votre **insuffisance cardiaque** et son impact sur votre vie. Veuillez lire et répondre aux questions suivantes. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Choisissez simplement la réponse qui correspond le mieux à votre cas.

1. L'**insuffisance cardiaque** affecte différentes personnes de différentes manières. Certaines personnes souffrent plutôt d'essoufflement, tandis que d'autres ressentent plutôt de la fatigue. Veuillez indiquer dans quelle mesure votre capacité d'entreprendre chacune des activités suivantes a été limitée par l'**insuffisance cardiaque** (p. ex., essoufflement ou fatigue) au cours des 2 dernières semaines.

Cochez (✓ ou X) une seule case par ligne.

Activité	Extrêmement limité(e)	Assez limité(e)	Modérément limité(e)	Légèrement limité(e)	Pas limité(e) du tout	Limité(e) pour d'autres raisons ou n'ai pas fait cette activité
Vous habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche/un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher la distance d'un coin de rue sur terrain plat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire du jardinage, du ménage, ou porter des sacs d'épicerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter un étage par les escaliers sans vous arrêter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire du jogging ou vous dépêcher (comme pour ne pas manquer un autobus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Par rapport à il y a 2 semaines, vos symptômes d'**insuffisance cardiaque** (p. ex., essoufflement, fatigue ou enflure des chevilles) ont-ils changé?

Mes symptômes d'**insuffisance cardiaque**...

Ont fortement empiré	Ont légèrement empiré	N'ont pas changé	Se sont légèrement améliorés	Se sont fortement améliorés	Je n'ai pas eu de symptômes au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu les jambes, les chevilles ou les pieds **enflés** en vous réveillant le matin?

Tous les matins	Au moins 3 fois par semaine mais pas tous les jours	1 ou 2 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Pas une fois au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure l'**enflure** de vos pieds, de vos chevilles ou de vos jambes vous a-t-elle dérangé(e)?

L'enflure a été...

Extrêmement dérangeante	Assez dérangeante	Modérément dérangeante	Légèrement dérangeante	Pas du tout dérangeante	Je n'ai pas eu d'enflure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois la **fatigue** a-t-elle limité votre capacité de faire ce que vous vouliez?

Tout le temps	Plusieurs fois par jour	Au moins une fois par jour	Au moins 3 fois par semaine mais pas tous les jours	1 ou 2 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Pas une fois au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure la **fatigue** vous a-t-elle dérangé(e)?

La fatigue a été...

Extrêmement dérangeante	Assez dérangeante	Modérément dérangeante	Légèrement dérangeante	Pas du tout dérangeante	Je n'ai pas eu de fatigue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois l'**essoufflement** a-t-il limité votre capacité de faire ce que vous vouliez?

Tout le temps	Plusieurs fois par jour	Au moins une fois par jour	Au moins 3 fois par semaine mais pas tous les jours	1 ou 2 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Pas une fois au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure l'**essoufflement** vous a-t-il dérangé(e)?

L'essoufflement a été...

Extrêmement dérangeant	Assez dérangeant	Modérément dérangeant	Légèrement dérangeant	Pas du tout dérangeant	Je n'ai pas eu d'essoufflement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Au cours des 2 dernières semaines, en moyenne, combien de fois avez-vous dû dormir assis(e) dans un fauteuil ou soutenu(e) par des oreillers à cause de problèmes d'**essoufflement**?

Toutes les nuits	Au moins 3 fois par semaine mais pas toutes les nuits	1 ou 2 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Pas une fois au cours des 2 dernières semaines
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Les symptômes d'**insuffisance cardiaque** peuvent empirer pour diverses raisons. Dans quelle mesure êtes-vous sûr(e) de savoir quoi faire ou qui appeler si vos symptômes empirent?

Pas sûr(e) du tout	Pas très sûr(e)	Assez sûr(e)	Presque sûr(e)	Tout à fait sûr(e)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Comprenez-vous bien ce que vous pouvez faire pour éviter que les symptômes liés à votre **insuffisance cardiaque** empirent (p. ex., vous peser régulièrement, suivre un régime pauvre en sel, etc.)?

Je ne comprends pas du tout	Je ne comprends pas très bien	Je comprends bien	Je comprends plutôt bien	Je comprends très bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Au cours des 2 dernières semaines, dans quelle mesure votre **insuffisance cardiaque** vous a-t-elle empêché(e) de profiter de la vie?

Énormément	Beaucoup	Modérément	Légèrement	Pas du tout
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Si vous deviez passer le reste de votre vie dans votre état actuel d'**insuffisance cardiaque**, comment vous sentiriez-vous?

Pas du tout satisfait(e) Plutôt insatisfait(e) Assez satisfait(e) Plutôt satisfait(e) Tout à fait satisfait(e)

14. Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou déprimé(e) à cause de votre **insuffisance cardiaque**?

Tout le temps La plupart du temps Occasionnellement Rarement Jamais

15. Dans quelle mesure votre **insuffisance cardiaque** affecte-t-elle votre mode de vie? Veuillez indiquer de quelle façon votre **insuffisance cardiaque** a pu limiter votre participation aux activités suivantes, au cours des 2 dernières semaines.

Cochez (✓ ou X) une seule case par ligne.

Activité	Extrêmement limité(e)	Assez limité(e)	Modérément limité(e)	Légèrement limité(e)	Pas limité(e) du tout	Limité(e) pour d'autres raisons ou n'ai pas fait cette activité
Passe-temps, activités de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités liées à votre emploi ou tâches ménagères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rendre visite à de la parenté ou à des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations intimes ou sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Questions supplémentaires

Évaluez les affirmations suivantes de manière personnelle et selon votre vie avec l'insuffisance cardiaque. Pour ce faire, veuillez cocher une seule proposition allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord avec chaque affirmation proposée ci-dessous.

- 1) Au cours des deux dernières semaines, avez-vous vécu un événement auquel vous ne vous attendiez pas en rapport avec votre pathologie cardiaque ?

<input type="radio"/> Pas du tout d'accord	<input type="radio"/> Pas d'accord	<input type="radio"/> Sans avis	<input type="radio"/> Plutôt d'accord	<input type="radio"/> Tout à fait d'accord
--	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--

- 2) Avez-vous envie d'être impliqué dans les soins qui vous sont procurés ? (Exemples : participer à la prise de décision, surveiller votre pathologie, connaître vos traitements, etc.)

<input type="radio"/> Pas du tout d'accord	<input type="radio"/> Pas d'accord	<input type="radio"/> Sans avis	<input type="radio"/> Plutôt d'accord	<input type="radio"/> Tout à fait d'accord
--	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--

- 3) Vous sentez-vous capables de participer à vos soins de santé ? (Exemples : surveiller votre poids, vos symptômes, votre régime alimentaire, etc.)

<input type="radio"/> Pas du tout d'accord	<input type="radio"/> Pas d'accord	<input type="radio"/> Sans avis	<input type="radio"/> Plutôt d'accord	<input type="radio"/> Tout à fait d'accord
--	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--

- 4) Avez-vous l'impression d'avoir assez de connaissance sur l'insuffisance cardiaque, sur les traitements et sur le pronostic ?

<input type="radio"/> Pas du tout d'accord	<input type="radio"/> Pas d'accord	<input type="radio"/> Sans avis	<input type="radio"/> Plutôt d'accord	<input type="radio"/> Tout à fait d'accord
--	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--

- 5) Souhaitez-vous que le personnel infirmier vous apporte plus d'explication concernant l'insuffisance cardiaque, les symptômes, les traitements et les complications ?

<input type="radio"/> Pas du tout d'accord	<input type="radio"/> Pas d'accord	<input type="radio"/> Sans avis	<input type="radio"/> Plutôt d'accord	<input type="radio"/> Tout à fait d'accord
--	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--

Je vous remercie pour votre participation !

4. Bibliographie

1. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus JA. Development and Evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A New Health Status Measure for Heart Failure. *J Am Coll Cardiol* 2000 ;35(5):1245-55. doi: 10.1016/s0735-1097(00)00531-3