



Université du Québec  
à Rimouski

**RÔLES ET STRATÉGIES DES INFIRMIÈRES POUR  
FAVORISER L'ADHÉSION À LA PRISE DE VITAMINES ET  
DE MINÉRAUX CHEZ LES PATIENTS AYANT SUBI UNE  
CHIRURGIE BARIATRIQUE**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© NATHALIE CHOUINARD

Avril 2019

**Composition du jury :**

**Johanne Hébert, présidente du jury, UQAR**

**Lily Lessard, directrice de recherche, UQAR**

**Hélène Sylvain, codirectrice de recherche, UQAR**

**Dr. Simon Marceau, examinateur externe, Université Laval**

Dépôt initial le 20 décembre 2018

Dépôt final le 23 avril 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI  
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

Ce mémoire est dédié à toutes les personnes qui ont cru en moi et à mon projet d'étude durant ces six dernières années et qui m'ont supportée dans les moments plus difficiles. Merci à ma famille et mes amis pour leur soutien. Une pensée toute spéciale pour ma mère décédée en 2008 qui serait sûrement fière de moi aujourd'hui.

## RÉSUMÉ

La chirurgie bariatrique constitue actuellement la meilleure option pour permettre une perte de poids durable chez les personnes obèses sévères (IMC > 40). La dérivation bilio-pancréatique (DBP) est un des types de chirurgie régulièrement pratiquée. Elle consiste à retirer une partie de l'estomac et de raccorder la partie restante à l'anse alimentaire pour que la nourriture se dirige directement vers le gros intestin induisant ainsi une malabsorption des nutriments. Par suite de cette intervention, les personnes doivent prendre des vitamines et minéraux pour le reste de leur vie. Plusieurs études indiquent une baisse significative des taux d'adhésion à cette médication dans les premières années. Ceci amène des risques de dénutrition sévère et d'autres complications pour la santé. Il s'avère essentiel de mieux comprendre les facteurs expliquant ces problèmes d'adhésion. Cette étude qualitative s'intéresse plus précisément à la contribution des infirmières favorisant l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux par suite d'une DBP. Huit infirmières travaillant au suivi postopératoire dans une clinique externe de chirurgie bariatrique ont participé à une entrevue individuelle semi-structurée visant à explorer leur vision de l'adhésion thérapeutique, leurs rôles et les stratégies déployées pour la favoriser ainsi que les facteurs l'influençant. Une analyse thématique des données recueillies a ensuite été réalisée selon la démarche de Paillé et Mucchielli (2012). Les résultats ont d'abord mis en lumière une dualité dans la vision de l'adhésion où certaines participantes se décrivaient comme des « expertes » alors que d'autres se voyaient plutôt comme des partenaires de leurs patients. L'évaluation de la prise de vitamines et minéraux, l'ajustement des dosages et l'éducation à la santé constituent les rôles prépondérants joués par les infirmières en regard de l'adhésion. Certaines données, comme l'absence d'évaluation de la condition mentale, laissent toutefois présumer que ce rôle demeure sous-optimal. Les principales stratégies mises en œuvre par les infirmières pour favoriser l'adhésion visaient, surtout, à réduire les contraintes liées à la nature de la médication (ex. : difficulté à avaler, oubli, coût, goût). Concernant les principaux facteurs influençant ces rôles et stratégies figurent des facteurs personnels, comme les caractéristiques du patient, son histoire personnelle et sa compréhension, des facteurs professionnels comme l'expérience et les connaissances des infirmières et des facteurs organisationnels tels les modes de suivi et la taille de la cohorte postopératoire.

Mots-clés : chirurgie bariatrique, obésité, vitamines, suppléments, adhésion, observance, intervention infirmière, rôle infirmier, stratégie.

## ABSTRACT

Bariatric surgery is currently the best option for sustained weight loss among individuals with severe obesity (BMI > 40). Biliopancreatic diversion (BPD) is one of the types of surgery that is regularly practiced. It involves removing part of the stomach and connecting the remaining part to the intestinal tract so that food goes directly to the large intestine, thus inducing nutrient malabsorption. Persons having undergone the procedure must take vitamins and minerals for the rest of their lives. Several studies show a significant decrease in the rate of adherence to this medication in the first years, leading to risks of severe undernutrition and other health complications. Achieving a better understanding of the factors that explain these adherence problems is essential. This qualitative study focuses more specifically on the contribution of nurses in fostering adherence to vitamin and mineral intake following BPD. Eight nurses working on post-operative follow-up at an outpatient bariatric surgery clinic participated in a semi-structured individual interview aiming to explore their vision of therapeutic adherence, the roles and strategies they adopted to foster it, and the factors influencing it. A thematic analysis of the data collected was then carried out according to the Paillé and Mucchielli (2012) approach. The results first highlighted a duality in the vision of adherence, where certain participants described themselves as “experts” while others instead saw themselves as their patients’ partners. Evaluation of vitamin and mineral intake, dosage adjustment, and health education are the leading roles played by nurses with respect to adherence. Some data, such as the absence of evaluation of the patient’s mental condition, suggest, however, that this role remains sub-optimal. The main strategies implemented by nurses to foster adherence were especially designed to reduce constraints related to the nature of the medication, including cost, taste, forgetting, and difficulty in swallowing. The main factors influencing these roles and strategies include personal factors, such as patients’ characteristics, personal history, and understanding; professional factors such as nurses’ experience and knowledge; and organizational factors such as monitoring methods and the size of the postoperative cohort.

Keywords: bariatric surgery, obesity, vitamins, supplements, adherence, observance, nursing intervention, nursing role, strategy.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	v
ABSTRACT .....	vi
TABLE DES MATIÈRES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	xii
REMERCIEMENTS .....	xiii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 LE PHENOMENE DE L’OBESITE : AMPLEUR, CAUSES ET CONSEQUENCES .....	3
1.2 LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ET LA PRISE DE VITAMINES ET DE MINERAUX.....	5
1.3 PERTINENCE POUR LA DISCIPLINE INFIRMIERE .....	8
CHAPITRE 2 CADRE DE RÉFÉRENCE, BUT ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	10
2.1 DEFINITIONS CONCEPTUELLES ENTOURANT LA PRISE REGULIERE DE LA MEDICATION .....	10
2.2 LA PERSPECTIVE ECOLOGIQUE DE L’ADHESION A LA MEDICATION.....	12
2.3 BUT, OBJECTIFS ET CADRE DE REFERENCE DE LA RECHERCHE.....	15
CHAPITRE 3 REVUE DES ÉCRITS .....	18

3.1	CONTEXTE CLINIQUE .....	18
3.1.1	Définition de l'obésité .....	18
3.1.2	Traitements associés à l'obésité.....	19
3.2	CONTEXTE EMPIRIQUE.....	22
3.2.1	L'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP .....	23
3.2.2	Pratique infirmière et adhésion à la médication dans un contexte de maladie chronique.....	30
	CHAPITRE 4 MÉTHODE .....	37
4.1	DEVIS DE L'ETUDE .....	37
4.2	MILIEU DE L'ETUDE .....	37
4.3	POPULATION, ECHANTILLON ET METHODE D'ECHANTILLONNAGE .....	41
4.4	DESCRIPTION DU PROCESSUS DE RECRUTEMENT .....	41
4.5	METHODES DE COLLECTE DE DONNEES .....	42
4.6	ANALYSE DES DONNEES.....	43
4.7	CONSIDERATIONS ETHIQUES .....	44
4.8	CRITERES DE SCIENTIFICITE .....	46
	CHAPITRE 5 RÉSULTATS .....	49
5.1	PROFIL DES PARTICIPANTES DE L'ETUDE.....	49
5.2	PERSPECTIVES INFIRMIERES ASSOCIEES A LA PRISE REGULIERE DE VITAMINES ET DE MINERAUX .....	50
5.2.1	Perspectives des infirmières liées à l'adhésion thérapeutique .....	50
5.2.2	Types de problèmes d'adhésion selon la perspective des infirmières .....	52
5.3	ROLES INFIRMIERS EN REGARD DE L'ADHESION THERAPEUTIQUE DANS LE CADRE D'UN SUIVI POST-DBP .....	53
5.3.1	Rôles en phase d'évaluation .....	54

5.3.2	Rôles en phase d'intervention.....	57
5.4	STRATEGIES INFIRMIERES FAVORISANT L'ADHESION THERAPEUTIQUE POST-DBP.....	62
5.4.1	Stratégies de soutien à l'autogestion efficace de la médication .....	62
5.4.2	Stratégies visant la responsabilisation du patient .....	64
5.5	FACTEURS INFLUENÇANT LES ROLES ET LES STRATEGIES DES INFIRMIERES POUR FAVORISER L'ADHESION THERAPEUTIQUE.....	66
5.5.1	Facteurs organisationnels (mésosystème).....	67
5.5.2	Facteurs professionnels (microsystème).....	71
5.5.3	Facteurs personnels (ontosystème).....	75
	CHAPITRE 6 DISCUSSION .....	83
6.1	D'EXPERTE A PARTENAIRE DANS UN CONTEXTE D'ADHESION A LA PRISE DE VITAMINES ET DE MINERAUX POST-DBP .....	83
6.2	ROLES ET STRATEGIES DES INFIRMIERES EN REGARD DE L'ADHESION : DES PRATIQUES INTERESSANTES MAIS NON OPTIMALES .....	85
6.3	VERS UNE VISION PLUS GLOBALE DES FACTEURS D'INFLUENCE DE L'ADHESION DANS UN CONTEXTE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE.....	87
6.4	DISCUSSION SUR LE CADRE DE REFERENCE .....	91
6.5	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	93
6.6	RECOMMANDATIONS .....	94
6.6.1	Recommandations pour la pratique clinique .....	94
6.6.2	Recommandations pour la formation.....	95
6.6.3	Recommandations pour la gestion.....	96
6.6.4	Recommandations pour la recherche.....	96
	CONCLUSION .....	98

ANNEXE I CLASSIFICATION DU POIDS SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) CHEZ L'ADULTE ADAPTÉ DE POIRIER ET AL. (2011) ET CORNIER ET AL. (2011).....	100
ANNEXE II LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET ENVOYÉ PAR COURRIEL .....	102
ANNEXE III FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	104
ANNEXE IV QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET PROFESSIONNEL .....	111
ANNEXE V GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE.....	114
ANNEXE VI ARBRE THÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	122
ANNEXE VII APPROBATION DU PROJET PAR LES COMITÉS D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE .....	124
ANNEXE VIII GASTRECTOMIE PARIÉTALE .....	127
ANNEXE IX DÉRIVATION BILIOPANCRÉATIQUE.....	129
RÉFÉRENCES.....	131

## **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

Tableau 1. Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben et al. (2012) et exemples de facteurs influençant l'adhésion .....	13
Figure 1. Cadre de référence de l'étude adapté de la Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben et al. (2012). .....	17
Figure 2. Étapes du processus lors du suivi postopératoire à la clinique externe de chirurgie bariatrique .....	40
Figure 3. Cadre écosystémique des facteurs influençant l'adhésion thérapeutique à la prise de vitamines et minéraux chez les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique ....	82

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

<b>CER</b>	Comité d'éthique à la recherche
<b>DBP</b>	Dérivation biliopancréatique
<b>DSQ</b>	Dossier santé Québec
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle
<b>ICIS</b>	Institut canadien d'information sur la santé
<b>IMC</b>	Indice de masse corporelle
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>KG</b>	Kilogramme
<b>KG/M2</b>	Kilogramme/mètre au carré
<b>LASER</b>	Laboratoire de recherche sur la santé en région
<b>MSSS</b>	Ministère de la santé et des services sociaux
<b>MSI</b>	Module des sciences infirmières
<b>OIIQ</b>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ORIIQ</b>	Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec
<b>PPMC</b>	Pavillon de prévention des maladies cardiaques
<b>RAMQ</b>	Régie d'assurance maladie du Québec
<b>SIDIIEF</b>	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone
<b>SRSRSD</b>	Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile
<b>UQAR</b>	Université du Québec à Rimouski

## **REMERCIEMENTS**

Cette section du mémoire est dédiée à toutes les personnes et organismes que je désire remercier du plus profond de mon cœur et qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de mon parcours universitaire de deuxième cycle qui aura duré six longues années à temps partiel.

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma directrice de recherche Lily Lessard et ma codirectrice de recherche Hélène Sylvain qui ont toujours été derrière moi dans les bons comme dans les moins bons moments. Elles ont toujours su trouver les mots justes pour me rassurer lors des périodes de découragement et d'incertitude. Malgré ce parcours semé d'embûches, elles ont toujours cru en mes capacités et mes chances de réussite. Merci pour votre grande patience et votre grand dévouement. Sans vous, je n'aurais jamais atteint la finalité de ce mémoire. Ce fût une expérience très enrichissante de travailler à vos côtés autant sur le plan personnel que sur le plan académique.

La réalisation de ce projet n'aurait jamais été possible sans la participation des infirmières qui ont pris de leur temps précieux pendant leur heure de dîner pour me permettre de réaliser les entrevues. Sans vous, le projet n'aurait jamais vu le jour. Je vous serai toujours très reconnaissante et je tiens à vous dire que vous faites un travail remarquable.

Je ne peux passer outre le soutien financier reçu pendant mon parcours universitaire. Nous savons tous que les études universitaires exigent beaucoup sur le plan personnel et financier et je tiens à remercier tous les organismes et la fondation de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) qui m'ont appuyée financièrement sous forme de bourses. Ce support de votre part eut pour moi un impact majeur sur la poursuite de mes études. Je me rappelle

qu'à certains moments où je pensais abandonner ou lorsque je doutais de moi, j'obtenais une bourse et je me disais « Tu n'as pas le choix, tu dois continuer, il y a des gens qui croient en toi ». Plus particulièrement, je tiens à remercier la fondation de l'UQAR pour l'octroi d'une bourse d'accueil à la maîtrise et d'une bourse d'excellence en recherche, de même que le corps professoral des sciences infirmières de qui j'ai obtenu à deux reprises une bourse d'excellence. Je tiens aussi à remercier l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec (ORIIQ) pour la remise de la bourse d'excellence Geneviève-Lamarre. Ces bourses ont été obtenues grâce au soutien de quelques personnes qui ont bien voulu s'engager à la rédaction de lettres de références afin d'appuyer mes demandes de bourses. Merci à Lily Lessard inf. PhD., Hélène Sylvain inf. PhD., Lyne Cloutier inf. PhD., Liette St-Pierre inf. PhD. ainsi qu'à Mélanie Lemelin, auparavant infirmière-chef au département de chirurgie bariatrique. Assurément, vous avez fait une différence lors de la présentation de ma candidature.

J'ai une pensée très spéciale pour les organisations qui ont accepté ma candidature afin de présenter mon projet d'étude lors de congrès, colloques ou autres. Ces expériences m'ont permis de faire de belles rencontres et d'échanger avec des gens du milieu de la recherche scientifique. Ce fût une belle vitrine qui a eu un impact positif sur mon cheminement scolaire. Ces organisations m'ont permis de présenter mon projet d'étude par affiche au Congrès du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) (2015) et au Congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2016) et oralement lors d'une présentation au Colloque de la maîtrise en sciences infirmières (MSI) (2016) et au midi-recherche au Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER) (2016).

Je tiens également à remercier François Cormier, journaliste pour la revue l'Universitaire à l'UQAR. La réalisation d'une entrevue téléphonique avec ce dernier a permis la publication de mon projet d'étude en janvier 2013, moment où j'en étais au tout

début de mon parcours académique. Ce fût pour moi un très beau tremplin pour la poursuite de mes études.

Je ne peux passer sous silence, la collaboration du Dr. Simon Marceau, chirurgien spécialisé en chirurgie bariatrique et de la coordonnatrice de la clinique externe de chirurgie bariatrique. Sans votre soutien, ce projet n'aurait jamais vu le jour. Merci d'avoir considéré la pertinence de mon projet. De plus, j'aimerais remercier la directrice des soins infirmiers de l'établissement qui a vu ma présentation par affiche lors du Congrès de l'OIIQ en 2016 et qui m'a encouragé à faire paraître une publication de mon projet dans le journal de l'établissement où l'étude s'est déroulée. Cette parution a eu lieu à l'hiver 2017. J'aimerais également remercier les bibliothécaires de l'UQAR et du milieu à l'étude pour leur service d'aide à la recherche documentaire durant le processus de recherche.

Merci à vous les étudiants à la maîtrise que j'ai côtoyé pendant mes études. Ce fût un grand plaisir de vous connaître et de se soutenir mutuellement lors des périodes plus difficiles. Le partage d'idées et l'échange de réflexions m'ont permis d'ouvrir mes horizons autant sur le plan académique, professionnel que personnel. J'espère avoir la chance de vous croiser pendant ma carrière. Je tiens également à remercier tous les professeurs de l'UQAR qui m'ont enseigné à la maîtrise. Vous m'avez offert une belle qualité d'enseignement.

Merci à Lyne Cloutier et Liette St-Pierre, professeures au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Vous avez été pour moi des sources d'inspiration incroyable pendant mon baccalauréat. Vous avez réussi à me convaincre de repousser mes limites en m'inscrivant à la maîtrise en sciences infirmières avec mémoire, idée que je trouvais complètement farfelue au départ !!! Aujourd'hui, je continue à croire que ce fût de la folie, mais une expérience très enrichissante sur le plan personnel et professionnel.

Finalement, je tiens à remercier de tout mon cœur tous les membres de ma famille, mes amis et collègues de travail qui ont contribué à ma réussite. Vous avez toujours été d'un grand

soutien et vous n'avez jamais cessé de croire en moi même dans les moments les plus difficiles de mon parcours. J'ai pensé abandonner à plusieurs reprises ce projet d'étude pour diverses raisons personnelles, mais si j'ai atteint le sommet de la montagne, c'est grâce à vous.

Je termine sur cette belle réflexion. Un jour, une enseignante m'a dit que la plus belle qualité d'une maîtrise c'était de l'avoir terminé. Au début du parcours, je ne comprenais pas l'impact de ces mots mais aujourd'hui je peux vous affirmer que j'en saisi le sens réel.

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

Depuis plusieurs années, le nombre de chirurgies bariatriques est en hausse au Québec. Parmi les types de chirurgies bariatriques, la dérivation biliopancréatique (DBP) et la dérivation en Y de Roux demeurent les deux seules chirurgies exigeant la prise de vitamines et de minéraux à vie en raison du problème de malabsorption des nutriments qu'elle occasionne. Les études démontrent, toutefois, une diminution des taux d'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux dans le temps. Cette situation peut conduire à une dénutrition sévère ou à d'autres désordres métaboliques et peut entraîner une hospitalisation de longue durée, voire même, le décès de la personne. Il importe de mieux comprendre les rôles exercés par les professionnels de la santé impliqués dans le suivi de ces personnes ainsi que les facteurs influençant l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux. À ce jour, peu d'études ont emprunté cet angle de recherche dans un contexte de chirurgie bariatrique et aucune n'a porté spécifiquement sur les rôles des infirmières. Ce mémoire présente donc une étude de type descriptif qualitatif exploratoire visant à mieux comprendre les pratiques des infirmières susceptibles de favoriser la prise régulière de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP.

Ce mémoire se divise en six chapitres. Le premier chapitre expose la problématique liée au non-respect de la prise de vitamines et de minéraux à la suite d'une DBP. Le deuxième chapitre clarifie d'abord les notions d'observance et d'adhésion thérapeutique et présente le cadre de référence permettant de mieux comprendre comment les infirmières peuvent contribuer à accroître l'adhésion thérapeutique. Ce chapitre se conclut par le but et les objectifs de la recherche. Suit le troisième chapitre sur la revue des écrits qui porte sur les grands thèmes associés à la recherche. On y aborde les notions sur l'obésité et le processus

clinique de la chirurgie bariatrique, les études portant sur la prise de vitamines et de minéraux suivant une DBP et celles s'intéressant à la pratique infirmière en regard de la prise régulière de la médication dans un contexte de maladie chronique. Le quatrième chapitre expose la méthode de recherche. Le cinquième chapitre met en lumière les résultats de l'étude. Finalement, le dernier chapitre discute des résultats en lien avec les écrits antérieurs, des limites et des forces de l'étude et des recommandations pour la pratique, la formation, la gestion et la recherche. Une conclusion termine le mémoire.

## **CHAPITRE 1**

### **PROBLÉMATIQUE**

Ce chapitre décrit l'ampleur du phénomène de l'obésité, les traitements qui y sont associés pour la contrer incluant la chirurgie bariatrique et les enjeux liés à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi ce type de chirurgie. Ce chapitre se conclut par la pertinence de cette étude pour la discipline infirmière.

#### **1.1 LE PHÉNOMÈNE DE L'OBÉSITÉ : AMPLEUR, CAUSES ET CONSÉQUENCES**

Le *National Heart, Lung and Blood Institute* considère l'obésité comme une maladie chronique complexe multifactorielle qui se développe à partir de facteurs génétiques et environnementaux (Poirier et al., 2011; Rippe, McInnis, & Melanson, 2001). Néanmoins, plusieurs mécanismes de causalité demeurent toujours inexplicables (Schlienger, Luca, Vinzio, & Pradignac, 2009). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que la prévalence de l'obésité et de l'embonpoint augmente à un rythme alarmant à l'échelle mondiale touchant autant les enfants que les adultes, et ce, autant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Ainsi en 2016, 13% de la population adulte mondiale était considérée obèse. Ce taux correspond à trois fois plus qu'en 1975 (OMS, 2018). Cette prévalence amène l'OMS (2017) à considérer l'obésité comme un problème majeur de santé publique et à la décrire comme « épidémie mondiale ».

En 2014, à l'échelle du Canada, le pourcentage auto-déclaré d'obésité s'élevait à 20% (Statistique Canada, 2014), alors qu'au Québec en 2013-2014, 18.2% des adultes étaient

considérés obèses (Institut national de santé publique du Québec, 2019) Le plus inquiétant toutefois serait la progression fulgurante du nombre de personnes atteintes d'obésité sévère en raison de ses risques pour la personne qui en est atteinte (Agence de la santé publique du Canada & Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2011). L'obésité sévère réfère aux personnes ayant un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 40 (voir annexe I). Au Canada, le taux d'obésité sévère s'élevait à 3.1% en 2009 (Shields, Carroll, & Ogden, 2011) et 5% au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2009). Ce sont les taux les plus récents repérés dans les écrits.

Les impacts négatifs de l'obésité atteignent plusieurs aspects de la santé chez la personne. D'abord, l'obésité peut influencer la santé mentale (Obésité Canada, 2018). Une étude nationale américaine de 40 086 participants a démontré que les femmes obèses auraient 37% plus de risques de souffrir de dépression majeure que celles de poids standard (Carpenter, Hasin, Allison, & Faith, 2000). De plus, selon l'OMS (2003) de nombreux sujets obèses ont une mauvaise image d'eux-mêmes, c'est-à-dire qu'ils se trouvent laids et pensent que les autres souhaitent les exclure des rapports sociaux. C'est surtout le cas des femmes jeunes appartenant aux classes socioéconomiques moyennes et supérieures, dans lesquelles l'obésité est moins fréquente, ainsi que celles qui sont obèses depuis l'enfance. Ensuite, l'obésité peut influencer négativement la santé physique en entraînant des problèmes tels l'arthrose, l'ostéoarthrite, des reflux gastriques, l'apnée obstructive du sommeil, l'hypertension artérielle, des maladies cardiovasculaires, la goutte, l'infertilité, des dyslipidémies et le diabète de type 2 (Guh et al., 2009; Obésité Canada, 2018; Poirier et al., 2011).. De plus, l'OMS (2018) indique que l'obésité est un facteur de risque majeur de développer des cancers du sein, de l'endomètre, du côlon, des ovaires, de la prostate, du foie, de la vésicule biliaire et du rein. Au Canada, chaque année, 2.6 millions décèdent prématurément des suites d'une maladie liée au surpoids ou à l'obésité (OMS, 2006) . Au Québec, chaque année, 4000 personnes décèdent prématurément des suites d'une maladie liée à l'obésité (Colman, Dodds, & Wilson, 2000). Chez les obèses sévères, les risques de

syndrome de mort subite peuvent devenir 40 fois plus élevés que dans la population en général (Marceau & Biron, 1999).

Finalement, l'obésité peut influencer de façon négative le volet socioéconomique chez la personne tels son niveau d'éducation, son employabilité et son développement professionnel. De plus, cette maladie peut entraîner une augmentation des dépenses quotidiennes reliées aux coûts des vêtements, des accessoires pour faciliter la mobilité réduite et des coûts reliés au programme d'amaigrissement (Obésité Canada, 2018). Cette maladie représente également un fardeau important pour la société québécoise. En 2000, l'obésité aurait entraîné des dépenses de 700 millions de dollars, ce qui représente 5,8% du budget provincial pour la santé et des pertes de productivité supérieures à 800 millions de dollars (Colman et al., 2000).

## **1.2 LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ET LA PRISE DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX**

Plusieurs études démontrent qu'à long terme, les approches conventionnelles telles les modifications des habitudes de vie comme l'alimentation, la médication, l'activité physique et les efforts déployés en éducation à la santé sont peu efficaces pour traiter les cas d'obésité sévère (Hassen-Khodja & Lance, 2005). Il est très difficile pour la personne atteinte d'obésité sévère de perdre et de maintenir une perte de poids bénéfique. En effet, après une perte de 5 à 10 % du poids initial, un mécanisme biologique diminue le métabolisme basal qui crée une épargne énergétique et nuit à une baisse de poids importante chez ces personnes. Il pourrait également être accompagné d'autres effets reliés aux restrictions alimentaires comme l'hypoglycémie et l'augmentation de l'appétit (Tremblay, 2010). Jusqu'à présent, les spécialistes du domaine de l'obésité s'entendent pour dire que la chirurgie bariatrique demeure la meilleure option disponible pour ce type d'obésité en permettant une perte de poids durable à moyen et à long terme (Buchwald et al., 2004; Chang, Stoll, & Colditz, 2011;

Colquitt, Picot, Loveman, & AJ, 2009; Hng & Ang, 2012; Monteforte & Turkelson, 2000; Poirier et al., 2011).

Poirier et al. (2011) mentionnent que le *National Institute of Health* propose que ce traitement chirurgical soit offert aux patients obèses sévères dont l'IMC est plus grand que 40 kg/m<sup>2</sup> ou plus grand que 35 kg/m<sup>2</sup> associés à des comorbidités. Bien que les coûts associés à cette chirurgie soient relativement élevés, soit environ 10 000 à 18 000\$ par chirurgie (Sheppard et al., 2013), les effets positifs reliés à la réduction pondérale qu'elle entraîne semblent les compenser largement (Picot et al., 2009). Ainsi, des études ont démontré que la chirurgie bariatrique prolonge la durée de vie chez l'obèse sévère (Poirier et al., 2011). De plus, il est fréquent d'assister à une diminution ou résolution de plusieurs comorbidités comme l'hypertension, la dyslipidémie, les maladies cardiovasculaires ou le diabète (Poirier et al., 2011). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (2009)<sup>1</sup> rapporte les résultats d'une étude réalisée par une équipe de chercheurs de l'Université McGill qui a comparé les coûts en soins de santé occasionnés par l'obésité sévère en lien avec la chirurgie bariatrique. Les résultats de cette recherche indiquent que ce type de chirurgie permet, à long terme, des économies pour le système de soins, sans compter les autres économies dues, par exemple, au retour au travail des personnes opérées et à leur plus grande participation à des activités sociales. D'autres études démontrent que les coûts impliquant une chirurgie bariatrique sont moindre que les coûts directs et indirects reliés à l'obésité et elle se rembourse à l'intérieur de cinq ans environ (Christou et al., 2004; Clegg, Colquitt, Sidhu, Royle, & Walker, 2003). Par ailleurs, des auteurs ayant suivi, pendant cinq ans, une cohorte de 1035 patients opérés pour la chirurgie bariatrique et une autre cohorte de 5746 personnes non-opérés ont démontré une réduction de mortalité de 89% suite à la chirurgie (Christou et al., 2004).

---

<sup>1</sup> Le nom des auteurs et le titre de l'étude réalisée par l'équipe de chercheurs de l'Université McGill ne sont pas cités dans le document du MSSS (2009).

Plusieurs techniques de chirurgies existent, par contre, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la dérivation biliopancréatique (DBP), dont les mécanismes sont à la fois restrictifs et malabsorbants, entraîne une plus grande perte de poids que la gastrectomie pariétale qui est uniquement restrictive (Buchwald et al., 2004). Le patient ayant subi une DBP devra cependant conserver de saines habitudes de vie (bonne alimentation, pratique régulière d'activités physiques), adhérer à un suivi rigoureux conjointement avec l'équipe médicale et prendre quotidiennement des vitamines et des minéraux (multivitamines, fer, vitamine D, vitamine A, calcium) pour le reste de sa vie (Poirier et al., 2011).

Chez la clientèle ayant subi une DBP, des études avancent que le taux de prise régulière de vitamines et de minéraux chute significativement après les premières années (Bloomberg, Fleishman, Nalle, Herron, & Kini, 2005; Charras, Becouarn, Topart, & Ritz, 2011; Cooper, Brearley, Jamieson, & Ball, 1999; Dagan et al., 2017; Hood et al., 2016). Les raisons seraient notamment associées à une faible perte de poids ou à son maintien, à un faible contrôle des comorbidités liées à l'obésité, à un pauvre état nutritionnel et au développement de complications postopératoires (Moroshko, Brennan, & O'Brien, 2012). L'appauvrissement nutritionnel pourrait conduire à une dénutrition ou de l'anémie sévère impliquant une réhospitalisation (Marceau & Biron, 1999). Il est à noter que d'autres facteurs pourraient conduire à ces problèmes de santé comme la toxicomanie ou une non-adhésion aux recommandations nutritionnelles.

Les conséquences néfastes, liées au non-respect de la prise de vitamines et de minéraux par suite d'une DBP, pour la personne et sa famille, pour le système de santé et la société, motive la réalisation de cette étude dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières. Aussi, elle s'intéresse plus particulièrement à la contribution des infirmières pour favoriser le respect du traitement et plus particulièrement la prise régulière de vitamines et de minéraux.

### 1.3 PERTINENCE POUR LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE

La discipline infirmière se distingue des autres disciplines du domaine de la santé par son centre d'intérêt pour les relations qui existent entre les concepts de la personne, de la santé, de l'environnement et des soins (Pépin, Ducharme, & Kérouac, 2017). Parallèlement à cela, la prise régulière de la médication dans un contexte de maladie chronique représente un enjeu de santé actuel à l'échelle mondiale (Cottin et al., 2012). Selon l'OMS, le non-respect au traitement de longue durée est un problème qui ne fait que croître (Cottin et al., 2012). Cette problématique fait donc partie des préoccupations de recherche des infirmières (Cossette, 2010) en raison de sa fréquence, de ses conséquences pour la santé, du bien-être de la personne et de l'économie (Reach, 2006). D'autant plus que la qualité du contact et de la communication avec un professionnel de la santé figurent parmi les éléments influençant la prise régulière de la médication (Berben, Dobbels, Engberg, Hill, & De Geest, 2012).

De ce fait, deux énoncés fondamentaux de la pratique infirmière au Québec sont touchés particulièrement dans cette étude soit le partenariat infirmière-patient et le processus thérapeutique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2010). Le partenariat infirmière-patient rappelle l'importance qu'accorde la profession à la place qu'occupent le patient et sa famille dans les soins. Ce lien de partenariat est influencé par l'approche que l'infirmière utilise face au patient, son écoute et la façon dont elle répond à ses besoins et à ses attentes. L'infirmière considère les capacités personnelles et l'environnement du patient dans la planification et la continuité des soins. Le processus thérapeutique, quant à lui, réfère à l'évaluation de l'état physique et mental du patient que réalise l'infirmière afin de déterminer les priorités et les meilleures interventions adaptées aux besoins de celui-ci. Elle fournit l'information, l'éducation et le soutien nécessaire tout au long du processus de soins afin que le patient puisse faire des choix judicieux. Aussi, elle ajuste la médication selon des ordonnances collectives et elle évalue les effets de la médication pour le patient et la réajuste au besoin (OIIQ, 2010).

La discipline infirmière étant une discipline professionnelle, il importe que le développement des savoirs s'oriente vers les défis de la pratique auprès des individus et des familles (Pépin, Larue, Allard, & Ha, 2015). De fait, cette recherche contribue au développement de nouvelles connaissances en lien avec l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP afin d'améliorer les pratiques des infirmières impliquées dans leur suivi.

## **CHAPITRE 2**

### **CADRE DE RÉFÉRENCE, BUT ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

Ce chapitre présente d'abord les définitions conceptuelles entourant la prise régulière de la médication soit l'observance et l'adhésion thérapeutique. La Perspective écologique de l'adhésion, sur laquelle repose cette recherche, est ensuite abordée suivi de la présentation du but, des objectifs et du cadre de référence de la recherche.

#### **2.1 DÉFINITIONS CONCEPTUELLES ENTOURANT LA PRISE RÉGULIÈRE DE LA MÉDICAMENTATION**

Il existerait une ambiguïté conceptuelle entourant la prise régulière de la médication. Ainsi, les francophones utilisent souvent les termes « observance thérapeutique » et « adhésion thérapeutique » comme des synonymes, tout comme leurs collègues anglophones le font avec les termes « *compliance* » et « *adherence* » (Lamouroux, Magnan, & Vervloet 2005; Sylvain & Rioux, 2004). D'entrée de jeu, il paraissait indispensable de bien départager ces deux concepts afin d'enrayer toute confusion (Sylvain & Rioux, 2004).

Selon Blackell (1992), l'observance peut se manifester par un ensemble de comportements, tel que prendre sa médication, mais peut aussi consister à suivre un régime prescrit, à se rendre aux visites chez le médecin, à adopter une alimentation saine, à faire de l'exercice physique ou à s'abstenir de fumer. Cottin et al. (2012) la définissent comme le rapport entre le nombre de prises médicamenteuses effectives sur une période donnée et le nombre de prises prescrites sur cette même période. Selon Lamouroux et al. (2005), l'observance est un comportement, un acte mesurable, visible et objectivable pendant un

suivi et il est lié d'abord et avant tout au respect des directives. Ainsi, cette perspective amène souvent à lier l'inobservance au stéréotype du mauvais patient qui ne veut pas ou ne peut pas se soumettre aux prescriptions médicales (Tarquinio & Tarquinio, 2007). D'autres auteurs apportent des nuances en soutenant que le respect des directives fluctuerait plutôt entre l'observance et la non-observance, c'est-à-dire que ce concept est dynamique dans sa durée et il est influencé par les événements auxquels sera confrontée la personne dans sa vie (Morin, 2001).

Pour ce qui est de la mesure de l'observance, celle-ci permet d'objectiver la variabilité d'un ensemble de comportements et d'identifier les déterminants possibles de cette variabilité (Morin, 2001). Par contre, cette mesure peut varier selon le type d'étude, le type de maladie, la nature de la médication étudiée, la source d'information utilisée, l'outil de mesure choisi et la durée de l'étude (Guénette, Moisan, & Guillaumie, 2011). Ainsi, Osterberg et Blaschke (2005) indiquent, suite à une revue de littérature, que certains auteurs considèrent comme adéquate une prise régulière plus grande que 80% dans les maladies chroniques alors que pour d'autres pathologies comme le VIH, des études situent ce pourcentage à 95% et plus.

L'observance peut être mesurée par des méthodes directes ou indirectes. Les méthodes directes sont l'observation directe de la prise de la médication et les mesures des taux sériques ou urinaires du médicament. En ce qui a trait aux méthodes indirectes, l'observance peut être mesurée avec un questionnaire ou une auto déclaration de patient, par décompte de comprimés, en vérifiant les taux de renouvellements des ordonnances, par l'utilisation d'un pilulier électronique, par la tenue d'un agenda de chaque prise de médicament ou par la mesure de marqueurs physiologiques, par exemple, la mesure de la fréquence cardiaque chez un patient prenant un bêtabloqueur (Osterberg & Blaschke, 2005). Enfin, une hospitalisation due à la détérioration de la santé du patient pourrait indiquer une non-observance (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001).

L'adhésion, quant à elle, est exempte de jugement porté sur le fait de respecter ou non une consigne et indiquerait plutôt un état de fait (McDonald, Garg, & Haynes, 2002). L'adhésion est intrinsèque à la personne et réfère à ses attitudes et à ses motivations à respecter son traitement et à prendre sa santé en charge (Lamouroux et al., 2005). L'OMS (2003) la définit comme une appropriation réfléchie du patient de la prise en charge de sa maladie et des traitements associés. Ces différences sémantiques, entre les concepts d'observance et d'adhésion, ne peuvent se substituer l'un à l'autre. Aussi, des auteurs proposent de considérer à la fois l'observance et l'adhésion thérapeutique, au lieu de les percevoir de façon distincte (Lamouroux et al., 2005). D'ailleurs, la tendance se situe vers une combinaison et un rapprochement de l'observance et de l'adhésion et on considère ces perspectives complémentaires plutôt qu'antagonistes (Morin, 2001).

## **2.2 LA PERSPECTIVE ÉCOLOGIQUE DE L'ADHÉSION À LA MÉDICATION**

Cette étude, portant sur la contribution des infirmières à l'adhésion thérapeutique dans un contexte de chirurgie bariatrique, s'inspire de la Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben, Dobbels, Engberg, Hill et De Geest (2012). Ces auteurs proposent une vision élargie et systémique de l'adhésion à la médication en statuant qu'elle n'est pas seulement influencée par des facteurs individuels, mais aussi par différents facteurs environnementaux qui sont peu explorés dans les écrits (Berben et al., 2012). Dans ce modèle, les facteurs sont regroupés en quatre sous-systèmes intégrés qui évoluent dans le temps. Il s'agit de l'ontosystème, du microsystème, du mésosystème, et du macrosystème (tableau 1). Cette perspective est cohérente avec d'autres études qui mettent aussi en lumière divers déterminants qui influenceraient la prise régulière de la médication (Cottin et al., 2012; Tarquinio & Tarquinio, 2007). De plus, comme mentionné précédemment, elle fait un parallèle avec le centre d'intérêt de la discipline infirmière qui s'intéresse aux relations existant entre les concepts de personne, santé, environnement et soins (Pépin et al., 2017).

Tableau 1

Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben et al. (2012) et exemples de facteurs influençant l'adhésion.

<b>SYSTÈMES</b>	<b>Exemples de facteurs d'influence</b>
MACROSYSTÈME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normes et valeurs sociétales</li> <li>• Politiques gouvernementales</li> <li>• Culture sociale</li> </ul>
MÉSOSYSTÈME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuité des soins</li> <li>• Accessibilité et disponibilité des soins</li> <li>• Spécialité des soins</li> </ul>
MICROSYSTÈME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiance au professionnel de la santé</li> <li>• Style de communication</li> <li>• Qualité de la relation avec un professionnel de la santé</li> </ul>
ONTOSYSTÈME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs socioéconomiques</li> <li>• Croyances et attitudes en santé</li> <li>• Effets secondaires de la médication</li> <li>• Manque de motivation</li> </ul>

L'*ontosystème* réfère à l'individu même. Ce sont les facteurs reliés à ses attentes, son âge, son genre, son histoire personnelle, ses valeurs, ses croyances, ses stratégies d'adaptation, la signification qu'il se fait de son problème de santé et ses savoirs. Par exemple, pour chaque suivi réalisé, les infirmières de chirurgie bariatrique, interroge la personne sur son état de santé à l'aide d'une collecte de donnée. Ces informations réfèrent à l'individu directement.

Le *microsystème* réfère aux relations interpersonnelles et aux relations face-à-face avec un professionnel de la santé. On y retrouve, par exemple, la qualité de la communication entre un professionnel de la santé et le patient. À cet effet, une méta-analyse conclut qu'il y a 19% plus de risque d'une non-adhésion lorsque la communication est insuffisante entre le patient et son médecin (Zolnierek Haskard & DiMatteo, 2009). De plus, la relation patient-infirmière ressort comme l'un des trois facteurs les plus documentés dans l'étude de Tarquinio et Tarquinio (2007). Ces informations sont à considérer dans le suivi des patients en chirurgie bariatrique qui se fait surtout par téléphone ou en clinique et dont l'efficacité des interventions est influencée par cette relation. La barrière du langage et le degré de confiance du patient envers le professionnel de la santé sont d'autres exemples appartenant au niveau *micro*. Ce niveau réfère aussi aux milieux de vie de l'individu soit la maison, l'école, la garderie, le milieu de travail, les loisirs, les associations, les amis, la famille, les organismes communautaires et l'entourage.

Ensuite, le *mésosystème* réfère aux organisations des soins et services en santé soit l'accessibilité et la disponibilité des soins et services, les types de services, la qualité des soins, la continuité des soins et les modèles d'interventions. Ces éléments sont d'une importance cruciale dans le suivi des patients en chirurgie bariatrique. Considérant l'accroissement du nombre de chirurgies bariatriques, alors que les ressources impliquées dans le suivi postopératoire demeurent à peu près les mêmes, il est attendu que les éléments appartenant à ce niveau influencent le suivi des patients et leur adhésion thérapeutique. Finalement, le *macrosystème* réfère aux idéologies, aux valeurs et aux normes sociétales, aux politiques gouvernementales, à la culture sociale et à l'organisation de la communauté. Considérant, les exigences politiques du gouvernement d'augmenter le nombre de chirurgies bariatriques au Québec et qui par conséquent fait augmenter les ratios patients par infirmière au suivi postopératoire de la clinique externe de chirurgie bariatrique, ces éléments sont à considérer dans l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux.

### 2.3 BUT, OBJECTIFS ET CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA RECHERCHE

À la lumière de la problématique présentée, de la pertinence pour la discipline infirmière, de la clarification des concepts d'observance et d'adhésion et du cadre de référence de Berben et al. (2012), cette étude a pour but de mieux comprendre la contribution des infirmières à l'égard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux des personnes ayant subi une DBP. Les objectifs de recherche visent plus exactement à :

- 1) Préciser la définition de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux selon la perspective des infirmières,
- 2) Décrire les rôles infirmiers en regard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux selon la perspective des infirmières,
- 3) Identifier les stratégies déployées par les infirmières afin de favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux,
- 4) Identifier les facteurs susceptibles d'influencer les rôles et les stratégies en regard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux selon la perspective des infirmières.

Le cadre de référence utilisé dans cette étude présente les éléments de la Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben et al. (2012) qui décrivent les grandes catégories de facteurs d'influence de l'adhésion et les concepts de l'étude (figure 1).

Après avoir parcouru plusieurs écrits dans la littérature, il a été possible de constater l'hétérogénéité du vocabulaire utilisé et un manque de clarté en regard des définitions des termes rôle, évaluation, intervention et stratégie en lien avec la pratique infirmière. Des auteurs, ayant réalisé une revue des écrits en regard des définitions des concepts de rôle, d'activité, d'intervention et de tâche arrivent à la même conclusion (Poitras, Chouinard, Fortin, & Gallagher, 2016). À la suite de ce constat, l'étudiante-chercheuse s'est penchée sur la meilleure définition représentant le mieux chaque concept en s'inspirant de différents auteurs.

**Rôle :** Fonction assumée par l'infirmière, modulée par des normes professionnelles, un cadre législatif, un champ de pratique et un système social (Poitras et al., 2016). En pratique, il ressort des rôles d'évaluation et des rôles d'intervention favorisant l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux. Le rôle d'**évaluation** correspond à l'analyse et l'interprétation des données reçues par le patient permettant à l'infirmière d'établir des constats. Son caractère dynamique permet d'évaluer les résultats d'une intervention à tout moment (Letourneau & Brisson, 2017). Le rôle d'**intervention** est un terme commun que l'on retrouve partout dans la littérature infirmière et qui correspond aux pratiques actuelles de soins (Frame, 2004 cité dans Dallaire & Toupin, 2008). L'intervention infirmière correspond au comportement de l'infirmière et à la réaction du patient et qui par conséquent produit un phénomène d'interaction. Cette intervention vise à produire un changement dans la mesure où elle concorde avec les besoins biopsychosociaux et spirituels du patient (Wright & Leahey, 2014).

**Stratégie :** La stratégie fait référence à une coordination d'interventions en fonction d'un but précis. Les facteurs contextuels sont des éléments à considérer dans la stratégie (Delon, 1997). De ce fait, les stratégies infirmières utilisées lors du suivi postopératoire dans un contexte de chirurgie bariatrique en lien avec l'adhésion aux vitamines et minéraux se collent bien aux éléments du microsystème (facteurs professionnels) qui influencent, notamment, les rôles d'évaluation et d'intervention des infirmières.

**Adhésion :** Dans cette recherche, le terme « adhésion » a été retenu, car il réfère à l'implication active du patient dans les décisions face à son traitement et correspond à la vision de partenariat de l'infirmière avec le patient. Ici, l'adhésion inclut également l'observance.

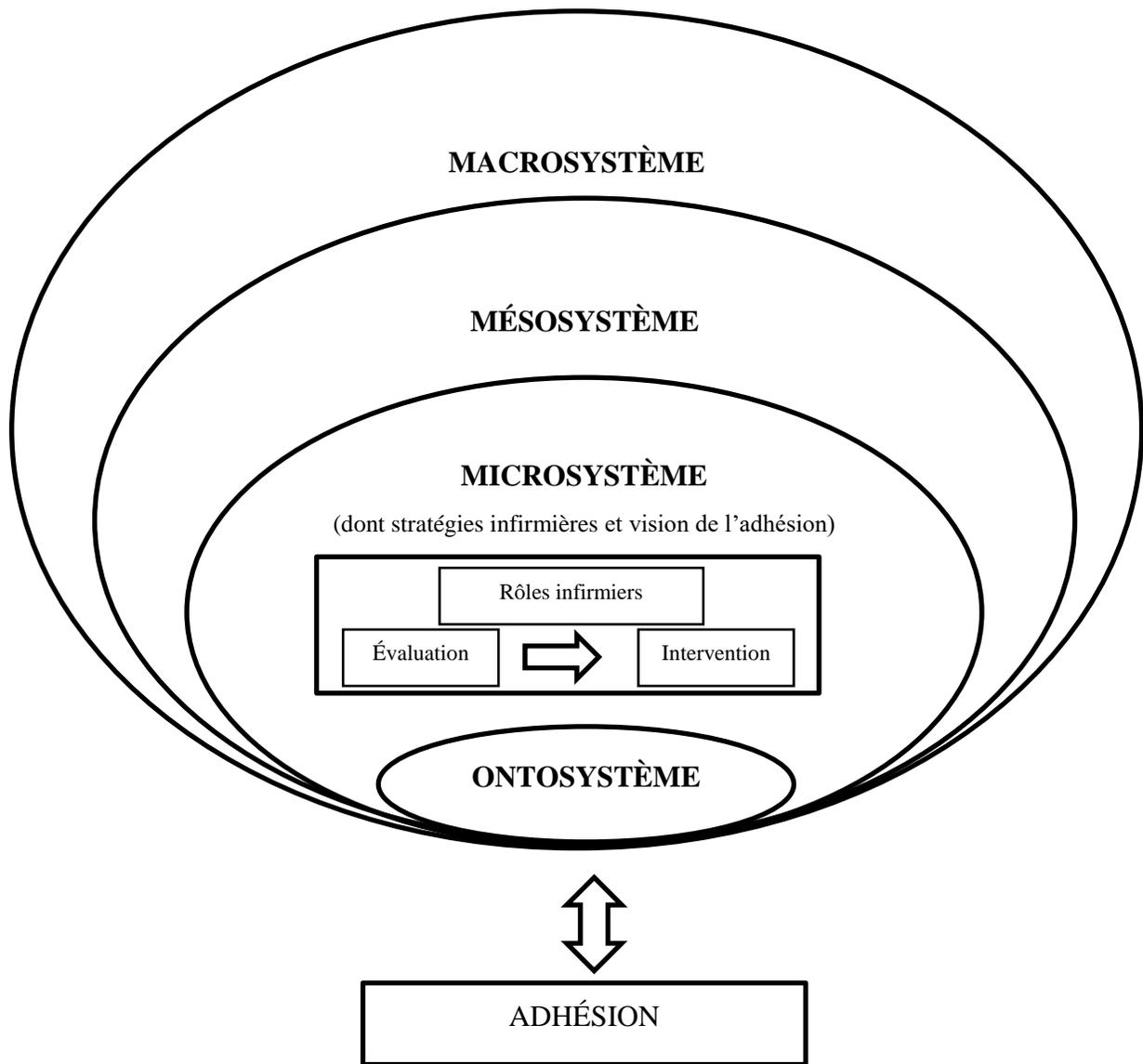


Figure 1. Cadre de référence de l'étude adapté de la Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben et al. (2012).

## **CHAPITRE 3**

### **REVUE DES ÉCRITS**

Le but de la revue des écrits est d'abord de faire le point sur la définition de l'obésité, et le processus clinique de son traitement dont la chirurgie bariatrique. La deuxième partie s'intéresse aux études ayant porté, à ce jour, sur la prise régulière de vitamines et de minéraux à la suite d'une DBP et celles ayant traité de la pratique infirmière en regard de la prise régulière de la médication dans un contexte de maladie chronique.

#### **3.1 CONTEXTE CLINIQUE**

Cette section sur le contexte clinique présente la définition de l'obésité et ses traitements associés incluant la chirurgie bariatrique pratiquée dans un établissement suprarégional ultraspécialisé d'un grand centre urbain.

##### **3.1.1 Définition de l'obésité**

L'obésité est considérée comme une maladie, qui, pour diverses raisons, conduit l'individu à une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle représentant un risque pour la santé (Poirier et al., 2011). L'indice de masse corporelle (IMC) est le système de classification du poids suggéré chez les adultes canadiens de 18 ans et plus permettant de déterminer si une personne est obèse ou non. De plus, il peut servir d'indicateur du risque pour la santé reliée au poids aussi bien à l'échelle populationnelle qu'individuelle (voir annexe I) (OMS, 2003; Cornier et al., 2011; Poirier et al., 2011; Santé Canada, 2003). Le calcul de l'indice de masse corporelle peut être obtenu en calculant le poids en kilogramme

(kg) d'une personne divisée par sa grandeur au carré ( $m^2$ ). Une personne ayant un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> est considérée obèse. Lorsque l'IMC est plus grand ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup>, on parle d'obésité **sévère** (forme la plus extrême de l'obésité). Ces seuils de l'IMC sont les mêmes pour les femmes et les hommes. Il faut toutefois noter qu'à l'échelle individuelle, l'IMC ne représente qu'un des paramètres devant servir à une évaluation globale du risque pour la santé (Santé Canada, 2003).

### **3.1.2 Traitements associés à l'obésité**

Les premières solutions envisagées pour contrer l'obésité dont l'obésité sévère sont généralement les traitements non-pharmacologiques dont la modification de changements durables des habitudes alimentaires jumelés à une augmentation du niveau d'activité physique. Le soutien psychologique permet aussi un suivi personnalisé et aide le patient à rester motivé. En l'absence de résultats satisfaisants, l'étape suivante consiste au traitement pharmacologique. Entre autres, l'Orlistat fait partie d'un des médicaments autorisés au Canada pour le traitement de l'obésité. Ce médicament pris sous supervision médicale, réduit l'absorption des gras alimentaires d'environ 30%. Cependant, la réponse clinique demeure modeste et le gain de poids est fréquent suivant l'arrêt de cette médication. (Martin et al., 2011). Aussi, les traitements pharmacologiques et non-pharmacologiques ne suffisent pas toujours à enrayer cette maladie de causes multifactorielles (Ciangura & Corigliano, 2012). Les tentatives répétées de perdre et de maintenir une perte de poids à long terme chez la personne atteinte d'obésité sévère résultent très souvent à des échecs. La solution qui se présente à eux pour envisager une meilleure santé et qualité de vie demeure la chirurgie bariatrique.

Les deux techniques principalement utilisées pour une chirurgie bariatrique sont la gastrectomie pariétale (voir annexe VIII) et la dérivation biliopancréatique (DBP) (voir annexe IX). La première repose sur un principe de restriction calorique tandis que la seconde repose à la fois sur le principe de restriction et celui de la malabsorption. Elles influencent

respectivement deux mécanismes métaboliques soit la restriction alimentaire ou la combinaison des deux, soit la restriction et la malabsorption alimentaire. Le choix de la technique se fait par suite d'une discussion entre le chirurgien et le patient et dépend des objectifs du patient comme par exemple une perte de poids et/ou l'amélioration des comorbidités.

La gastrectomie pariétale, aussi appelée « sleeve », est une chirurgie qui consiste à retirer le  $\frac{3}{4}$  de l'estomac. Elle est réalisée habituellement par laparoscopie qui implique de cinq à sept petites incisions sur l'abdomen afin d'y introduire une caméra et des pinces chirurgicales. La partie de l'estomac demeurant en place prend la forme d'une banane réduite à un volume de 100 à 250 ml au lieu de 1000 ml initialement. Cette technique permet de réduire considérablement la quantité de nourriture dans l'estomac et diminue la sécrétion d'hormones qui contrôle la faim. Ce qui a pour conséquence de diminuer l'appétit chez l'individu. On peut prévoir une perte de 20 à 30% du poids initial avec ce type de chirurgie (Turgeon et al., 2017).

La dérivation bilio-pancréatique (DBP), quant à elle, est une procédure mixte dont l'un des mécanismes permet de réduire la capacité de nourriture dans l'estomac et l'autre de réduire l'absorption des aliments par l'organisme. Mis à part, la partie de l'estomac qui est réduite en un réservoir de 100 à 250 ml et le retrait de la vésicule biliaire, une grande partie de l'intestin grêle est court-circuitée en deux parties. L'estomac est raccordé à l'anse alimentaire afin de diriger la nourriture directement vers le gros intestin. Les sécrétions digestives provenant du foie et du pancréas passent par l'anse biliopancréatique et se rattachent à la partie distale de l'intestin grêle. Aucun aliment ne passe par cette voie. Ainsi, les aliments sont absorbés par les sucs digestifs sur une très courte partie de l'intestin grêle qu'on appelle l'anse commune qui mesure 100 cm. La plupart des aliments vont directement dans le gros intestin sans être ingérés. On peut prévoir une perte de 35 à 45% du poids initial avec ce type de chirurgie. Par contre, la création de cette malabsorption cause un plus grand risque de carences nutritionnelles et de complications intestinales (Dorman et al., 2012). Cela

implique pour la personne une prise de vitamines et de minéraux soit la multivitamines, le fer, le calcium, la vitamine A et la vitamine D, et ce, de façon permanente. Cette prise de suppléments, débutant un mois après la chirurgie, compense l'absorption déficiente de certains nutriments causée par la DBP. Si la personne ne respecte pas son traitement, elle s'expose à des risques de carences vitaminiques ainsi que de graves problèmes de santé (Turgeon et al., 2017). Il existe actuellement un type de chirurgie bariatrique de plus en plus pratiquée depuis quelques années. Il s'agit de la dérivation gastrique en Y-de-Roux. Cette chirurgie ressemble à la DBP mais la différence réside au niveau de la portion de l'estomac qui est davantage réduite en un réservoir d'environ 30 à 50 ml. Le reste de l'estomac est laissé en place contrairement à la DBP où le reste est complètement retiré du système. Pour ce qui est des intestins, l'anse commune est plus longue soit 300 cm au lieu de 100 cm pour la DBP et l'anse biliopancréatique mesure de 50 à 100 cm comparé à 300 cm pour la DBP. La perte de poids prévue est cependant de 25 à 35% du poids initial.

Il existe des critères physiques et psychologiques dans le processus de sélection pour accéder à la chirurgie bariatrique. Le principal critère physique est de posséder un indice de masse corporel (IMC) plus grand ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup> ou plus grand que 35 kg/m<sup>2</sup> avec comorbidités, par exemple, avoir un diagnostic d'hypertension artérielle, de diabète de type 2, d'apnée du sommeil ou de dyslipidémies. En ce qui concerne les critères psychologiques, la personne doit démontrer à l'équipe médicale son degré de motivation et sa capacité à comprendre l'implication de la chirurgie et décrire tous les moyens qu'elle a utilisé pour tenter de perdre du poids. De plus, la personne est évaluée sur ses habitudes de consommation de drogue, d'alcool et de tabac et elle doit s'engager à arrêter de consommer ces substances entre trois et douze mois avant la chirurgie et ce, de manière définitive. Les contre-indications à la chirurgie sont la présence de maladies psychiatriques actives dont les troubles du comportement alimentaire, les troubles cognitifs et les troubles mentaux graves, l'incapacité prévisible d'un suivi adéquat, la dépendance à l'alcool ou toutes autres formes de toxicomanies, l'absence de prise en charge préalablement identifié, une contre-indication à

l'anesthésie générale et la présence de certaines maladies pouvant mettre en jeu le pronostic vital à court et à moyen terme (Marceau & Biron, 1999; Turgeon, 2005).

Peu importe le type de chirurgie bariatrique, elle est responsable de la résolution de plusieurs comorbidités causées par l'obésité. Les comorbidités les plus importantes sont l'hypertension artérielle (HTA), le diabète de type 2, les dyslipidémies et l'apnée du sommeil. Les chances d'être atteint d'HTA augmentent avec le poids corporel (Sturm, 2003). Cette comorbidité est six fois plus fréquente chez les personnes obèses que chez les personnes minces. Une diminution du poids corporel de 1% entraîne une diminution de 1 mm hg de la pression artérielle systolique et de 2 mm hg de la pression artérielle diastolique (Noria & Grantcharov, 2013). Une méta-analyse indique une réduction de la pression artérielle chez 61.7% des participants et une guérison ou une amélioration importante du diabète de type 2 chez 76.8% des patients deux ans après la chirurgie bariatrique (Buchwald et al., 2004). Chez les personnes obèses ayant un diagnostic de dyslipidémie ou d'apnée du sommeil, cette même étude en vient aux mêmes conclusions, deux ans après une chirurgie bariatrique (Buchwald et al., 2004). Les complications postopératoires possibles de cette chirurgie peuvent être des hernies, des fuites anastomotiques, des adhérences, des désordres métaboliques telles des carences en vitamines, fer et protéines, des abcès, des ulcères, des sténoses anastomotiques et une perte de poids trop rapide. En ce qui a trait aux effets secondaires possibles, celles les plus fréquentes sont des flatulences, des selles malodorantes, des diarrhées, des nausées, des vomissements, des brûlements d'estomac, des reflux gastro-œsophagiens, des douleurs abdominales et des ballonnements (Marceau & Biron, 1999).

### **3.2 CONTEXTE EMPIRIQUE**

Cette section présente les études ayant porté sur l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP et sur les rôles et stratégies des infirmières pour favoriser l'adhésion dans un contexte de maladie chronique.

Pour ce, les bases de données Medline, Cinahl, Academic Search Premier en sciences infirmières et Psychology and Behavioral collection en psychologie via le moteur de recherche EBSCOhost ont été consultées ainsi que le Cochrane Library et le moteur de recherche Google Scholar. La majeure partie de la recherche littéraire s'est faite entre 2012 et 2014 avec des mises à jour jusqu'en 2017. Les mots-clés utilisés en anglais étaient : bariatric surgery, obesity, vitamins, dietary supplement, adherence, observance, nurse intervention, nursing role, strategy. Les mots utilisés en français étaient : chirurgie bariatrique, obésité, vitamines, suppléments, adhésion, observance, intervention infirmière, rôle infirmier, stratégie. Des études autant quantitatives que qualitatives ont été repérées et retenues.

### **3.2.1 L'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP**

Douze études ont été recensées au sujet de la prise de vitamines et de minéraux dans un contexte de chirurgie bariatrique. Celles-ci ont été classées en deux thèmes soit les études ayant porté sur le taux d'adhésion et les conséquences d'une non-adhésion à la prise de vitamines et de minéraux et les études ayant porté sur les facteurs influençant l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux.

#### ***Le taux d'adhésion et les conséquences d'une non-adhésion à la prise de vitamines et de minéraux dans un contexte de chirurgie bariatrique***

Les études ont démontré que plus de 80% des patients aux prises avec une maladie chronique ne suivent pas correctement leur traitement c'est-à-dire qu'ils n'obtiennent pas un bénéfice thérapeutique optimal (Munro Cohen, 2009; Tarquinio & Tarquinio, 2007). Actuellement, il n'y a pas de chiffre précis au sujet d'un pourcentage acceptable dans la prise de la médication permettant de conclure à l'observance. Dans les conditions de maladies chroniques, les études situent le taux de prise de médication chez les patients entre 43 et 78%.

Certains auteurs considèrent comme adéquate une personne qui prendrait sa médication 80% du temps et plus dans un contexte de maladies chroniques alors que pour d'autres pathologies comme par exemple le VIH, on fixe le pourcentage satisfaisant à 95% et plus (Osterberg & Blaschke, 2005).

Une seule étude rétrospective longitudinale réalisée sur une période de dix ans a été recensée dans la littérature. Cette étude a été réalisée auprès de 348 patients ayant subi une chirurgie bariatrique (Y-de-Roux) et avait pour but d'évaluer le taux de fer, d'acide folique et de B12 aux 6 mois pendant 2 ans puis aux années par la suite (Brolin et al., 1998). Le deuxième objectif était de déterminer comment les patients qui développent des déficiences métaboliques répondent aux suppléments et si le risque de développer une déficience diminue avec le temps. Les auteurs avaient préalablement déterminé que l'adhésion d'un patient correspondait à la prise de supplément 5 fois ou plus par semaine. L'étude conclue qu'une déficience en B12 ou acide folique ne représente pas un danger contrairement à une déficience en fer et de l'anémie qui sont potentiellement néfastes pour la santé surtout chez les jeunes femmes. De plus, l'étude a permis de conclure que seulement 33% des patients étaient adhérents après dix ans (5 fois ou plus/semaine) à la prise de vitamines et de minéraux. Les auteurs précisent que la non-observance du patient peut être un facteur important contribuant au développement et à la persistance de déficiences métaboliques après une intervention de Y-de-Roux (Brolin et al., 1998).

Une autre étude réalisée auprès de 26 patients ayant subi une chirurgie bariatrique constate aussi cette diminution de l'adhésion à travers le temps (Cooper et al., 1999). L'étude consistait à faire le suivi de ces patients avant et après la chirurgie bariatrique. Les patients recevaient des conseils au sujet de la nutrition et de la prise de vitamines et de minéraux associés à des analyses de laboratoire à 2, 5 et 12 mois. Les auteurs concluent que le taux d'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux est passé de 90% à 5 mois pour diminuer

à 55% après 12 mois. Cette étude démontre l'importance d'un suivi nutritionnel à long terme avec une équipe multidisciplinaire.

De leur côté, Bloomberg et al. (2005) ont voulu identifier, par une revue de littérature, les vitamines et minéraux les plus déficitaires après une chirurgie bariatrique, y compris les protéines, le fer, la vitamine B12, l'acide folique, le calcium, les vitamines liposolubles (A, D, E, K) et les autres micro-nutriments. Les carences les plus importantes se retrouvent dans les chirurgies malabsorptives telle la DBP, mais peuvent se produire aussi dans les chirurgies restrictives. De plus, ces auteurs affirment qu'il existe un manque de consensus au sujet des dosages et des formes de supplémentation.

Une étude a toutefois convenu, contrairement aux autres, que le taux d'adhésion à court terme à la prise de vitamines et de minéraux était satisfaisant. Ceux-ci ont réalisé un suivi pendant 12 mois de 100 patients ayant subi une chirurgie bariatrique. Les données étaient collectées à 3, 6, et à 12 mois post-chirurgie. L'étude incluait des données anthropométriques, des tests sanguins, des données sur la prise de nourriture et la tolérance à la nourriture ainsi que les effets secondaires les plus communs y étant reliés, l'activité physique, la prise de vitamines et de minéraux et le nombre de visites de suivi avec une nutritionniste. L'étude conclut à un taux moyen à élevé d'adhésion en ce qui a trait aux recommandations des habitudes de vie durant la première année de suivi post-chirurgie. En se basant sur les résultats de laboratoire, les auteurs affirment que le taux d'adhésion était satisfaisant concernant la prise de vitamines et de minéraux (Dagan et al., 2017).

Une revue de littérature de 79 articles a été repérée (Hood et al., 2016). L'un des objectifs était de recenser des études qui se sont intéressées à l'adhésion thérapeutique et aux comportements de santé reliés au poids chez la clientèle bariatrique soit en phase préopératoire et postopératoire. Les auteurs concluent que l'adhésion est faible en ce qui a trait à l'activité physique, la nutrition, la prise de vitamines et minéraux et aux visites de suivi postopératoire chez la clientèle ayant subi une chirurgie bariatrique.

Finalement, une étude française récente a aussi démontré un faible taux d'adhésion à la prise de vitamines et minéraux sur un suivi de 5 ans.(Thereaux et al., 2017) Les données de 16 620 patients ayant subi une chirurgie bariatrique en 2009 étaient extraites d'une base de données nationale d'assurance-santé. L'étude avait pour but d'évaluer le pourcentage de patients ayant reçu au moins un remboursement de vitamines et minéraux durant les cinq premières années suite à une chirurgie. Ce taux était ensuite comparé avec les lignes directrices nationales et internationales. Les auteurs ont constaté que le taux diminuait entre la première et la cinquième année passant de 27.7% à 24.5%. De plus, les analyses multivariées démontrent que ce faible taux se retrouvait plus souvent chez les jeunes hommes sans diabète de type 2 et ayant un faible taux de suivi dans la première année suivant la chirurgie (Thereaux et al., 2017).

En somme, les études ayant porté sur le taux d'adhésion à la prise de vitamines et minéraux démontrent bien que celui-ci tend à s'effriter au fil du temps chez une proportion importante de personne, et ce, surtout après la première année suivant la chirurgie bariatrique. Quant aux conséquences, cette non-adhésion peut amener un développement et une persistance des déficiences métaboliques, comme par exemple, une carence en fer ou de l'anémie qui peuvent être néfastes pour la santé surtout chez les jeunes femmes.

### ***Les facteurs influençant l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux***

Lizer, Papageorgeon et Glembot (2010) ont réalisé une étude rétrospective conduite sur deux ans dans un hôpital de la Virginie avec 133 patients admis pour diverses raisons et ayant déjà subi une chirurgie bariatrique dans le passé. Le but était d'évaluer si les résultats des dosages de vitamines et minéraux étaient appropriés chez les patients et si ces résultats étaient comparables à ceux des lignes directrices du *Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery* (Directives des pratiques cliniques pour le soutien nutritionnel, métabolique et non

chirurgical peropérateur de la chirurgie bariatrique) (Mechanick et al., 2013). Ils ont conclu que 50% des patients ayant des antécédents de chirurgie bariatrique ne recevaient pas une formulation adéquate de leurs dosages de vitamines et minéraux lors de leur admission à l'hôpital. Lors des prescriptions de médicaments faites par le médecin, ce dernier ne prenait pas en considération le type de chirurgie que le patient avait subi dans le passé. Avec le nombre grandissant de chirurgies bariatriques, les auteurs recommandent fortement que les professionnels de la santé soient informés et conscientisés à l'importance des dosages de vitamines et minéraux et au maintien de la bonne santé de cette clientèle.

Dans le même sens, une étude quantitative française qui avait pour but d'analyser les facteurs d'adhésion à la prise de vitamines et minéraux a été réalisée auprès de 140 patients (Charras et al., 2011). L'étude a comparé deux groupes a priori adhérents et non-adhérents par le biais d'un fichier de patients ayant commandé des vitamines et minéraux par internet. Les auteurs considéraient les patients adhérents si ceux-ci commandaient régulièrement leurs vitamines et minéraux depuis plus de douze mois et non-adhérents les patients qui commandaient de façon irrégulière, c'est-à-dire moins de quatre fois par année. Une enquête a ensuite été réalisée par téléphone à partir d'un questionnaire préétabli afin de définir les caractéristiques de chacun des groupes. L'étude révèle que 35% des patients cessent de prendre leurs vitamines et minéraux par méconnaissance de la nécessité du traitement. De ce fait, un contrôle plus étroit du renouvellement des prescriptions et une éducation plus rigoureuse au patient est de mise. De plus, une nouvelle information ressort de cette étude soit l'influence significative de la profession de l'intervenant sur l'adhésion. Un suivi fait par le chirurgien amène une meilleure adhésion chez les patients que ceux étant suivi par un autre professionnel. On identifie aussi un possible manque de formation à propos de la prise des vitamines et minéraux après la chirurgie chez les médecins généralistes et les endocrinologues (Charras et al., 2011).

En plus, une étude de cas unique incluant une revue de littérature sur l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux après une chirurgie bariatrique visait à identifier les facteurs qui influencent cette prise et son suivi à long terme ainsi que les stratégies utilisées pour remédier à ce problème. Cette étude consistait à prendre en charge une femme de 38 ans non-adhérente à la prise de vitamines et minéraux et qui était atteinte d'une sévère déficience en vitamines et en fer après sa chirurgie bariatrique. Des prélèvements sanguins ont été pris à son admission alors qu'elle souffrait de dénutrition et ils ont été repris trois mois plus tard après qu'elle ait reçu un suivi étroit et des conseils en lien avec la prise de vitamines et de minéraux. L'étude conclue qu'un suivi étroit est de mise afin d'optimiser la perte de poids et diminuer les risques de déficiences nutritionnels. La revue de littérature de cette étude indique que plusieurs facteurs influencent le suivi à long terme et l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux dont l'âge, les finances, la distance de la clinique et les comorbidités psychiatriques. Les auteurs indiquent qu'ils existent peu d'études au sujet des facteurs de risques modifiables influençant l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux et qu'il n'existe aucune ligne directrice permettant d'optimiser les stratégies de suivi postopératoire (Ahmad, Esmadi, & Hammad, 2012).

D'autres auteurs se sont intéressés à la mesure de l'adhésion ainsi qu'aux facteurs l'influençant dans le cadre d'une étude quantitative prospective longitudinale de six mois menée auprès de 41 adolescents de Cincinnati ayant subi une chirurgie bariatrique dans le but de connaître la différence du degré d'adhésion aux vitamines et minéraux entre une surveillance électronique contrôlée (évaluation objective) et un questionnaire auto-administré (évaluation subjective) (Modi, Zeller, Xanthakos, Jenkins, & Inge, 2012). La moyenne d'adhésion était significativement plus élevée avec le questionnaire auto-administré qu'avec la surveillance électronique. Dans les deux cas, il existait un ratio élevé de non-adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les adolescents. Les deux barrières principales à l'adhésion étaient l'oubli de prendre les comprimés et la difficulté à les avaler. Ces auteurs incitent à prendre ces barrières en considération dans l'éducation au

patient et à sa famille lors du suivi dans un contexte de chirurgie bariatrique. Chan, Zheng, & Colovos (2015) se sont aussi intéressés aux barrières de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux dans le cadre d'une étude quantitative exploratoire auprès de 150 américains ayant subi une chirurgie bariatrique afin de déterminer qu'elles étaient ces barrières. Le taux d'adhésion variait de 68.4% à 100% pour un temps postopératoire d'un à six mois. Les taux les plus faibles correspondaient à la prise de fer et de calcium. L'étude conclut que l'oubli et les effets secondaires de la médication sont les deux principales barrières à l'adhésion suivi du goût et du coût des comprimés.

Des chercheurs italiens ont aussi étudié les barrières de l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux dans un contexte de chirurgie bariatrique (Schiavo et al., 2016). Suite à cette étude rétrospective, les résultats ont démontré qu'à 3, 6, 9, 12 mois, les taux de non-adhésion correspondaient à 43%, 51%, 59% et 67% et les deux principales barrières étaient la difficulté à avaler les comprimés (61%) et les coûts (20%) y étant associés.

Finalement, suite à une étude américaine réalisée auprès de 92 patients ayant subi une chirurgie bariatrique, les auteurs suggèrent un lien entre les facteurs démographiques et psychologiques en ce qui a trait à la non-adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez le patient ayant subi une chirurgie bariatrique (Sunil et al., 2017). À la suite de questionnaires auto-administrés et des prélèvements sanguins (vitamine B12, fer, vitamine A) à 3 et 6 mois, l'étude conclut qu'il existe une forte prédominance de non-adhésion chez les hommes occupant un emploi à temps complet et le fait de souffrir d'anxiété. Concernant le facteur de l'anxiété, les auteurs affirment qu'il existe d'autres études récentes dans la littérature, dans le domaine des recommandations nutritionnelles après une chirurgie bariatrique, qui arrivent à la même conclusion qu'eux.

En somme, les études présentées ci-dessus citent des facteurs influençant l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux et il serait important qu'on y apporte une attention particulière afin de répondre aux besoins du patient et améliorer les interventions infirmières.

Les caractéristiques liées à la médication et à l'individu sont rapportées. En ce qui a trait aux caractéristiques liées à la médication, on y retrouve le coût ainsi que le goût du comprimé, la difficulté à l'avaler, les effets secondaires, l'oubli, la formulation non-adéquate du dosage des vitamines et minéraux. Quant aux caractéristiques liées à l'individu, on retrouve l'âge, le genre (homme ou femme), le revenu, la distance de la clinique, les comorbidités psychiatriques, la méconnaissance de la nécessité du traitement et l'influence significative de la profession de l'intervenant. La littérature présente des études s'étant concentrées plutôt sur des facteurs individuels, mis à part la profession de l'intervenant. La Perspective écologique de l'adhésion à la médication (Berben et al., 2012) (tableau 1) citée au chapitre 2 propose une vision allant au-delà de ces facteurs et les auteurs encouragent fortement d'autres recherches en ce sens.

### **3.2.2 Pratique infirmière et adhésion à la médication dans un contexte de maladie chronique**

Il existe des études portant sur les rôles et les interventions des professionnels de la santé en regard de la gestion des maladies chroniques mais aucune dans un contexte de chirurgie bariatrique. Voici onze études recensées et classées en fonction de deux thèmes : les perceptions des patients/professionnels de la santé face aux rôles et aux interventions des professionnels de la santé par rapport à l'adhésion et l'évaluation de ces interventions.

#### ***Perceptions des patients/professionnels de la santé face aux rôles et aux interventions des professionnels de la santé en regard de l'adhésion***

Stubbelfield et Mutha (2002) ont réalisé une étude qualitative descriptive auprès de professionnels de la santé impliqués dans la gestion de la maladie chronique. Les objectifs étaient de connaître leurs perceptions face aux rôles du patient et à leurs propres rôles par rapport à la satisfaction des patients, à l'adhésion aux médicaments et à l'état de santé des

patients. Huit personnes dont 4 infirmières et 4 médecins ont été questionnées. Les professionnels de la santé attribuent quatre rôles au patient 1) comprendre sa maladie, 2) adhérer à son traitement, 3) assurer la responsabilité de gérer sa maladie, 4) être capable de reconnaître les symptômes de sa maladie et aviser les professionnels de la santé lors d'un changement dans son état de santé. En ce qui a trait aux rôles des professionnels de la santé, ceux-ci ont identifié cinq rôles importants face au patient soit 1) donner des conseils au sujet de la gestion de la maladie (agir comme guide, donner de l'information), 2) éduquer le patient sur sa maladie (donner des cours, expliquer les buts et complications du traitement), 3) offrir un soutien émotionnel et psychologique au patient, 4) orienter au besoin le patient vers d'autres ressources dans le système de santé et 5) évaluer l'efficacité de leur travail. Dans cette étude, les professionnels de la santé se voient comme des experts, mais ne considèrent pas le patient comme tel. Les auteurs parlent plutôt d'un modèle de relation paternaliste envers leurs patients (Stubblefield & Mutha, 2002).

Dans un même ordre d'idées, une étude quantitative quasi-expérimentale a été réalisée sur une période d'un mois auprès de 56 patients recrutés dans deux cliniques d'insuffisance cardiaque et de 7 infirmières pour mesurer le niveau de satisfaction des patients et des infirmières quant à l'information reçue au sujet de la médication (Ekman, Schaufelberger, Kjellgren, Swedberg, & Granger, 2007). Les patients recevaient à leur première visite de l'information au sujet de leur médication et complétaient un questionnaire de satisfaction. Durant les autres visites à la clinique, le patient recevait de l'information écrite et du renforcement verbal concernant les indications de la médication, les effets indésirables et les interactions avec d'autres médicaments ou aliments. Les infirmières encourageaient le patient à parler de ses perceptions sur sa médication. À la dernière visite, les patients et les infirmières étaient invités à remplir le questionnaire de satisfaction. L'étude conclut que la satisfaction des patients était beaucoup plus élevée à la dernière visite. Pourtant, pendant que les infirmières croient que les patients ont reçu l'information appropriée, les patients persistent à dire qu'ils auraient besoin de plus d'informations au sujet de leur médication.

Les perceptions divergent donc en ce sens. Les auteurs mentionnent le besoin de plus d'études concernant les interventions pédagogiques afin de répondre aux attentes des patients à propos de l'information reçue au sujet de leur médication (Ekman et al., 2007).

Byrne, Deane, et Coombs (2005) amènent une autre perspective en regard des rôles et des interventions des infirmières. L'étude réalisée en Australie a exploré les connaissances et les croyances de 64 infirmières au sujet de la médication neuroleptique dans le traitement de la maladie mentale sévère. Les résultats confirment qu'une pauvre connaissance et une attitude négative des infirmières en regard de la médication peuvent nuire à l'efficacité des interventions en regard de l'adhésion.

### *Évaluation des interventions des professionnels de la santé*

Toujours dans un contexte d'adhésion, une revue systématique de 182 études visant à évaluer les effets des interventions et des résultats cliniquement associés, indique que les personnes ne prennent que la moitié de leurs doses prescrites (Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008). On note aussi une grande hétérogénéité du type de clientèle, des pathologies de santé, des interventions en regard de l'adhésion et des mesures des résultats cliniques. Les auteurs concluent que les interventions actuelles visant l'amélioration de l'adhésion dans un contexte de maladie chronique, telle la combinaison d'une éducation accompagnée de conseils, de rappels, de suivis rapprochés, de renforcements positifs, de thérapies psychologiques, demeurent complexes et peu efficaces de sorte que le résultat est sous-optimal. Des études supplémentaires sont recommandées afin de dénicher des interventions plus simples et plus efficaces (Haynes et al., 2008).

Dans le même sens, Williams, Manias, et Walker (2008) ont réalisé une revue systématique des écrits datant de 1997 à 2007 à propos des interventions améliorant l'adhésion des patients dans un contexte de maladies chroniques. Cette revue des écrits ne

ressort aucune évidence d'interventions efficaces entourant l'adhésion des patients dans la gestion de maladies chroniques. De plus, les auteurs ont noté une absence totale d'interventions psychosociales. Ils encouragent d'autres études à propos d'interventions favorisant l'adhésion à la médication.

De leur côté, l'importance de l'éducation aux patients est démontrée par Lager, Pataky et Golay (2009) dans le cadre d'une synthèse de méta-analyses récentes réunissant plus de 500 études reliées à différentes maladies chroniques incluant l'obésité afin d'évaluer l'efficacité des interventions éducatives. La majorité des études (60%) concluent à l'efficacité de ces interventions. Néanmoins, ces auteurs affirment que la littérature demeure insuffisante en ce qui concerne l'éducation aux personnes obèses.

Une étude quantitative réalisée auprès de 141 professionnels de la santé dans le domaine de la transplantation cardiaque avait pour objectifs d'identifier les stratégies utilisées pour évaluer l'adhésion à la médication de leurs patients, de classer les interventions utilisées en regard de l'adhésion selon trois catégories (éducation/cognitif, counseling/comportemental, psychologique/affectif) et d'évaluer comment les professionnels de la santé perçoivent l'efficacité de leurs interventions (Berben, Dobbels, Kugler, Russell, & De Geest, 2011). Les auteurs informent que la méthode la plus utilisée pour évaluer l'adhésion à la médication du patient est de questionner directement le patient lors du suivi. Les interventions les plus utilisées pour promouvoir l'adhésion étaient d'ordre éducatifs/cognitifs. Les trois interventions les plus citées étaient de fournir du matériel de lecture au sujet des soins suite à une transplantation cardiaque, de fournir des documents écrits sur les directives de la prise de la médication et de prodiguer de l'enseignement individuel ou familial. Paradoxalement, les auteurs indiquent que malgré le fait que les interventions éducationnelles sont plus souvent utilisées, elles sont perçues moins efficaces que les autres types d'interventions. L'étude précédente de Lager et al. (2009) appuient ce constat. Il est donc recommandé de transmettre plus de connaissances et d'offrir plus d'outils

aux professionnels de la santé afin qu'ils utilisent davantage des interventions reconnues plus efficaces telles des interventions cognitivo- comportementales. De plus, la combinaison d'interventions afin de favoriser l'adhésion à la médication est encouragée.

Fletcher et al. (2012) ont démontré l'efficacité d'une intervention par suite d'une étude sur les effets des conseils donnés par des infirmières praticiennes et des pharmaciens à propos de l'utilisation inappropriée des médicaments chez les patients. Au total, 120 patients ont participé à l'étude et ils étaient rencontrés à leur domicile soit par un pharmacien ou une infirmière. L'étude consistait à faire une revue complète de la médication et un plan d'action élaboré pour optimiser l'utilisation de la médication. Ensuite les patients étaient revus de 12 à 18 mois plus tard pour une autre évaluation. Les caractéristiques des patients prenant de la médication de façon inappropriée étaient l'âge (plus de 80 ans), la prise de plus de quatre médicaments et aucune formation universitaire. L'étude conclut à une grande amélioration de l'utilisation de la médication chez les patients après que ceux-ci aient reçu des conseils de la part d'infirmières et de pharmaciens. Cette intervention doit être privilégiée selon ces auteurs.

Une méta-analyse produite par Van Camp, Van Rompaey et Elseviers (2013) appuie les constats de l'étude de Fletcher et al. (2012) en affirmant que la transmission de conseils aux patients s'avère une intervention efficace pour favoriser l'adhésion à la médication dans un contexte de maladie chronique. Cette intervention peut être réalisée en personne, en groupe ou par message électronique. Pour une meilleure efficacité, les auteurs recommandent de combiner cette intervention à d'autres interventions.

Zolfaghari, Mousavifar, Pedram, et Haghani (2012) ont voulu comparer l'efficacité de deux interventions dans le suivi des patients atteint de diabète de type 2 sur une période de trois mois. L'étude quasi-expérimentale a été réalisée en Iran auprès de 77 personnes divisées en deux groupes. Un groupe était suivi par téléphone alors que l'autre était suivi par texto via

le téléphone cellulaire. L'étude conclut que les deux interventions de suivi à distance sont aussi efficaces l'une que l'autre pour favoriser l'adhésion du patient.

Une revue systématique de 31 études portant sur le rôle des infirmières a été réalisée afin d'évaluer l'impact des soins des infirmières sur la santé des personnes comparés aux soins provenant d'un médecin. L'étude conclut que les soins prodigués par des infirmières sont aussi efficaces que ceux prodigués par des médecins. D'ailleurs, elles sont impliquées dans une diversité de soins dont la gestion de la maladie chronique, la prévention et la promotion de la santé. Les auteurs encouragent d'autres études au sujet des rôles des infirmières sur l'impact des résultats de santé du patient (Keleher, Parker, Abdulwadud, & Francis, 2009).

Cette revue des écrits scientifiques a permis de ressortir les études s'intéressant à la prise de vitamines et de minéraux dans le domaine de la chirurgie bariatrique. On note que plusieurs recherches abordent la problématique des déficits nutritionnels (Charras et al., 2011). Cependant, peu d'entre elles portent sur les facteurs influençant la prise régulière de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une chirurgie bariatrique. Celles qui s'y sont intéressées portent principalement sur des facteurs individuels. En ce qui a trait, aux rôles et aux interventions de la pratique infirmière, peu d'études existent dans un contexte d'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux par suite d'une chirurgie bariatrique. Toutefois, l'information qui se dégage des études recensées indique que l'infirmière peut parfois prendre une position d'expert, c'est-à-dire que le choix de ses interventions sera fait en fonction de son savoir. En aucun moment, le patient pourra prendre part au processus décisionnel. De plus, une pauvre connaissance et une attitude négative des infirmières au sujet de la médication peuvent déteindre sur l'efficacité de leurs interventions. Il est à noter qu'il peut subsister une divergence de perceptions entre le patient et l'infirmière au niveau de la satisfaction sur l'information que reçoit le patient au sujet de sa médication. Actuellement, dans la littérature, on repère une panoplie d'interventions réalisées par les

professionnels de la santé dans le but de favoriser l'adhésion thérapeutique. Les interventions éducatives sont celles les plus utilisées, cependant les études ont peine à démontrer leur efficacité lorsqu'utilisées seules. Berben et al. (2011) encouragent la combinaison d'interventions. Aussi, on dénote l'absence d'interventions psychosociales. Plusieurs auteurs s'entendent sur la nécessité de mener des études supplémentaires afin d'identifier des interventions plus efficaces pour augmenter l'adhésion à long terme. Le prochain chapitre qui suit aborde la méthode du processus de recherche.

## **CHAPITRE 4**

### **MÉTHODE**

Les éléments méthodologiques abordés dans ce chapitre sont le devis de l'étude, le milieu de l'étude, la population, l'échantillon et la méthode d'échantillonnage, la description du processus de recrutement, les méthodes de collecte de données, l'analyse des données, les considérations éthiques et les critères de scientificité.

#### **4.1 DEVIS DE L'ÉTUDE**

Un devis descriptif qualitatif exploratoire a été retenu étant donné le peu d'études publiées portant sur le rôle de l'infirmière dans l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux dans un contexte de chirurgie bariatrique. Ce devis vise la compréhension approfondie et élargie d'un phénomène peu connu qui s'intéresse à la complexité du phénomène et à la façon dont les personnes perçoivent leur propre expérience à l'intérieur d'un contexte social donné (Fortin & Gagnon, 2016).

#### **4.2 MILIEU DE L'ÉTUDE**

Le milieu choisi pour l'étude est une clinique externe de chirurgie bariatrique d'un établissement suprarégional ultrasécialisé d'un grand centre urbain. Au moment du dépôt de ce mémoire, la clinique externe de chirurgie bariatrique comptait trois infirmières affectées à temps complet au suivi téléphonique postopératoire. Deux d'entre elles étaient assignées aux suivis postopératoires tandis que l'autre était assignée au retour d'appels des

patients. La cohorte postopératoire compte près de 8000 usagers. Puisque les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique nécessitent un suivi à vie, cette cohorte augmente d'environ 450 cas par année. Ainsi, en 2011, le ratio infirmière/patients était de 1/1500, alors qu'il était de 1/2666 en 2018 (N. T., communication personnelle, 15 juillet 2018). L'augmentation du ratio patients par infirmière entraîne des retards dans les suivis. Le délai du suivi des résultats de prélèvements sanguins est de 24 semaines pour ceux codés de légèrement à modérément anormaux. Pour les résultats considérés comme urgent, le suivi est fait à l'intérieur d'un mois (N. T., communication personnelle, 15 juillet 2018). Il est à noter que les résultats des prélèvements sanguins demeurent des indices importants de l'observance thérapeutique et ils sont effectués, selon un protocole de suivi standard afin de savoir si les dosages sont adéquats. (Ernst et al., 2009). Finalement, l'accès à la clinique externe sans rendez-vous est disponible tous les jours de la semaine afin de répondre aux problèmes les plus urgents. En dehors de ces heures, les patients doivent se présenter à l'urgence d'un centre hospitalier le plus près de chez eux.

Les infirmières et les chirurgiens œuvrant dans le domaine de la chirurgie bariatrique assurent les suivis des patients en phase préopératoire soit à partir de la demande d'évaluation d'éligibilité à la chirurgie jusqu'au retour à domicile, et ce, à vie. Le suivi des patients dans le milieu à l'étude est en grande partie réalisé par des infirmières cliniciennes et soutenu par des ordonnances collectives d'ajustement de vitamines et de minéraux instaurées et approuvées par les chirurgiens de cette spécialité. Ce modèle de suivi est unique et exclusif en Amérique du Nord (N. T., communication personnelle, 11 mai 2015). Ce suivi est réalisé à 70% par voie téléphonique et à 30% en consultation externe par l'infirmière et au besoin par le chirurgien. Le nombre de suivis téléphoniques tend à augmenter, car la capacité du nombre de visites aux consultations externes est largement atteinte (N. T., communication personnelle, 11 mai 2015). Pour conclure cette section, nous présentons les étapes du processus lors du suivi postopératoire à la clinique externe de chirurgie bariatrique réalisées par les infirmières (figure 2).

Il est à noter qu'un suivi postopératoire par suite d'une chirurgie bariatrique n'est pas toujours assuré par l'établissement où s'effectue la chirurgie. Certains centres hospitaliers privilégient l'envoi d'un questionnaire par courriel aux patients pour faire le suivi, alors que d'autres n'assurent aucun suivi et la responsabilité revient alors au patient de consulter en cas de problème. Dépendamment de l'établissement, ce suivi peut être fait par divers types de professionnels de la santé (infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, nutritionnistes, médecins spécialistes ou médecins généralistes) (N. T., communication personnelle, 11 mai 2015).

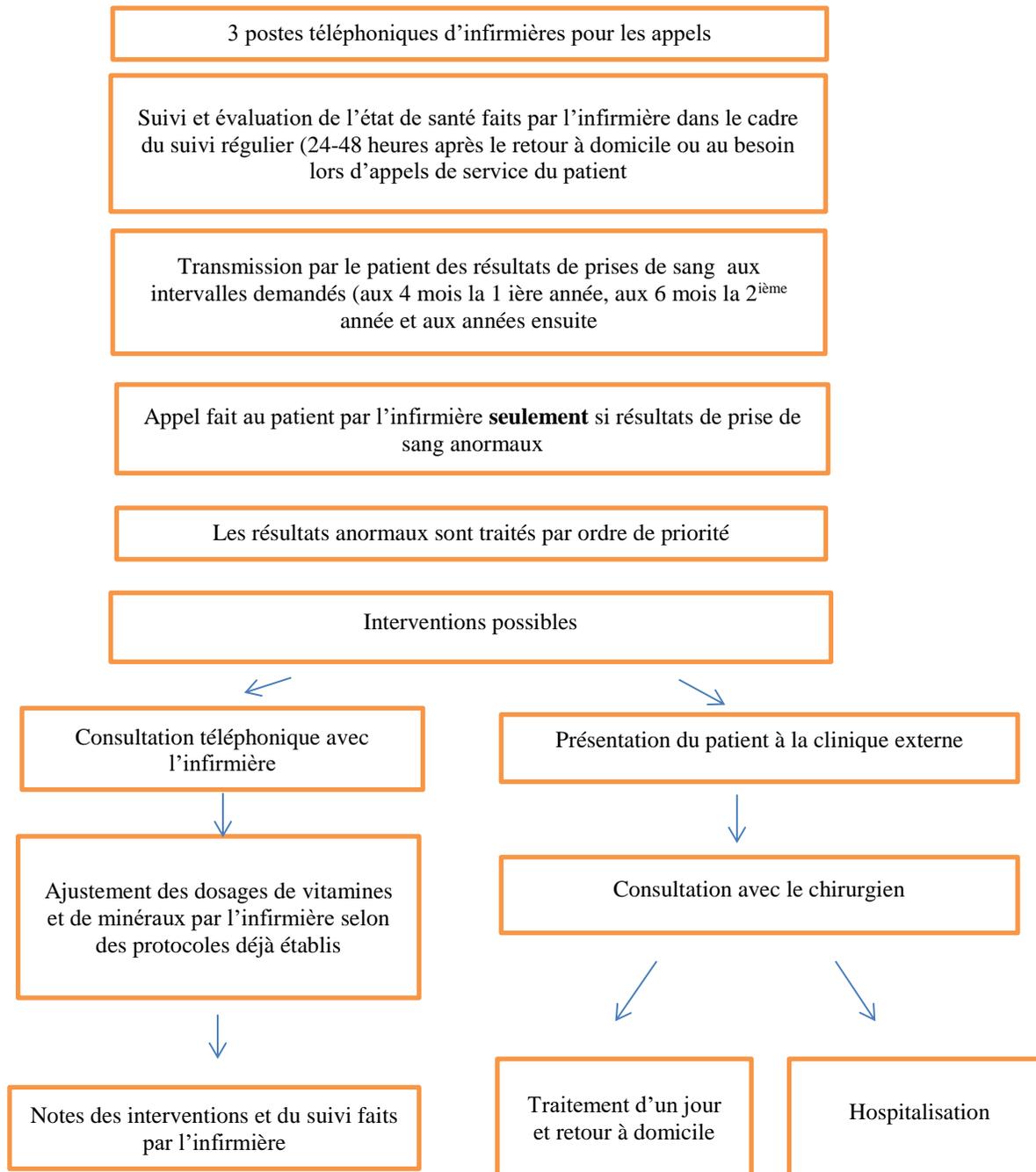


Figure 2. Étapes du processus lors du suivi postopératoire à la clinique externe de chirurgie bariatrique.

L'accès au milieu pour la réalisation du projet a été possible grâce à deux personnes-clés ayant joint le projet en 2014. Premièrement, un chirurgien spécialisé en chirurgie bariatrique a accepté d'agir à titre de chercheur de l'établissement répondant ainsi à une des exigences du comité d'éthique de la recherche. Deuxièmement, la coordonnatrice de la clinique externe de chirurgie bariatrique a permis l'accès à la population cible. Cette dernière fut d'une aide précieuse pour favoriser le recrutement et la mise en disponibilité des participantes de l'étude.

#### **4.3 POPULATION, ÉCHANTILLON ET MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE**

La population cible est celle des infirmières travaillant au suivi postopératoire à la clinique externe de chirurgie bariatrique. Le seul critère d'inclusion était de faire ou d'avoir déjà fait des suivis postopératoires auprès de la clientèle bariatrique soit en personne ou par téléphone à la clinique externe. Au moment de la réalisation de la collecte de données, la taille de la population cible était de huit infirmières.

La taille visée pour l'échantillon était de six à huit infirmières en référence au minimum de participants généralement exigés en recherche qualitative (Fortin & Gagnon, 2016). Une méthode d'échantillonnage de convenance a été utilisée sur la base d'un choix raisonné en fonction du critère d'inclusion pour constituer l'échantillon.

#### **4.4 DESCRIPTION DU PROCESSUS DE RECRUTEMENT**

Pour s'assurer d'une participation volontaire, toutes les personnes de la population cible ont d'abord été approchées par courriel. Ce courriel incluait une lettre de présentation du projet (voir annexe II). Celles qui ont répondu positivement ont ensuite été contactées par courriel pour convenir d'un rendez-vous pour une entrevue individuelle. Dans un souci de

transparence, il importe de mentionner qu'étant donné que l'étudiante-chercheuse est membre de l'équipe de soins du département de chirurgie bariatrique, l'ensemble de la population à l'étude avait déjà entendu parler du projet et s'était dit intéressé. Aucune pression n'a toutefois été exercée de la part de l'étudiante-chercheuse.

#### **4.5 MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES**

Les données de cette recherche ont été recueillies à l'aide d'entrevues individuelles semi-dirigées et d'un court questionnaire sociodémographique et professionnel (voir annexe IV). L'entrevue est considérée le moyen privilégié pour tenter de comprendre l'autre (Fontana & Frey, 1994 cités dans Fortin & Gagnon, 2016).

Un guide d'entrevue individuelle (voir annexe V), en lien avec les objectifs de l'étude, a été développé par l'étudiante-chercheuse en collaboration avec ses directrices de recherche. Ce guide s'articulait autour de trois thèmes soit la définition de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez la clientèle ayant subi une DBP, les rôles infirmiers en regard de cette adhésion et les stratégies utilisées afin de favoriser cette adhésion. Les questions étaient posées aux participantes de manière à leur offrir une certaine liberté d'expression à propos des thèmes de l'étude et favoriser ainsi l'émergence de nouvelles dimensions surtout en regard des facteurs d'influence.

Afin d'en assurer la fiabilité, ce guide d'entrevue a été préalablement pré-testé auprès de deux nutritionnistes attitrées au suivi de la clientèle bariatrique. Le choix des nutritionnistes s'explique par le désir de préserver la possibilité que toutes les infirmières de la population-cible puissent participer à l'étude en raison de sa petite taille. L'une de ces entrevues de pré-test a été faite en présence de la directrice de recherche. Des corrections ont été apportées au guide d'entrevue afin de clarifier certaines questions et ajouter des questions de relance. La version finale a été validée par les deux directrices de recherche ayant

différentes expériences et expertises afin de s'assurer que chaque question du guide d'entrevue se rapportait bien au but et aux objectifs de l'étude (Fontana & Frey, 1994 cités dans Fortin & Gagnon, 2016).

Les entrevues individuelles ont été réalisées dans un bureau privé de la clinique externe de chirurgie bariatrique entre le 5 mars et le 17 avril 2015. Elles étaient d'une durée moyenne de 60 minutes et elles étaient enregistrées avec l'accord des participantes afin de permettre la retranscription de l'entretien sous forme de verbatim. Après la réalisation des huit entrevues, une saturation des données a été constatée, c'est-à-dire une certaine redondance dans les informations collectées auprès des participantes.

À la fin de l'entrevue, les participantes étaient invitées à compléter un court questionnaire sociodémographique et professionnel révisé préalablement et approuvé par les directrices de recherche. Ce questionnaire contenait des données tels que l'âge, le niveau de formation en soins infirmiers et autres formations, le nombre d'années d'expérience comme infirmière, le nombre d'années d'expérience comme infirmière dans le domaine bariatrique et le type de poste dont la participante est titulaire (temps complet ou temps partiel). Ce questionnaire visait à dresser un portrait des participantes.

#### **4.6 ANALYSE DES DONNÉES**

Le cadre de l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2012) a été utilisé pour l'analyse des données. Il consistait en une approche générale mixte, soit à la fois déductive, car elle s'inspirait des thèmes du cadre de référence de la Perspective écologique de Berben et al. (2012) et inductive, en raison du caractère exploratoire de la recherche qui permettait l'émergence de nouveaux thèmes.

Pour ce, chacune des entrevues a été retranscrite sous forme de verbatim du 6 mars jusqu'à la fin mai 2015. Des synthèses d'entrevue ont aussi été réalisées et retournées aux

participantes de juin à août 2015 pour valider la compréhension générale de l'étudiante-chercheuse. L'analyse des verbatims a été réalisée grâce au logiciel informatique d'analyse qualitative NVivo ©, version 10, de fin août à novembre 2015. Les extraits de ces verbatims ont été codés, en tout premier lieu, en repérant des unités de sens. Ces unités de sens ont été regroupées de façon à former des sous-thèmes et puis des thèmes reliés à la problématique de recherche. Finalement, ces thèmes furent réunis en quatre grandes catégories associées à chaque objectif de la recherche soit l'adhésion thérapeutique, les rôles infirmiers, les stratégies infirmières et les facteurs d'influence de l'adhésion. L'arbre thématique, étant une représentation synthétique et structurée du contenu analysé, est présenté à l'annexe VI et guidera la présentation des résultats au chapitre 5.

#### **4.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES**

Cette recherche, qui nécessitait la participation d'infirmières, a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'établissement de santé où se déroulait l'étude et par le comité d'éthique de la recherche de l'UQAR qui est l'établissement universitaire de l'étudiante-chercheuse. Le 22 décembre 2014, une demande d'approbation a été faite simultanément aux deux comités d'éthique. Le recrutement des participantes a été débuté par suite de l'obtention des certificats du comité d'éthique de l'établissement de santé de l'étude (CER-21154) le 15 janvier 2015 et celui de l'UQAR (CER-84-567) le 4 février 2015 (voir annexe VII).

Le respect de la dignité humaine, du consentement, de la vie privée ainsi que l'équilibre entre les avantages et inconvénients liés à cette recherche sont les principes éthiques qui ont été pris en considération dans cette étude.

*Respect de la dignité humaine.* L'étudiante-chercheuse avait la responsabilité éthique de s'assurer du bien-être de la personne et de protéger ses intérêts dont son intégrité physique,

psychologique ou culturelle (Fortin & Gagnon, 2016). Afin de respecter ce critère, la réalisation des entrevues a eu lieu dans une salle de la clinique externe climatisée et bien aérée à l'abri des regards et il était permis à la participante de prendre son repas en même temps étant donné que les entrevues se déroulaient pendant la période du dîner (seule plage horaire disponible pour les participantes).

*Respect du consentement libre et éclairé.* Basé sur le principe d'autonomie, la personne approchée avait le droit et la capacité de décider elle-même de collaborer ou non à l'étude (Fortin & Gagnon, 2016). Donc, aucune pression ou promesse de rétribution n'a influencé la participante dans son choix de participer ou non à l'étude. De plus, la participante a bien reçu toute l'information dont elle avait besoin afin de prendre une décision éclairée. Un formulaire de consentement a été présenté et signé avant chaque entrevue (voir annexe III). L'information dans le formulaire portait sur la nature de l'étude, le rôle de la participante, la procédure de l'entrevue, le droit de refus de participation, les responsabilités de l'étudiante-chercheuse et les règles de confidentialité (Loiselle, Polit, & Beck, 2007).

*Respect de la vie privée et des renseignements personnels.* En vertu de ce principe, l'identité de la participante a été protégée en s'assurant qu'aucune donnée nominale n'apparaisse dans le texte. Ainsi, les verbatims ont plutôt été identifiés à l'aide de lettres et de chiffres permettant ainsi de conserver l'anonymat de la participante. La préservation de la confidentialité, lors de la description des participantes et de la présentation des résultats, fût le principal défi, étant donné la petite taille de l'échantillon. Pour protéger la confidentialité, les verbatims ont été retranscrits dans une forme plus neutre en prenant soin de ne pas en modifier le contenu. Le but était de ne pas reconnaître les infirmières à leurs expressions ou tics verbaux. En aucun temps, l'information recueillie n'a été divulguée à de tierces personnes sans le consentement de la participante (Fortin & Gagnon, 2016). Elle était toutefois sensibilisée au fait que cette confidentialité reposait également sur sa propre discrétion.

*L'équilibre des avantages et des inconvénients.* En vertu de ce principe, les avantages et inconvénients qui pouvaient découler de cette étude ont été discutés avec chacune des participantes (Fortin & Gagnon, 2016). Les avantages à collaborer à cette étude ont été associés à la satisfaction et à la valorisation de participer à un projet de recherche ainsi qu'à la contribution à l'avancement des connaissances. Le temps consacré à l'entrevue était l'inconvénient principal retenu par l'étudiante-chercheuse en lien avec cette recherche. Aucun risque pour les participantes n'a été identifié.

#### **4.8 CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ**

Quatre critères de scientificité de la recherche qualitative proposés par Lincoln et Guba (1985) ont été pris en compte et visait à s'assurer de la qualité des résultats produits par cette étude. Ces quatre critères sont : la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmabilité.

Le critère de crédibilité correspond à l'exactitude dans la description du phénomène vécu par les participants en fonction de la réalité interprétée (Fortin & Gagnon, 2016). Selon Sylvain (2008), ce critère se mesure par la correspondance entre les constructions des répondants et les reconstructions formulées par le chercheur. Pour la présente recherche, ce critère a été respecté grâce à l'enregistrement des entrevues, la retranscription détaillée du verbatim par l'étudiante-chercheuse et par une synthèse du verbatim fournie à chaque participante afin de valider si la compréhension de l'étudiante-chercheuse correspondait à leur réalité. La participante pouvait ajouter par écrit au besoin des données pour corriger les informations et retourner le document à l'étudiante-chercheuse. Par ailleurs, la crédibilité d'une étude peut aussi référer à la crédibilité du chercheur, c'est-à-dire à la formation, aux qualifications et aux expériences de celui-ci (Patton, 2002 cité dans Loiselle et al., 2007). De ce fait, l'étudiante-chercheuse possède une formation spécialisée en tant qu'infirmière dans le domaine de la chirurgie bariatrique et exerce sur le département de chirurgie bariatrique depuis presque dix ans où elle prodigue des soins préopératoires et postopératoire à cette clientèle. Le suivi à domicile est ensuite assuré par les

participantes de l'étude qui exercent à la clinique externe. L'expérience professionnelle de l'étudiante-chercheure a permis une bonne compréhension du contexte de pratique des participantes.

La fiabilité des études qualitatives correspond à l'uniformité des données au fil du temps et selon les divers contextes (Loiselle et al., 2007). Ce critère réfère au fait que d'autres chercheurs pourraient arriver à des conclusions comparables selon les données, la perspective et la situation (Sandelowski, 1993 cité dans Sylvain, 2008). Plusieurs éléments viennent en appui à la fiabilité de cette recherche dont la description détaillée de la méthode. De plus, l'implication des directrices de recherche dans la validation des outils de collecte de données, c'est-à-dire la réalisation d'un pré-test du guide d'entrevue et la révision du questionnaire sociodémographique, ont permis de répondre à ce critère. Finalement, une formation académique en regard du logiciel « NVivo version 10 » a été nécessaire afin d'utiliser adéquatement cet outil d'analyse des données ainsi que le soutien constant des directrices de recherche lors du processus de codage des entrevues et de la validation de l'arbre thématique. La possibilité de réécouter les enregistrements audios des entrevues individuelles permet de respecter la fiabilité de l'étude.

La transférabilité correspond à une contextualisation des résultats de l'étude. Ce critère réfère au degré de similarité entre deux contextes ou réfère aux résultats qui pourraient être transposés à d'autres situations similaires (Sylvain, 2008). Ce critère a été respecté par l'étudiante-chercheure par une description détaillée du milieu de l'étude, de son déroulement, de son contexte et de la description des assises cliniques du suivi postopératoire de chirurgie bariatrique. Ainsi, les personnes qui voudraient répliquer cette étude dans d'autres milieux pourront prendre connaissance des éléments contextuels pouvant influencer les résultats. Par ailleurs, il est envisageable que les résultats obtenus puissent être utiles pour alimenter les réflexions sur l'amélioration des pratiques des intervenants de la santé auprès de la population

ciblée, ainsi qu'auprès d'autres populations souffrant de maladies chroniques exigeant un suivi à long terme.

Finalement, le critère de confirmabilité réfère à la neutralité des données et à leur interprétation et vise à s'assurer que les résultats reflètent bien les données et non le point de vue du chercheur (Fortin & Gagnon, 2016). De ce fait, ce critère a été respecté par une synthèse du verbatim fournie à chacune des participantes afin de valider si la compréhension de l'étudiante-chercheure correspondait à leur réalité et ainsi limiter les mauvaises interprétations.

## **CHAPITRE 5**

### **RÉSULTATS**

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des données recueillies lors de huit entrevues individuelles dont le but était de décrire les pratiques actuelles des infirmières assurant le suivi postopératoire de patients ayant subi une DBP en lien avec l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux. En tout premier lieu, le profil professionnel des participantes est décrit. Ensuite, les résultats sont présentés en fonction des quatre grandes catégories correspondant aux objectifs de l'étude. Ces catégories sont les perspectives des infirmières liées à la prise de vitamines et de minéraux chez la clientèle ayant subi une DBP, le rôle infirmier en regard de cette adhésion, les stratégies déployées pour favoriser l'adhésion et les facteurs d'influence des rôles et des stratégies des infirmières ayant un impact sur l'adhésion thérapeutique. Les résultats de l'étude sont synthétisés sous forme d'arbre thématique (voir annexe VI) incluant les catégories, les thèmes et les sous-thèmes qui leurs sont associés.

#### **5.1 PROFIL DES PARTICIPANTES DE L'ÉTUDE**

Huit infirmières travaillant dans une clinique externe de chirurgie bariatrique d'un établissement suprarégional ultraspécialisé d'un grand centre urbain ont accepté de participer à une entrevue individuelle de 60 minutes. Certaines informations, trop spécifiques dans le profil des participantes, ont été retirées afin de dresser un profil plus général et protéger leur identité. Toutes les participantes sont des femmes dont sept d'entre elles sont détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières alors qu'une seule possède un diplôme d'études

collégiales en soins infirmiers. Deux infirmières possèdent des certificats connexes au domaine de la santé ou dans une autre spécialité. Une possède un second baccalauréat dans une discipline non-connexe et une autre possède un diplôme de deuxième cycle. Les participantes cumulent en moyenne 18 années d'expérience dont 13 années, uniquement dans le domaine de la chirurgie bariatrique.

## **5.2 PERSPECTIVES INFIRMIÈRES ASSOCIÉES À LA PRISE RÉGULIÈRE DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX**

L'analyse des données issues des entrevues des participantes a permis de dresser un portrait de leurs perceptions de l'adhésion thérapeutique pour lesquelles aucun consensus n'apparaît. L'analyse révèle néanmoins des tendances qui peuvent se regrouper d'une part en perspectives associées à l'adhésion thérapeutique et d'autre part en différents types de non-adhésion.

### **5.2.1 Perspectives des infirmières liées à l'adhésion thérapeutique**

Les deux perspectives étant associées à l'adhésion thérapeutique : la perspective de conformité qui se traduit par une position d'expert prise par l'infirmière et la perspective de participation qui se traduit davantage par une position de partenariat entre l'infirmière et le patient et par une décision éclairée de la personne.

La majorité des infirmières tendent vers la première perspective qu'elles décrivent en utilisant une grande variété de termes, dont « suivre les recommandations », « respecter le nombre de vitamines », « éviter le manquement », « prendre aveuglément » et « suivre la prescription du médecin ».

« L'adhésion thérapeutique pour un post-op de chirurgie bariatrique, je pense que c'est quelqu'un qui suit nos recommandations quand on lui demande de prendre telle, telle vitamines et qui est capable de s'y soumettre ». (Z12)

Les participantes qui tendent davantage vers une perspective de participation parlent, quant à elles, de liens plutôt bidirectionnels. Elles la définissent comme un « contrat » ou une « entente ». Cette perspective représente davantage une implication mutuelle où le professionnel et le patient sont en accord avec les objectifs proposés et partagent un but commun. L'une d'elle la présente comme une décision éclairée de la personne par suite des explications reçues de l'infirmière à propos des raisons pour lesquelles la personne doit prendre sa médication suite à une DBP.

« L'adhésion thérapeutique, je vois cela comme un contrat entre un intervenant et le patient. Donc, ça implique que l'intervenant qui fait les recommandations, valide auprès de la personne jusqu'où elle est prête à aller. [...] Parce que si tu fais juste donner une recommandation, une prescription, dans le cas d'un médecin par exemple, et que tu ne valides pas si le patient va le prendre... Tu ne peux pas valider l'adhésion à ça, ce n'est pas comme un contrat qu'on a pris ensemble... je te donne un ordre... ce n'est pas dans ce sens-là. C'est pour cela, qu'au niveau de l'adhésion, quand on la valide, on valide aussi ce qui a été entendu. [...] Il y en a d'autres que c'est beaucoup plus profond, c'est plus conscient, c'est plus éclairé comme décision. Une adhésion qui est profonde, qui est motivationnelle, qui est bien ancrée, où ils ont compris vraiment la raison pour laquelle il fallait qu'ils les prennent ». (Z6)

En résumé, les réponses des participantes ne font pas l'unanimité en regard de la définition de l'adhésion. Cela porte à croire que la façon de percevoir la prise régulière des vitamines et minéraux pourrait influencer l'approche au patient et les rôles exercés par l'infirmière.

### 5.2.2 Types de problèmes d'adhésion selon la perspective des infirmières

Les participantes ont été appelées à se positionner par rapport à la question suivante : « Selon votre perception, existe-t-il un niveau d'adhésion ? Par exemple : si le patient oublie de prendre ses vitamines et minéraux une fois par semaine le considérez-vous adhérent ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi » ? L'analyse des propos des participantes permet d'observer qu'aucune ligne ne peut être tracée entre l'adhésion et la non-adhésion du fait que les patients ont plusieurs vitamines et minéraux à prendre à différents moments de la journée et ce, pour toute la durée de leur vie.

En ce qui a trait aux prises groupées, deux participantes indiquent, qu'habituellement, la personne doit prendre sa médication en quatre prises quotidiennes. Cependant, il est parfois difficile pour la personne de respecter cette posologie, notamment en raison de conflits d'horaire ou d'obligations familiales par exemple, Alors, elles préfèrent que le patient diminue le nombre de prises, mais qu'il prenne sa médication en totalité. Ce n'est pas l'idéal, car comme l'explique une participante, un patient qui prend son fer et son calcium en même temps voit l'efficacité de sa médication diminuer en raison de l'interaction connue entre ses deux médicaments.

La majorité des participantes quantifient ces oublis sous forme de nombre de fois par période déterminée (ex : par semaine, par jour). Les raisons des oublis de prendre ses vitamines et minéraux, qu'ils soient occasionnels ou fréquents, varient beaucoup selon elles. Les principales raisons soulevées sont le manque d'intérêt, les conflits d'horaire au travail, les obligations familiales et les voyages. Toutefois, que l'oubli soit fréquent ou occasionnel, il demeure pour les participantes une forme de non-observance qui est tolérée dans la mesure où ce n'est pas récurrent et que les résultats de laboratoire sont satisfaisants.

« Un oubli une fois par semaine, ça peut arriver que t'aies eu quelque chose et que t'aies oublié ou que tu sois parti vite un matin. Ça nous arrive à nous, ça peut leur arriver à eux aussi ». (Z16)

En regard des arrêts momentanés, une participante indique qu'une personne peut décider volontairement de cesser sa médication, et ce, de façon temporaire pour quelques semaines ou quelques mois pour diverses raisons.

« Ils ont vécu des choses dans leur vie et des fois ils peuvent être un an sans donner de nouvelles. Ils ont vécu un deuil, une séparation et ils ont laissé tomber leur santé. Il y en a qui disent, j'me reprends en main, j'reprends ma santé en main ». (Z9)

Finalement, la moitié des participantes indiquent que certains patients arrêtent complètement leur médication pour diverses raisons. « On dit aux patients de prendre leurs vitamines. Quand bien même que tu voudrais leur faire peur ou que tu dirais n'importe quoi, je pense qu'un patient qui est rebel ne les prendra jamais ». (Z16)

En résumé, il existe une diversité de types de non-adhésion allant de la prise groupée à l'arrêt définitif. Pourtant, l'oubli semble être le comportement le plus fréquemment soulevé lors des entrevues pour expliquer ces problèmes d'adhésion.

### **5.3 RÔLES INFIRMIERS EN REGARD DE L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE DANS LE CADRE D'UN SUIVI POST-DBP**

Cette partie brosse un portrait des principaux rôles infirmiers en regard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux dans un contexte de suivi post-DBP. Les rôles sont classés en fonction des phases d'évaluation et d'intervention. Les participantes sont unanimes pour dire que le suivi, lors de ces deux phases, demeure une gestion cas par cas. Une synthèse de ces résultats est présentée à la fin de cette section.

### 5.3.1 Rôles en phase d'évaluation

Quatre principaux rôles infirmiers essentiels à l'évaluation de la personne font consensus chez les infirmières : l'évaluation de la condition physique et de la motivation, l'évaluation de la prise de la médication, l'évaluation des résultats de laboratoire et l'évaluation des habitudes de vie.

#### *Évaluation de la condition physique et de la motivation*

La majorité des participantes citent l'évaluation de la condition physique et de la motivation du patient comme un des rôles majeurs de l'infirmière. C'est la première étape du processus d'évaluation. L'évaluation physique consiste à interroger la personne à propos des symptômes et des effets secondaires possibles de la médication et à propos de son état de santé en général et ce, à l'aide d'une collecte de données systématique.

« Quand on fait nos questionnaires, on commence toujours par ce que les patients ont comme effets secondaires, comme état général. On vérifiera ça d'abord avant de vérifier leurs résultats de laboratoire et la prise des vitamines ». (Z6)

D'ailleurs, l'évaluation des caractéristiques physiques du patient en personne à la clinique externe a été mentionnée par plusieurs infirmières comme un très bon indice d'adhésion. Par exemple, une démarche précaire et la pâleur de la peau sont identifiées comme des signes physiques qui laissent présager que le patient ne prend pas sa médication de façon adéquate. Lors des suivis téléphoniques, ce sera plutôt les symptômes physiques et les effets secondaires qui seront évalués au détriment des signes physiques.

« Parfois, il y a des gens, au niveau physique, qui n'ont pas l'air de bien aller. C'est certain qu'on va douter. Ce n'est pas nécessairement toujours une prise de vitamines inefficaces qui fait que les gens ne vont pas bien. Mais des fois au niveau physique, on va douter des choses. Les gens ne marchent pas bien, ou les gens sont pâles, des choses comme ça. On va douter un peu de leur prise de médication, en clinique externe en tout cas ». (Z21)

La moitié des participantes ont aussi associé des caractéristiques comportementales à la non-adhésion. Par exemple, les hésitations dans le discours face à la prise de la médication, les soupirs et l'évitement du regard lors de consultations en face-en-face sont autant d'indices face à une possible non-adhésion. De plus, une d'entre elles propose de mettre l'accent sur l'évaluation de la motivation car cela représente une clé de l'adhésion thérapeutique. Cela demande une grande autonomie de l'infirmière qui ne se contente pas seulement d'appliquer des protocoles ou de procéder à des collectes de données systématiques.

[...] «tu viens gratter dans leur quotidien, dans leurs habitudes, dans leurs perceptions, dans leur motivation. Si tu prends le temps de faire ça, tu as de bien meilleurs résultats que si tu appliques une ordonnance collective aveuglément ».  
(Z6)

### *Évaluation de la prise de la médication*

Tel que stipulé par la majorité des participantes, l'évaluation de la prise de la médication est un élément essentiel, car elle permet de savoir si le patient prend sa médication de façon adéquate ou non ainsi que d'ajuster la médication. De plus, l'interaction avec d'autres médicaments et/ou avec certains aliments sont à considérer. Par exemple, on doit espacer d'au moins deux heures la prise de calcium et de produits laitiers lors de la prise du fer. Quelques participantes mentionnent l'importance d'évaluer les raisons de la non-adhésion à la médication et d'en discuter avec le patient afin de trouver une solution qui lui convient. L'infirmière doit écouter et essayer de comprendre les explications du patient pour lui proposer des solutions adaptées.

« On ne repart jamais de ce que le patient prend nécessairement. Si la fois d'avant, dans le suivi, on avait telle, telle, telle sortes de vitamines, moi, je repars toujours à zéro. Qu'est-ce que vous prenez ? Centrum ? Est-ce vraiment une par jour que vous prenez ? Le fer, est-ce deux par jour ? On valide vraiment chaque affaire » ? (Z14)

« On leur demande franchement et habituellement, ils nous répondent. Je leur dis ça change pour nous, si votre calcium est trop bas mais que c'est parce que vous le prenez une fois sur deux, on n'augmentera pas la dose tout de suite ». (Z12)

Par ailleurs, la plupart des participantes mentionnent que les informations reçues par le pharmacien d'officine et la consultation du profil pharmacologique (ex : liste de médicaments, renouvellements associés) peuvent servir à l'évaluation de la prise de la médication, c'est-à-dire qu'ils peuvent servir à corroborer les dires du patient.

« Avec le profil de la pharmacie, on voit le nombre de renouvellements qui a été fait. On est capable de voir si le patient a renouvelé ses vitamines en janvier, on est rendu en mars, et il y en a trente qui ont été servis. C'est évident que ça ne marche pas dans le calcul. De cette façon, on réussit à voir et s'il ne nous le dit pas, on est capable de le retracer ». (Z25)

### *Évaluation des résultats de laboratoire*

Toutes les participantes s'entendent pour dire que l'évaluation des résultats de laboratoire est un incontournable en phase d'évaluation, car c'est la seule façon de savoir si les dosages de vitamines et de minéraux dans le sang de la personne sont adéquats. C'est aussi une nécessité pour réaliser l'ajustement des vitamines et des minéraux. Finalement, cela peut représenter un indice important d'adhésion.

« C'est de vérifier tous les résultats anormaux de prises de sang qui sont saisis par nos deux secrétaires. Tout ce qui est urgent, il faut que l'infirmière communique avec le patient et qu'elle fasse l'évaluation qui est nécessaire ainsi que les changements de prescription selon nos protocoles de vitamines ou qu'elle en parle avec le chirurgien ». (Z12)

« On se fie beaucoup aux prises de sang. Un patient qui va nous dire, oui, oui, j'prends toutes mes vitamines et que les prises de sang sont complètement à l'envers, on aura un doute ». (Z21)

### ***Évaluation des habitudes de vie***

L'évaluation des habitudes de vie est un élément d'évaluation qui fait consensus chez les participantes. Les habitudes de vie concernent, entre autres, l'alimentation, les heures de lever et de coucher et l'horaire de travail du patient. Cette évaluation, réalisée dans une perspective de prévention tertiaire, est décrite comme étant primordiale. Le fait de se coller au quotidien du patient assure des interventions mieux adaptées à ce dernier et améliore les chances d'adhésion.

« On est obligé d'aller jusqu'à la première ligne (prévention tertiaire), c'est-à-dire, de voir avec eux leurs habitudes, ce qu'ils mangent, ce qu'ils boivent, à quelle heure ils se couchent, c'est quoi leur horaire de travail, pour aller chercher le meilleur de la situation et pour diminuer le plus possible les effets secondaires de leur opération ». (Z6)

### **5.3.2 Rôles en phase d'intervention**

L'analyse des données issues des entrevues des participantes a permis d'établir une liste des principaux rôles infirmiers en phase d'intervention. De ce fait, quatre rôles infirmiers émergent de cette analyse : un rôle d'éducation, un rôle de pivot, un rôle de gestion de la médication et un rôle d'accompagnement.

#### ***Rôle d'éducation***

Le rôle d'éducation a été cité à maintes reprises par les participantes. Elles considèrent que c'est une grande partie de leur travail autant en phase postopératoire qu'en préopératoire. Lors des suivis, elles transmettent leurs connaissances théoriques et donnent des explications au patient afin qu'il soit bien renseigné sur la chirurgie en soi, sur l'importance de prendre des vitamines et minéraux à vie dû à la chirurgie qui leur a créé une malabsorption chronique et du rôle de chaque vitamine et minéraux en compensation à cette malabsorption. L'éducation face aux conséquences d'une non-adhésion aux vitamines et minéraux à long

terme a été soulevée surtout en lien avec les carences associées (ex : magnésium, zinc, cuivre, sélénium, calcium) et leurs effets sur l'organisme. Évidemment, l'enseignement sur la façon de prendre les vitamines et minéraux a été abordé et concerne par exemple l'ordre de prise de la médication, la prise de médication avec certains aliments et l'adaptation de la médication en fonction du quotidien du patient. Il est impératif de s'assurer que la personne comprend bien les explications reçues. Pour ce faire, il peut arriver à l'occasion que les infirmières doivent traduire en des mots plus simples la signification de certains termes médicaux. L'enseignement permet, selon elles, de prévenir ou résoudre diverses problématiques, comme de minimiser les effets secondaires reliés à la chirurgie.

« On fait beaucoup d'enseignement. Pas seulement au niveau des vitamines, mais on pose beaucoup de questions sur les symptômes, les gaz, les ballonnements, les diarrhées. On fait beaucoup d'enseignement par rapport à qu'est-ce qui donne des gaz, qu'est-ce qui donne telle affaire, qu'est-ce qu'ils doivent éviter ». (Z9)

« Mon rôle, c'est de les informer, qu'ils auront des vitamines à prendre, une fois qu'ils seront opérés. C'est de leur donner de l'information là-dessus, de leur expliquer la chirurgie, comment ça fonctionne aussi, pour qu'ils puissent comprendre que les vitamines seront essentielles à leur vie pour le reste de leurs jours en ayant une malabsorption ». (Z16)

Les infirmières se préoccupent de l'information retrouvée sur le web et ressentent le besoin de sensibiliser les patients à la qualité de cette information. « Ça va nous faire plaisir de vous répondre plutôt que de rester dans le néant avec une question ou d'avoir été fouillé sur Google pour avoir la réponse. Des fois Google c'est le pire ». (Z21)

### ***Rôle de pivot***

La plupart des participantes citent le rôle de pivot de l'infirmière qui est une référence dans le domaine de la chirurgie bariatrique, par sa formation et son expérience. Elle transmet de l'information autant aux professionnels de la santé locaux que ceux travaillant en région et les guident en cas de besoin. Elle assure aussi le lien entre le chirurgien, le pharmacien et

le patient. De plus, elle réfère le patient vers la bonne ressource si une intervention sort de son champ de compétence. Par exemple, le patient peut être référé vers la nutritionniste en cas de problèmes nutritionnels ou encore vers l'urgence en cas de problèmes plus importants demandant une consultation médicale rapidement.

« C'est une surspécialité. Souvent, les intervenants locaux n'ont pas l'expertise pour faire ça. Ça ne fait pas partie de la formation générale des médecins et des infirmières. Donc, tu ne peux pas prétendre qu'ils savent quoi faire avec ces patients-là. Ce n'est pas de la mauvaise volonté, y vont au radar. Donc, notre travail, c'est de les aider un peu ». (Z6)

Quelques participantes mentionnent que ce rôle revêt toute son importance dans le cadre d'un suivi conjoint avec d'autres intervenants pour des clientèles particulières et plus vulnérables. Les femmes enceintes, les personnes toxicomanes, les personnes atteintes d'une légère déficience intellectuelle et les personnes ayant des troubles mentaux (ex : schizophrénie, bipolarité, trouble de la personnalité limite) font partie de ces groupes. Les intervenants d'autres milieux qui assurent le suivi de ces clientèles peuvent être amenés, à l'occasion, à se questionner sur la prise de vitamines et de minéraux en regard de la pathologie du patient ou des autres médicaments qu'il prend.

### ***Rôle d'accompagnement***

La majorité des participantes soulignent l'importance du rôle d'accompagnement du patient reposant sur une alliance thérapeutique. La collaboration et la confiance ont été mentionnées comme étant des conditions à la formation de cette alliance. La plupart explique que ce n'est pas une relation à sens unique où l'infirmière décide tout à la place du patient mais plutôt une relation où le patient s'implique dans le processus de décision. Par conséquent, ce rôle permet d'aller chercher un maximum d'informations chez le patient.

« On a besoin d'établir un lien de confiance avec eux. Donc, je suis la professionnelle de confiance avec qui il peut parler et compter ses problèmes reliés à la chirurgie afin de nous permettent de « sizer » le patient et de l'orienter vers les bons services ». (Z25)

« Souvent, le fait qu'on ne se voit pas, les patients se confient beaucoup. Il y a des patients qui pleurent, des patients qui nous racontent des choses. On développe un lien de confiance incroyable, un lien de support. On est des psychologues, on est des amis, on est des mamans ». (Z9)

Afin d'assumer ce rôle, l'attitude de l'infirmière revêt une grande importance dans l'établissement d'une alliance thérapeutique. Les quatre principales attitudes présentées sont l'ouverture d'esprit, le pacifisme, l'écoute et l'empathie. Parmi ces attitudes, l'écoute est celle qui ressort le plus souvent. Selon une participante, si l'infirmière n'écoute pas le patient, elle ne pourra assurer son rôle correctement et par conséquent, il pourrait en découler des interventions inappropriées pour favoriser l'adhésion. Même chose, si l'infirmière adopte une attitude agressive face au patient.

« L'écoute aussi, parce que si tu ne l'écoutes pas à la base, même si tu veux y parler, il ne t'écouter pas lui non plus. Il faut que tu sois capable d'écouter et d'écouter les raisons pourquoi il ne prend pas ses vitamines. Parce que si tu y garoches ça de même et qu'il ne prend pas ses vitamines et que tu es fâchée et que tu ne l'as pas écouté, il ne t'écouter probablement pas ». (Z16)

« Quand tu tombes sur quelqu'un qui est agressif au départ, il faut qu'instinctivement tu recules et que tu y ailles vraiment très « low profil ». Pas d'agressivité, pas de balise, tu le laisses ventiler et à un certain moment les infirmières vont dire : Gardez, je pense que vous n'êtes pas en mesure qu'on ait une discussion calme aujourd'hui. Je vais faire telle ou telle chose et on se reparlera un peu plus tard ». (Z6)

Quelques attitudes à proscrire ont été mentionnées par une participante. Elle affirme que ces attitudes peuvent influencer de façon négative la relation infirmière-patient et par conséquent l'adhésion chez le patient. Les quatre principales citées sont l'adoption d'une

attitude d'insécurité, de fermeture face au patient, d'une attitude « by-the-book », de robot. Finalement, la majorité des infirmières affirment entretenir de bons liens avec leurs patients. Une participante insiste pour dire qu'il n'y a rien de plus efficace que le contact humain pour rendre les interventions efficaces et ainsi favoriser l'adhésion.

### ***Rôle de gestion de la médication***

Un rôle indispensable, soulevé par toutes les participantes, est le rôle lié à la gestion de la médication. L'ajustement des vitamines et minéraux et l'accès à la médication du patient ont été cités plus précisément. De ce fait, la totalité des participantes sont d'accord pour dire que le rôle majeur, appartenant exclusivement aux infirmières cliniciennes de la clinique externe de chirurgie bariatrique, est l'ajustement des vitamines et minéraux appuyé par des ordonnances collectives. Elles s'entendent pour dire que l'évaluation de la prise de la médication et des résultats de laboratoires permet un meilleur ajustement de la médication.

« La chose la plus difficile, c'est l'ajustement des vitamines en fonction des prises de sang. C'est vraiment le plus difficile et le plus long. Qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je le change ou non ? Parce que oui, on a des ordonnances collectives mais il faut tenir compte des autres éléments aussi ». (Z9)

Pour l'accès à la médication du patient, les infirmières font surtout référence au haut débit de demandes de renouvellement de prescriptions, de demandes de médicament d'exception à la RAMQ (ex : vitamine A) et de demandes de remboursement liées aux assurances privées.

« Nous avons un gros paquet de feuilles et on gère les fax provenant des pharmacies et les demandes de represcriptions. Nos chirurgiens ne peuvent pas tout évaluer ça. Donc, les demandes sont toutes envoyées au post-op ». (Z12)

« Il n'y a pas de formulaire pour ça. La Centrum n'est jamais payée. Tout le reste est payé. La seule médication d'exception est la vitamine A. Il y a un formulaire d'exception qui doit être rempli. Celle-là est payée. Des fois, les assurances privées

vont payer le centrum. On a un formulaire à remplir pour quelqu'un qui a une assurance privée. Généralement, la Centrum n'est pas payée ». (Z21)

En somme, plusieurs rôles infirmiers ressortent des entrevues des participantes en regard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux. Certains rôles se définissent dans un cadre d'évaluation alors que d'autres se définissent dans un cadre d'intervention. L'évaluation de la condition physique et du volet motivationnel ainsi que l'éducation au patient ressortent comme les rôles principaux de la pratique infirmière dans cette étude.

#### **5.4 STRATÉGIES INFIRMIÈRES FAVORISANT L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE POST-DBP**

L'analyse des entrevues réalisées dans le cadre de l'étude indique que la majorité des participantes utilisent une variété de stratégies. Dans le cadre de cette recherche, les stratégies se définissent comme étant l'organisation des interventions ou des actions dont le but est de favoriser la prise de vitamines et minéraux. Les deux plus importantes qui émergent du discours des participantes sont le soutien à l'autogestion efficace de la médication et la responsabilisation du patient face à son traitement.

##### **5.4.1 Stratégies de soutien à l'autogestion efficace de la médication**

Il ressort une diversité d'interventions visant le soutien à l'autogestion efficace de la médication. À la suite de l'analyse des résultats, des interventions visant à faciliter la prise de la médication et la gestion de la médication ont été soulignées par la plupart des candidates.

La majorité des participantes relatent les mêmes contraintes à la prise de la médication, soit la grosseur de certains comprimés, la grande quantité de comprimés à prendre quotidiennement en plusieurs prises, les effets secondaires reliées à la médication et la nature de la médication. En ce qui a trait à la grosseur de certains comprimés, la principale

intervention pour faciliter la prise de la médication est le changement de la forme du comprimé soit en liquide ou croquable par exemple. Bien qu'il ne soit pas possible actuellement de réduire la grande quantité de comprimés à prendre quotidiennement, une participante souhaite un jour, en guise de solution, retrouver sur le marché des comprimés à plus grande concentration. Ainsi, cela permettrait de réduire le nombre de comprimés et le nombre de prises durant la journée. Selon les dires de l'une d'elles, actuellement, les personnes peuvent prendre jusqu'à 15 vitamines par jour réparties sur une journée. En ce qui a trait aux effets secondaires, trois ont été cités soit la constipation, la difficulté à digérer et la perte d'appétit. Par exemple, pour contrer la mauvaise digestion, le changement de molécule de la médication (ex : citrate de calcium au lieu du carbonate de calcium) et la prise de la médication avec des aliments ont été mentionnés.

Toutes les participantes indiquent aussi la nature de la médication en tant que contrainte à la prise de la médication. La prise de vitamines et minéraux est souvent banalisée par le patient et l'importance de cette médication n'est pas toujours perçue au même titre qu'un anticoagulant (ex : Coumadin), qu'un antihypertenseur, qu'un médicament pour le cœur ou pour le cholestérol. Cette façon de penser peut entraîner une non-adhésion à la médication. Selon leurs perspectives, les infirmières doivent être très convaincantes afin de persuader le patient de prendre ses vitamines et minéraux après avoir subi une DBP. À ce titre, le rôle d'éducation de l'infirmière revêt toute son importance.

« Les pilules pour le cœur, ils les prennent toutes. Ils savent que c'est primordial pour leur santé. La vitamine, ça l'air anodin le mot vitamine, mais dites-vous que la vitamine, c'est une pilule pour le cœur pour vous. Elle est aussi primordiale pour vous qu'une pilule pour le cœur pour un patient cardiaque. C'est la même chose. C'est ça qu'il faut enseigner ». (Z23)

À l'égard des interventions spécifiques à la gestion de la médication, quelques interventions émergent des entrevues et traitent de l'organisation d'un horaire de prise de médication en fonction des habitudes de vie, de l'utilisation d'un pilulier hebdomadaire (ex :

dispill ou dosette) et de la communication de "trucs". En ce qui concerne l'organisation d'un horaire de prise de médication en fonction des habitudes de vie, trois participantes affirment qu'il est essentiel de valider avec le patient son emploi du temps afin de faciliter la prise de sa médication.

« J'essaie de voir avec les patients, les médicaments qu'ils prennent et j'essaie de leur organiser un horaire en conséquence de ce qu'ils font dans la journée. Un patient qui me dit qu'il ne prend pas ses vitamines parce qu'il ne veut pas les amener au bureau, je ne lui donnerai pas un horaire trois fois par jour ou quatre fois par jour. J'essaierai de lui donner un horaire où il n'aura pas besoin de les amener avec lui et il les prendra le matin et le soir quand il sera chez lui ». (Z25)

Trois participantes abordent l'utilisation d'un pilulier hebdomadaire comme étant un outil indispensable pour tous les patients qui ont de la difficulté à gérer leur médication. Enfin, l'intervention qui fait consensus chez la moitié des participantes est la communication de "trucs" au patient. Parmi les trucs nommés pour favoriser la gestion de la médication chez la personne figurent : programmer une alarme sur la sonnerie de téléphone ou de la tablette pour rappeler la prise de médication, placer la médication du soir sur la table de chevet à côté du lit ou à côté de la brosse à dents dans la salle de bain, mettre à côté de quelque chose que les personnes font à chaque jour de façon régulière à heure fixe (exemple : médication du matin à côté de la machine à café).

#### **5.4.2 Stratégies visant la responsabilisation du patient**

Le deuxième thème émergent des stratégies concerne la responsabilisation du patient face à son traitement. Elles sont représentées par des interventions incitatives et dissuasives. Trois interventions incitatives visant l'implication du patient dans son traitement ont été rapportées par les participantes. Il s'agit de permettre au patient de s'exprimer, de donner du renforcement positif et proposer des choix à la personne. Les participantes s'entendent pour

dire qu'elles doivent permettre au patient de s'exprimer à propos de la prise de sa médication dans le but de retirer le plus d'informations possibles et de mieux cibler ses besoins.

« C'est de voir avec le patient, c'est d'impliquer le patient aussi. Un patient qui te dit : écoute, je ne suis pas capable de prendre cette vitamine, même si tu lui dis que c'est important de la prendre, il ne la prendra pas plus. Il faut vraiment impliquer le patient et avoir son oui. Si le patient dit non, ça ne marchera pas et bien, ne le laisse pas comme ça. Il faut vraiment trouver une solution ». (Z9)

Une variante de cette idée est apportée par une autre collègue qui est de proposer un choix au patient. Celle-ci explique que le but est d'offrir des choix au patient et de lui faire choisir entre un ou l'autre afin de donner à la personne du pouvoir sur sa prise de décision.

« Leur donner le choix, mais en même temps, le choix est dirigé. Vous pouvez prendre du calcium en comprimé qu'on avale ou du calcium qu'on croque. Au lieu de dire, on en prend ou on n'en prend pas ». (Z21)

Deux interventions dissuasives ont été présentées par les participantes. Elles sont utilisées très fréquemment pour des patients qui semblent moins adhérents à leur médication ou qui récidivent, c'est-à-dire des personnes qui, plus souvent qu'autrement ne sont pas adhérents à leur médication ou qui adoptent ou risquent d'adopter un comportement qui pourrait nuire à leur santé. Premièrement, ces interventions consistent à donner des exemples « imagés ». Par l'utilisation d'exemples "imagés", les participantes préconisent le « pratico-pratique », c'est-à-dire qu'elles rendent les explications plus concrètes et plus simples à comprendre. Deuxièmement, le rappel des conséquences physiques d'une non-adhésion demeure l'intervention dissuasive la plus souvent citée.

« Les patients disent ne pas prendre leurs vitamines et se sentir bien. Ça fait deux, trois ans qu'ils ne les prennent pas. Faut leur dire écoute ta réserve un moment donné va être épuisée. Là, tu roules sur ta réserve. Ta réserve quand elle va être finie, y'en aura plus. Une fois qu'il y'en aura plus, c'est là que ça va commencer à dégringoler. Tu vas rentrer ici, tu seras sur des solutés, tu seras sur de l'hypervitaminose, il va falloir

te rentrer à l'hôpital pour te remonter. C'est ça qui t'attends. Il peut t'attendre pire que ça aussi ». (Z16)

En ce qui concerne les stratégies déployées par les infirmières, il est à retenir que les données font ressortir une grande variété de stratégies visant le soutien à l'autogestion efficace de la médication et la responsabilisation du patient face à son adhésion. En ce qui a trait au soutien à l'autogestion efficace de la médication, des interventions ont été citées par les participantes dû aux contraintes que peut occasionner la médication telle la quantité de comprimés à prendre quotidiennement, la grosseur du comprimé, les effets secondaires ou la nature de la médication, qui les incitent à proposer des solutions comme changer la forme du comprimé pour en faciliter la prise. Au sujet des stratégies visant la responsabilisation du patient, il est à retenir que les interventions peuvent être incitatives ou dissuasives. Les interventions incitatives visent l'implication du patient en lui permettant, entre autres, de s'exprimer librement. Quant aux interventions dissuasives qui visent plutôt les personnes qualifiées de « récidivistes », l'utilisation d'exemples imagés et du rappel des conséquences physiques sont les interventions les plus souvent utilisées.

## **5.5 FACTEURS INFLUENÇANT LES RÔLES ET LES STRATÉGIES DES INFIRMIÈRES POUR FAVORISER L'ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE**

L'analyse des entrevues des participantes a permis de mettre en lumière trois grandes catégories de facteurs ayant un impact sur les rôles et les stratégies des infirmières visant à favoriser l'adhésion du patient à la prise de vitamines et de minéraux. Ces facteurs réfèrent plus précisément aux facteurs organisationnels, professionnels et personnels.

### 5.5.1 Facteurs organisationnels (mésosystème)

L'analyse permet de dégager trois facteurs reliés à l'organisation des services en clinique externe. Il s'agit des modes de suivi de la clinique externe, de la taille de la cohorte postopératoire et du contexte dans lequel se fait l'enseignement au patient.

#### *Modes de suivi de la clinique externe*

Un consensus existe chez les participantes au sujet des modes de suivi à la clinique externe qui sont identifiés comme des facteurs influençant les rôles et les stratégies des infirmières. Une des participantes affirme que, le suivi à vie des patients ayant subi une DBP demeure un élément crucial dans l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux. Selon elle, les personnes ont tendance à revenir à leurs anciens modes de fonctionnement avec le temps. Le fait d'assurer un suivi régulier augmente les chances de maintenir une certaine adhésion à long terme. La majorité des participantes sont unanimes pour dire que le suivi téléphonique représente un bénéfice énorme pour le patient, car il n'a pas à se déplacer à la clinique externe pour voir l'infirmière et cette façon de procéder représente une économie notable pour celui-ci.

« On couvre très large au niveau de la distance, on a des patients de partout, un moment donné il faut être réaliste. Tu ne peux pas demander à quelqu'un qui est un petit salarié de partir de l'Abitibi et faire 15 heures d'auto pour venir voir un médecin pendant 15 minutes. Ça ne fait pas de sens. Moi je pense que c'est dans ce sens-là que le patient reste dans le centre de...parce que justement, on a de bien meilleurs résultats quand on fonctionne comme ça ». (Z6)

Les informations recueillies auprès des participantes laissent supposer que les modes de suivi du milieu à l'étude influencent particulièrement les rôles et les stratégies des infirmières. Par exemple, une participante affirme que faire l'évaluation d'un patient au téléphone, comparativement au suivi en personne à la clinique externe, n'est pas chose facile et cela demande une certaine adaptation.

### ***Taille de la cohorte***

Une participante mentionne qu'auparavant, la taille de la cohorte postopératoire était beaucoup plus petite et que les suivis face-à-face étaient plus rigoureux. Le patient avait accès plus facilement au personnel du suivi de chirurgie bariatrique. Maintenant, étant donné la forte augmentation du nombre de chirurgies bariatriques depuis plusieurs années, et par conséquent, l'augmentation du volume de la cohorte postopératoire, il n'est plus possible d'assurer ce type de suivi de façon efficace. Il a donc fallu revoir la façon d'assurer le suivi et d'assurer la disponibilité des infirmières. Une participante précise, qu'actuellement, 70% du nombre total des suivis sont fait par téléphone, ce qui représente le plus haut taux de suivi téléphonique réalisé en Amérique du Nord dans le domaine de la chirurgie bariatrique.

« Nous autres, on se rend disponible pour les patients [...], C'est clair que ça passe par la disponibilité de l'équipe envers le patient [...], Le patient demeure le centre et nous on gravite autour de lui et non l'inverse [...], Ce qu'on voit, c'est quand on est présent, quand on est disponible, quand on fait un suivi régulier. Même si ça fait dix-huit mois qu'on n'a pas fait de suivi, on a un meilleur résultat à leur parler directement, à leur expliquer le pourquoi et à les convaincre de revenir à ce qu'ils étaient, plutôt que de leur envoyer des documents, les relancer, leur envoyer des courriels ». (Z6)

La majorité des participantes indiquent que la taille de la cohorte postopératoire constitue un facteur majeur pouvant influencer négativement l'exercice des rôles infirmiers et indirectement l'adhésion thérapeutique. Plusieurs participantes précisent que cela peut entraîner des délais dans les suivis téléphoniques et un ralentissement dans la gestion des résultats de laboratoire. Une d'elles précise qu'il y a trop de résultats de laboratoire et trop de patients à suivre pour le nombre d'infirmières en place à la clinique externe.

« Quand on commence à espacer, quand ça fait 18 mois qu'on a parlé au patient, on a plus de patients qui ont commencé à être moins adhérents ». (Z6) « On est rendu à 6000

patients et on suit nos patients à vie. On a beaucoup de retard. On est rendu avec un six à sept mois de retard pour les prises de sang qui sont belles ». (Z9)

Cinq pistes de solutions sont suggérées afin d'enrayer ou de réduire les problèmes dus à l'augmentation du volume de la cohorte postopératoire. D'abord, une infirmière cite la modernisation du système informatique de trois façons différentes afin de réduire les pertes de temps encourues par la gestion des résultats de prélèvements sanguins qui doivent être traités manuellement. Elle prône d'abord la création d'un système centralisé de résultats de laboratoire partout au Québec. Ce système permettrait l'accès aux données pour les intervenants d'autres milieux et cela faciliterait le partage d'informations entre collègues de travail. De plus, cela diminuerait les nombreux résultats de laboratoire acheminés à la clinique externe qui doivent être traités quotidiennement. Ensuite, elle suggère la création d'un système centralisé de consultation du profil pharmacologique du patient qui permettrait l'accès aux données des pharmacies d'officine. Selon cette participante, cela permettrait une meilleure visualisation du profil pharmacologique du patient. Finalement, la création d'un système de reconnaissance des résultats de laboratoire critiques a été proposée afin de diminuer les retards dans les suivis et de permettre aux infirmières d'intervenir plus rapidement. Deux infirmières ont amené comme solution la diminution de la charge de travail par l'ajout de personnel et la référence du patient à son médecin de famille. Cela permettrait d'accroître la fréquence des suivis et diminuer les retards.

« Éventuellement, de ramener ça vers les médecins de famille, ça nous aiderait beaucoup. Les médecins de famille qui veulent faire le suivi de nos patients sont plus près d'eux. Donc, le médecin de famille est un élément qu'on devrait prendre en considération parce que notre cohorte ne fait que grossir ». (Z9)

### ***Contexte dans lequel se fait l'enseignement au patient***

Le contexte dans lequel l'enseignement est prodigué au patient ressort comme un facteur influençant les rôles et les stratégies dans un contexte d'adhésion. Selon les

informations recueillies, il est permis de croire que ce facteur exerce une influence sur les rôles et les stratégies infirmiers. Trois éléments contraignants et un élément facilitant sont ressortis des entrevues soit : le contexte d'enseignement préopératoire, le temps d'enseignement préopératoire et la documentation/courriel visant le patient.

Le contexte d'enseignement préopératoire non-favorable au patient réfère, par exemple, au fait d'arriver à jeun tôt le matin, ce qui peut influencer sa réceptivité et sa concentration. De plus, il est appelé à recevoir une grande quantité d'informations par divers professionnels de la santé dont des infirmières et des médecins en l'espace d'une seule journée. Finalement, l'enseignement de groupe est une autre caractéristique du contexte d'enseignement citée par une participante qui n'est pas favorable à son avis. Le temps d'enseignement préopératoire insuffisant préoccupe aussi quelques participantes. Elles souhaitent obtenir plus de temps pour assurer un enseignement adéquat et par conséquent assurer une meilleure compréhension chez le patient. Le troisième élément contraignant cité par deux participantes concerne la documentation et les courriels visant les patients. Selon leurs expériences professionnelles, ceux-ci ne lisent pas leurs documents et leurs courriels. De plus, l'une d'elles ajoute que les personnes qui sont un peu moins nanties se réfèrent peu à la documentation écrite pour s'informer. Par ailleurs, une participante amène un élément facilitant en regard de l'organisation de l'enseignement soit l'enseignement sur le web. C'est un moyen qu'elle considère facilitant et accessible pour le patient et ses proches. Ces derniers peuvent recevoir l'information par vidéo au sujet de la chirurgie bariatrique sur le site internet du milieu à l'étude et le visionner à leur convenance. Parallèlement à cela, cette même participante souhaiterait la création d'un site web, sous forme de forum de discussion, dans le but que les infirmières de la clinique externe puissent répondre aux questions des patients.

« Les infirmières sont conscientes que les patients passent tout l'avant-midi à l'hôpital. Ils arrivent à jeun, ils voient plusieurs médecins. C'est du bourrage de crâne, ils arrivent à 13h00, ils sont dans une salle, ils visionnent une vidéo, ils sont quasiment à moitié tous endormis, ils ne comprennent plus du tout ce qui se passe ».  
(Z23)

« On voit souvent tous les documents papiers, les p'tits aide-mémoires, les stickers, ce n'est pas très efficace. C'est efficace pour les intervenants parce qu'on a l'impression qu'on fait bien notre travail quand il y a quelque chose de concret qui traîne à quelque part. Mais au quotidien, ce sont des choses qui se ramassent dans la poubelle. Les gens ne lisent pas leurs documents ». (Z6)

### **5.5.2 Facteurs professionnels (microsystème)**

Quatre facteurs professionnels liés aux infirmières influençant l'adhésion thérapeutique ont été dégagés soit : la formation spécifique à la chirurgie bariatrique, les compétences professionnelles, la collaboration interprofessionnelle et les moyens pour développer des interventions.

#### ***Formation spécifique à la chirurgie bariatrique***

La durée de cette formation à la clinique externe est de six mois avec une infirmière d'expérience pour être en mesure d'assurer un suivi de DBP de manière autonome étant donné la plus grande complexité de ce type de suivi comparativement à une gastrectomie. La majorité des participantes ont souligné l'influence de la formation de l'infirmière, spécifique à la chirurgie bariatrique, comme facteur pouvant influencer positivement l'adhésion thérapeutique du patient par le renforcement des compétences des infirmières dans leur rôle d'évaluation et en leur fournissant quelques stratégies d'interventions afin d'intervenir efficacement.

« Ce sont des orientations très longues, parce que les infirmières font du pré-op, du sans rendez-vous, du post-op. Le post-op, c'est souvent la dernière étape d'évaluation parce qu'on veut qu'elles développent leur jugement clinique en chirurgie et qu'elles comprennent l'obésité avant de faire du suivi ». (Z6)

L'existence de deux bons outils de travail dans le cadre de leurs fonctions ont été soulignés soit le guide de l'intervenant et les ordonnances collectives. En somme, le guide

de l'intervenant est un guide d'aide à la décision créé par des infirmières du programme de chirurgie bariatrique du milieu à l'étude (Turgeon & Boutin, 2012). Ce guide a été réalisé dans le but d'aider les infirmières débutantes. Il présente un portrait du processus d'évaluation et de suivi des patients, des recommandations nutritionnelles, des principales problématiques rencontrées au niveau digestif et des recommandations au sujet de la grossesse et de la contraception. Ce guide surnommé « la petite bible » par les participantes donne quelques stratégies et dirige les interventions de l'infirmière.

« On a avec le temps bâti des outils dont le guide de l'intervenant, donc on a le guide de l'intervenant, les ordonnances collectives. Quand on a des nouvelles infirmières qui arrivent, on les part avec tous ces documents-là. Prenez connaissance de tout ça, votre guide ça devient votre bible, apprenez à aller chercher vos informations là-dans. » (Z6)

De plus, les ordonnances collectives appuient l'ajustement des vitamines et minéraux. Ça amène une certaine structure et uniformité dans leur travail et cela permet aux infirmières de faire une bonne évaluation globale du patient avant d'intervenir. Néanmoins, la plupart des participantes déplorent l'absence d'outil clinique pour les aider à favoriser l'adhésion.

### *Compétences professionnelles*

Afin de favoriser l'adhésion, quelques compétences professionnelles ont été citées par les participantes, soit la capacité de l'infirmière à s'adapter au patient, son aisance lors des entrevues téléphoniques, sa capacité à prendre des initiatives, son jugement clinique et sa compréhension. Cette compréhension qu'a l'infirmière du phénomène de l'obésité, des types de chirurgies, de la médication, des effets secondaires possibles et des conséquences d'une non-adhésion ressort comme un important facteur d'influence qui s'exerce autant sur son rôle en phase d'évaluation que d'intervention.

« Faudrait qu'elle sache ce qu'est la chirurgie bariatrique et pourquoi les gens prennent des multivitamines. Il faut qu'elle connaisse le processus elle-même de la

prise de vitamines, au niveau mécanique, pourquoi le patient a besoin de ses multivitamines pour qu'elle puisse l'expliquer au patient ». (Z21)

### *Collaboration interprofessionnelle*

L'implication des autres professionnels de la santé et la crédibilité reliée à la profession de l'intervenant émergent des informations recueillies comme facteurs d'influence de l'adhésion thérapeutique. L'implication des professionnels de la santé est un facteur d'influence dans le processus d'adhésion cité par deux participantes. Elles font état plus précisément de la contribution du médecin de famille et du pharmacien d'officine qui influencerait les rôles infirmiers. Par exemple, le rôle d'évaluation des résultats de laboratoire s'en trouve influencé par le simple fait que le médecin de famille pourrait prendre le relais pour assurer le suivi de patients et alléger le travail de l'infirmière. En ce qui a trait à l'implication du pharmacien d'officine, une participante stipule que son implication pourrait lui faire gagner du temps et favoriser une meilleure gestion de la médication chez le patient.

« Les médecins de famille, on aime ça quand ils s'impliquent, qu'ils suivent nos patients, c'est plus rapide que nous. Ils voient les résultats de prises de sang plus rapidement, et ils sont plus vites sur la gâchette. Nous, on est ralentie à cause du débit. Il y a trop de résultats de prises de sang, il y a trop de patients à suivre pour le nombre d'infirmières que nous sommes ». (Z12)

« Le patient va chercher ses vitamines et il prend depuis 10 ans son calcium avec son fer et on n'arrive pas à avoir de bons résultats. Tu dis ça au patient et ça fait 10 ans qu'il a été opéré et il dit y'a jamais personne qui me l'a dit. Oui, on a un rôle comme infirmière, mais à la base, souvent le pharmacien qui remet les médicaments au patient, devrait avoir dit ça au patient. Est-ce qu'il lui a dit et le patient n'a pas écouté ? Peut-être. Mais parfois, il y a des éléments qui amélioreraient la prise, nous pourrions gagner du temps et on se retrouverait avec moins de problèmes ». (Z14)

La crédibilité qu'accorde le patient à la profession de l'intervenant a été discutée, comme un facteur influençant la prise de vitamines et de minéraux. Son adhésion peut ainsi

différer dépendamment de qui réalise le suivi entre l'infirmière ou le chirurgien. Cependant, les explications de ce phénomène diffèrent.

« On a souvent, avec les infirmières, de meilleurs résultats que ce qu'on peut avoir, des fois, avec les chirurgiens sur certains types de patients. Parce qu'ils vont nous le dire davantage que ce qui vont dire au chirurgien ». (Z6)

« Mais quand c'est le chirurgien qui te le dit, ce n'est pas comme l'infirmière. Oui, on est infirmière, mais quand c'est le médecin, pour bien des patients le médecin, c'est le médecin. Alors, quand c'est lui qui te le dit, ce n'est pas comme si c'était l'infirmière. Si le médecin avait plus de contacts avec ces patients-là, peut-être que l'adhésion pourrait être mieux ». (Z16)

En somme, il est permis de croire que la profession de l'intervenant peut avoir un impact sur l'adhésion du patient. Les informations laissent présumer que, par sa proximité avec le patient, l'infirmière peut, à certaines occasions, obtenir de meilleurs résultats que le chirurgien et inversement, le chirurgien peut exercer une plus grande influence que l'infirmière sur l'adhésion du patient. Les données ne permettent toutefois pas de savoir comment s'exerce cette influence.

### ***Méthodes pour développer des interventions***

Les participantes utilisent des méthodes pour développer des interventions favorisant l'adhésion au traitement. Les deux principales méthodes évoquées sont les échanges entre collègues de travail et les moyens acquis avec le temps et l'expérience. Les échanges entre collègues de travail semblent être la méthode la plus utilisée pour développer des interventions chez la majeure partie des participantes. Selon, ces dernières, le suivi des patients ayant subi une DBP demeure une gestion cas par cas. Il existe parfois des zones grises où l'infirmière ressent le besoin de se valider auprès d'une collègue de travail afin d'assurer un suivi adéquat. Deux participantes soulignent d'ailleurs l'importance d'écouter les autres collègues de travail. Selon elles, cette méthode semble être très profitable afin de

développer des interventions surtout pour les nouvelles infirmières qui débutent en clinique externe.

« J'écoute beaucoup les gens autour de moi. En faisant du suivi avec les chirurgiens, en les côtoyant en pré-op, et en faisant du suivi post-op au niveau des consultations, ça nous permet de savoir ce que les chirurgiens disent. Souvent, on discute avec les chirurgiens, on écoute leurs conversations et on finit par avoir des arguments un peu plus forts ». (Z25)

De plus, deux participantes indiquent que c'est avec le temps et l'expérience, que les interventions se développent. L'une d'elles précise que, même après plusieurs années d'expérience dans le domaine, elle apprend encore. À la lumière de ces informations, il est permis de croire que ces méthodes utilisées par les infirmières exercent une influence positive sur leurs rôles et leurs stratégies déployées afin de favoriser l'adhésion.

### **5.5.3 Facteurs personnels (ontosystème)**

Les facteurs personnels apparaissent comme un thème majeur influençant directement l'adhésion au traitement. Les principaux éléments cités en lien avec ces facteurs sont les caractéristiques du patient, l'histoire personnelle, l'environnement socioéconomique, la compréhension du patient, la compréhension et l'implication des proches. Il est à noter, qu'à l'issue du discours des participantes, tous ces éléments exercent une influence sur les rôles et les stratégies des infirmières.

#### ***Caractéristiques du patient***

Les quatre principales caractéristiques du patient citées à maintes reprises par les participantes sont : l'âge, la personnalité, l'attitude et la capacité d'autogestion de la personne.

La moitié des participantes considèrent que l'âge du patient influe sur l'adhésion au traitement. Celles-ci s'entendent pour dire que les jeunes adultes de 18 à 30 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans sont des clientèles plus à risque de non-adhésion. Conséquemment, les stratégies des infirmières peuvent être modulées en fonction de l'âge de la personne afin d'obtenir une meilleure réponse à l'adhésion. Par exemple, une participante affirme que les personnes âgées ont beaucoup plus de médicaments à prendre dû à leur condition de santé en plus de ceux reliés à leur chirurgie bariatrique. Pour cette clientèle, le suivi devient alors plus complexe pour l'infirmière.

« C'est une clientèle si je pouvais dire qui est un peu plus difficile à gérer. Bien, pas plus difficile à gérer, mais c'est la clientèle qui est vieillissante. Des fois, ils ont déjà beaucoup de pilules à prendre, parce qu'ils sont rendus à un certain âge, et là, on va en ajouter d'autres. Ils ont un p'tit peu de difficulté à comprendre pourquoi. Chez la clientèle plus âgée, c'est plus difficile car souvent, ils sont les premiers à avoir eu la dérivation ». (Z21)

La personnalité est une autre caractéristique, soulevée par deux participantes, qui joue un rôle primordial dans l'adhésion au traitement. Il semble que le choix des stratégies infirmières soit en fonction de la personnalité afin d'obtenir des interventions efficaces.

« Quand on appelle quelqu'un pour faire un suivi, on vérifie les suivis précédents. On sait à qui on a affaire. Est-ce quelqu'un qui est non-adhérent, est-ce quelqu'un qui est difficile, est-ce quelqu'un qui est instable. Donc, on le sait en partant. Notre approche sera en fonction de ça. Si quelqu'un a besoin d'être plus encadré, on essayera de continuer à l'encadrer davantage ». (Z6)

Fait important, une seule participante mentionne l'attitude comme caractéristique chez le patient. Elle considère qu'une attitude positive avant ou après la chirurgie peut favoriser l'adhésion au traitement. Les informations recueillies permettent de dire que l'attitude influence plus précisément les stratégies des infirmières.

« Les personnes les plus assidues, en partant, leur vision après l'opération était différente de celle du départ. La chirurgie a changé leur vie. Les patients nous disent : Quand j'ai eu la chirurgie, j'ai décidé de me prendre en main, j'ai arrêté de fumer, j'ai commencé à bouger, à m'entraîner. Il y a comme un esprit positif là-dedans. [...] La prise de leurs vitamines n'est pas toujours facile, mais souvent ceux qui ont un esprit positif au départ, on dirait qu'ils les prennent plus assidûment, et qu'ils voient l'opération comme quelque chose qui leur a un peu sauvé la vie ». (Z14)

Par ailleurs, trois participantes réfèrent à la capacité d'autogestion du patient en regard notamment des problèmes de santé pouvant survenir après la chirurgie. C'est-à-dire que la personne prend l'initiative d'aviser les professionnels de santé concernés afin de résoudre son problème.

« La personne qui fait bien ses choses, qui fait bien ses suivis, qui t'expliquera toute son alimentation, qui veut s'aider et que s'il a un problème, il veut le régler ». (Z23)

Les participantes soulignent également la capacité d'autogestion de la médication. Cet aspect fait particulièrement consensus alors qu'il s'agit d'une grande préoccupation pour les participantes. Le renouvellement régulier de la médication par le patient ainsi que l'utilisation d'un pilulier hebdomadaire (« dispill » ou « dosett ») sont deux façons de valider la capacité d'autogestion. Finalement, la capacité d'autogestion des rendez-vous pour les prélèvements sanguins et les rencontres de suivi avec le chirurgien au besoin ont été mentionnés comme étant de bons indices d'autogestion pour l'infirmière.

« C'est à eux de gérer leur médication, S'ils n'en ont plus, c'est leur responsabilité de nous rappeler ou d'aller faire faire une prescription. Ce n'est pas à nous d'appeler. C'est dans leur cour ». (Z21)

### ***Histoire personnelle***

L'histoire personnelle du patient est un facteur important cité par la moitié des participantes. Elles prétendent que ce facteur peut influencer considérablement l'adhésion au

traitement. À cet égard, il émerge de cette analyse, une grande variabilité de contextes d'histoires personnelles soit une grande perte de poids après la chirurgie, un contexte de violence conjugale, des échecs à répétition, des épreuves difficiles de la vie et des problèmes de toxicomanie. Cependant, certaines données dans le discours des participantes permettent de préciser l'influence exercée par l'histoire personnelle du patient en regard des rôles ou des stratégies des infirmières. Une participante stipule qu'une grande perte de poids après la chirurgie transforme l'image corporelle. Elle ajoute que cette transformation corporelle peut amener de grands bouleversements dans la vie du patient, surtout, au niveau de sa sphère sociale.

« Parmi les patients, tu as des obèses qui étaient obèses à l'enfance, et qui n'ont pas eu beaucoup d'enfance et d'adolescence. Ils arrivent adulte et là, ils perdent beaucoup de poids et là oups, plein de monde commencent à leur parler. Ils commencent à sortir et faire beaucoup de choses qu'ils ne faisaient pas avant, entre parenthèses plus ou moins, la vie. Et là, oups, ils déraillent ». (Z23)

En somme, selon l'expérience professionnelle de ces quatre participantes, tous les contextes d'histoires personnelles peuvent influencer l'adhésion de la personne et il est important d'y apporter une attention particulière lors du suivi.

### ***Environnement socioéconomique***

L'analyse des réponses de trois participantes permet d'identifier l'environnement socioéconomique du patient, plus précisément son revenu comme facteur influençant les rôles et les stratégies des infirmières en lien avec son adhésion. Les infirmières vont faire tout ce qui est en leur pouvoir pour trouver des solutions économiques afin de permettre au patient d'acheter la multivitamine (Centrum) qui n'est pas remboursée par la Régie d'assurance maladie (RAMQ). Par exemple, elles vont proposer au patient de l'acheter chez

Costco qui est une formule générique moins coûteuse. Ou encore, elles vont proposer au patient de la prendre une fois sur deux au lieu de la prendre à chaque jour.

### *Compréhension du patient*

La plupart des participantes indiquent que la compréhension du processus par lequel les vitamines et minéraux préserve la santé des personnes ayant subi une DBP est essentielle à l'adhésion du patient. La connaissance de la fonction des vitamines et des minéraux sur l'organisme après une DBP permet à la personne de les associer aux signes et symptômes qu'elle ressent. À l'inverse, une participante ajoute qu'une personne sera soupçonnée d'être non-adhérente si elle décrit ses comprimés uniquement en fonction de leurs couleurs ou de leurs formes :

« C'est quand on leur demande : qu'est-ce que vous prenez comme vitamines ? Ah ça, j'dois en prendre une ou deux, ou ça, j'dois en prendre une ou quatre ou qu'ils ne sont pas certains de leur médication. Tu as beau leur nommer la couleur des vitamines ou le nom des vitamines, ils ne le savent aucunement ». (Z25)

La majorité des participantes soutiennent que la compréhension du patient est un facteur primordial pouvant influencer l'adhésion chez celui-ci. À cet effet, cinq éléments cruciaux en lien avec ce facteur ont été énumérés soit la compréhension du processus de la chirurgie, de la gestion de la médication, des raisons d'adhésion à la médication, des conséquences d'une non-adhésion à la médication, des changements apportés par le médecin de famille et les fausses croyances.

« Alors, c'est comme ça, au fur et à mesure et à force de parler avec les gens et leur demander savez-vous c'est quoi une vitamine A ? À quoi elle ressemble la vitamine A ? Savez-vous à quoi elle sert la vitamine D ? Quand les gens ne le savent pas et qu'ils ont juste des pilules à prendre et qu'ils ne savent même pas le nom de leurs pilules, bien, on a un méchant bout à faire. Alors j'insiste toujours ». (Z23)

L'analyse des données fait ressortir un élément influençant la compréhension du patient soit les fausses croyances de ce dernier. Au moins la moitié des participantes ont abordé ce sujet par différents exemples. De ce lot, il en ressort deux plus importants que les autres : l'absence d'effet secondaire à court terme suite à l'arrêt de la prise de vitamines et de minéraux et la bonne alimentation. Trois participantes indiquent que l'absence d'effet indésirable à court terme lors d'une non-adhésion peut faire croire au patient qu'il n'a pas besoin de ses vitamines et minéraux pour conserver une bonne santé. Cependant, les effets peuvent apparaître après plus d'un an de non-adhésion. En ce qui concerne la bonne alimentation, trois autres participantes expliquent que le patient croit que s'il adopte une saine alimentation, il n'aura pas besoin de prendre ses vitamines et minéraux.

« Il y en a qui s'en fout carrément, les vitamines, ils ne croient pas à ça. Ce sont des vitamines... ils mangent bien, ils n'en ont pas besoin. Ils ont une qualité d'alimentation tellement super bonne, exemplaire, impeccable, qu'ils n'en ont pas besoin ». (Z16)

À la lumière de ces données, il est permis de penser qu'une bonne compréhension du patient face à la prise de vitamines et de minéraux aura une influence sur son adhésion. D'où l'importance du rôle d'éducation de l'infirmière afin d'assurer une bonne compréhension du patient.

### *Compréhension et implication des proches*

Deux participantes citent la compréhension des proches comme facteur influençant l'adhésion chez le patient. Elles abordent principalement la compréhension du processus de la chirurgie et de la médication.

« Si les proches du patient ne connaissent pas ça les vitamines et que le patient dit que ce n'est pas important, et bien, les proches ne peuvent pas vraiment l'aider, à moins qu'ils aillent chercher de l'information ». (Z16)

L'implication des proches est une préoccupation importante ressortie par toutes les participantes qui peut influencer l'adhésion chez la personne, ainsi que les stratégies infirmières. En effet, les stratégies décrites peuvent différer si les faits sont rapportés par un proche plutôt que par le patient. Par exemple, il se peut que dans certaines situations la version du conjoint diffère de celle de la personne.

« C'est sa femme qui prend l'appel et tu discutes un peu avec la dame avant parce que des fois elle va te dire des choses que le patient ne te dira pas et en général ça va t'aider à réaligner le monsieur ». (Z6)

« C'est parce que des fois, ils sont plus proches de leur famille que de nous. Ils croiront plus le monde qu'ils connaissent, ils feront plus confiance au monde qu'ils connaissent que nous. Si quelqu'un s'est renseigné dans sa famille, et qu'il dit j'ai vu que c'était super important les vitamines, si tu ne les prends pas, tu vas tomber malade, et bien, je pense que ça peut faire changer d'avis le patient ». (Z16)

Ce chapitre présente les résultats des données recueillies à l'issue de huit entrevues individuelles avec des infirmières d'une clinique externe de chirurgie bariatrique d'un établissement suprarégional ultraspécialisé d'un grand centre urbain. La définition de l'adhésion par les infirmières, les rôles infirmiers et les stratégies des infirmières en lien avec l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux dans un contexte de DBP ont été abordés ainsi que les facteurs d'influence y étant associés. Globalement, les facteurs rapportés influencent à différents niveaux les rôles et les stratégies des infirmières, mais certains méritent des investigations supplémentaires afin de mieux comprendre cette influence, comme l'environnement socioéconomique du patient, l'implication des proches, la collaboration interprofessionnelle, les compétences professionnelles de l'infirmière et les moyens pour développer des interventions. Ces différents facteurs d'influence sont résumés dans la figure ci-dessous (figure 3).

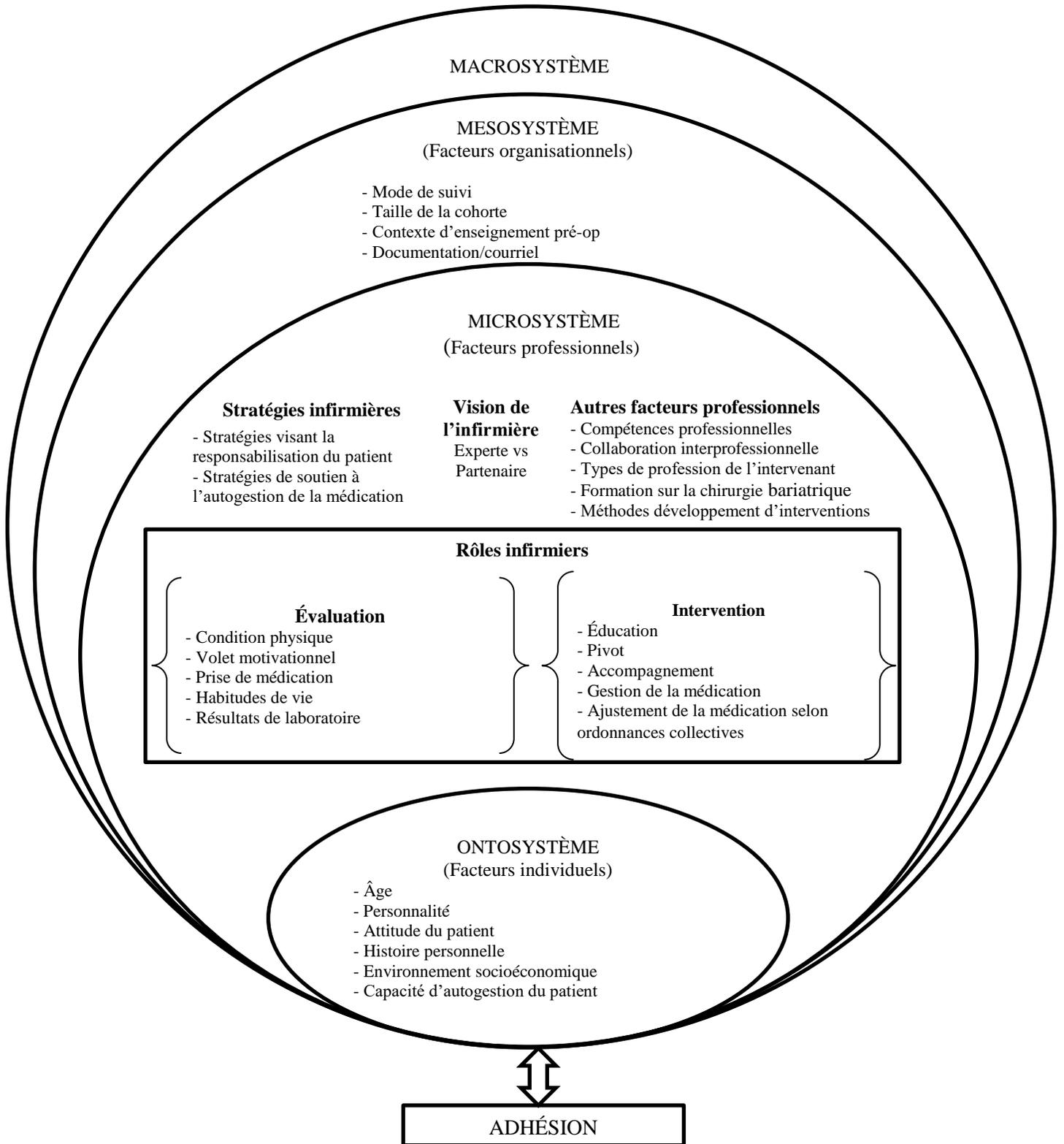


Figure 3. Cadre écosystémique des facteurs influençant l'adhésion thérapeutique à la prise de vitamines et minéraux chez les personnes ayant subi une chirurgie bariatrique

## **CHAPITRE 6**

### **DISCUSSION**

Ce sixième chapitre, consacré à la discussion des résultats, met d'abord en lumière les principaux résultats de l'étude en lien avec la revue des écrits. Il présente ensuite une réflexion sur l'utilité du cadre de référence. Les limites et les forces de cette étude sont ensuite abordées suivies des recommandations pour la pratique clinique, la formation en sciences infirmières, la gestion et la recherche.

#### **6.1 D'EXPERTE À PARTENAIRE DANS UN CONTEXTE D'ADHÉSION À LA PRISE DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX POST-DBP**

À l'instar de certains résultats de recherche (Guénette et al., 2011; Sylvain & Rioux, 2004), les résultats de l'étude ont mis en évidence que les infirmières utilisent une variété de termes pour décrire leur vision de la prise régulière des vitamines et minéraux. La vision des infirmières se polarisant davantage autour d'une perspective de conformité trouve écho dans la littérature. Celles-ci se rapportent à l'observance où les personnes doivent respecter la prescription médicale. Cette vision amène les infirmières à se voir comme des « expertes » vis-à-vis le patient. Ainsi, elles savent davantage ce qui est bon pour lui et ce qu'il doit faire, comme prendre des vitamines et minéraux pour être en santé. Les travaux sur l'adhésion thérapeutique de Stubblefield et Mutha (2002) dans le domaine de la gestion des maladies chroniques et de Vandell (2007) dans le domaine de la santé mentale vont dans le même sens et sous-entendent l'obéissance passive du patient en lien avec la prescription médicale. Ainsi, les professionnels de la santé se perçoivent comme des experts, sans considérer le patient

dans leurs interventions et, de cette façon, ils se privent d'informations importantes le concernant qui pourraient être la clé de leur adhésion thérapeutique. Stubblefield et Mutha (2002) parlent ainsi d'un modèle de relation paternaliste.

Pour les infirmières qui adoptent plutôt une perspective de participation, elles ont tendance à se décrire davantage comme une « partenaire » du patient, c'est-à-dire qu'elle encourage le patient à participer aux décisions face à son traitement. Cette participation réfère au principe d'adhésion thérapeutique soit une implication mutuelle où le professionnel et le patient se fixent des objectifs et partagent un but commun soit celui de répondre aux besoins du patient. Cette perspective correspond davantage à ce qui est soutenue comme pratique à adopter dans la littérature, soit l'inclusion du patient dans la prise de décision le concernant (Mével, 2015). Donc, à la lumière des résultats et des écrits, une sensibilisation s'impose en milieu clinique auprès des infirmières afin de les encourager à développer davantage une relation de partenariat avec leur patient dans le but de favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux.

Malgré le besoin d'accroître cette relation de partenariat avec le patient, cette étude nous amène à élargir nos horizons en proposant une vision plutôt nuancée de l'adhésion. Les participantes ne croient pas en la possibilité d'une adhésion en tout temps chez la clientèle bariatrique pour différentes raisons telles que le manque d'intérêt, les conflits d'horaire au travail, les obligations familiales et les voyages. Les types d'adhésion décrits dans cette étude concordent avec la catégorisation des auteurs Tarquinio et Tarquinio (2007) qui soutiennent qu'il n'existe pas d'adhésion stricte. Ces derniers proposent une variabilité de cette adhésion en évoquant les prises groupées, les oublis ainsi que les arrêts momentanés ou définitifs (Munzenberger et al., 1996 cités dans Tarquinio & Tarquinio, 2007). De plus, dans la littérature, tout comme dans les données de l'étude, il n'existe pas de standard précis au sujet de la prise adéquate de la médication chez un patient. Les participantes ont toutefois une tendance à qualifier la prise adéquate de la médication en nombre de fois par périodes

déterminées tout comme dans l'étude de Brolin et al. (1998) qui mesurent l'observance en termes de nombre de fois par semaine et Cooper et al. (1999) qui la calcule en nombre de fois par année.

## **6.2 RÔLES ET STRATÉGIES DES INFIRMIÈRES EN REGARD DE L'ADHÉSION : DES PRATIQUES INTÉRESSANTES MAIS NON OPTIMALES**

Les nombreux rôles exercés par les infirmières, en lien avec l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une chirurgie bariatrique, exposés dans cette étude vont dans le même sens que les travaux de Ziegler et al. (2014) soulignant que les infirmières sont très impliquées dans la prise en charge de nombreuses maladies chroniques surtout en ce qui concerne les interventions d'auto-soins. L'éducation ressort comme un rôle majeur de cette étude et la littérature appuie bien ce fait (Conn et al., 2009).

Les infirmières doivent posséder une bonne connaissance des approches éducatives pour accompagner la personne dans l'adoption de comportements favorables à la santé comme l'adhésion thérapeutique (Mével, 2015). Il ressort de l'étude actuelle qu'elles doivent aussi posséder de nombreuses connaissances au sujet de ce type de chirurgie, des vitamines et des minéraux à prendre à vie, de leurs indications et des impacts sur la santé lors d'une non-adhésion.

Les rôles associés à l'évaluation de la prise de la médication et l'ajustement des vitamines et minéraux avancés dans cette étude sont des éléments qui ressortent des entretiens de manière récurrente. Giroux (2010) indique que ces rôles sont d'une importance capitale car, une mauvaise évaluation de la médication pourrait conduire à l'augmentation inutile des dosages de vitamines et de minéraux et exposer le patient à des effets indésirables ou toxiques. Les résultats indiquent que pour évaluer la prise régulière de la médication, les participantes peuvent se référer au pharmacien pour connaître le nombre de renouvellements

effectués dans une période donnée, à l'analyse des résultats de laboratoires, à l'évaluation des caractéristiques physiques et à la collecte d'informations auprès du patient sous forme d'entrevue. Ces résultats concordent avec les écrits qui indiquent que la collecte d'informations systématique auprès du patient est l'outil de mesure de l'adhésion le plus utilisé actuellement pour sa simplicité et son faible coût (Berben et al., 2011; Guénette et al., 2011; Lamouroux et al., 2005; Longpré, Leclerc, & Cloutier, 2013). De plus, les infirmières de la clinique externe peuvent référer au Dossier Santé Québec (DSQ). Il s'agit d'un outil provincial informatisé et sécurisé qui permet de collecter, de conserver et de consulter de l'information au sujet de la santé du patient (Gouvernement du Québec, 2018). Il a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé du Québec. Pour les infirmières, il facilite l'évaluation de la prise de la médication chez le patient en allant chercher de l'information sur les résultats de laboratoires et les renouvellements de prescriptions pour certaines pharmacies communautaires. Par conséquent, cet outil demeure un support précieux afin d'assurer le suivi des patients et ainsi favoriser l'adhésion thérapeutique.

Concernant l'évaluation de la condition mentale suite à une chirurgie bariatrique, ce rôle est peu documenté dans la littérature. Pourtant, cette évaluation est très pertinente pour une personne obèse sévère ayant subi ce type de chirurgie qui engendre de nombreuses modifications aussi bien physiques, psychiques que relationnelles causées par une grande perte de poids (Buchwald et al., 2004; Mével, 2015). De plus, Sunil et al. (2017) ont démontré par leur étude qu'il existait un fort lien entre la non-adhésion et l'anxiété après une chirurgie bariatrique et de ce fait, ils encouragent l'instauration d'un suivi psychologique postopératoire afin de favoriser la prise de vitamines et de minéraux. Actuellement, l'étude indique qu'aucun suivi psychologique n'est assuré par l'établissement après la chirurgie. L'infirmière doit référer uniquement en clinique privée où les coûts de consultation doivent être défrayés totalement par le patient. Même son de cloche dans la littérature où l'on dénote l'absence d'interventions psychosociales pour favoriser l'adhésion chez le patient (Williams

et al., 2008). Il serait donc pertinent d'accroître l'évaluation de la condition mentale et les interventions psychologiques brèves dans le suivi des patients afin de favoriser l'adhésion thérapeutique.

On ne peut passer outre la complexité de la gestion de la médication à la suite d'une DBP qui soulève d'importantes contraintes. Les participantes proposent des stratégies de soutien à l'autogestion efficace de la médication afin de réduire les contraintes liées à la nature de la médication, à la difficulté à avaler les comprimés, au nombre de prise et de comprimés par jour, à l'oubli, au coût, au goût, aux effets secondaires, à la durée du traitement à vie et aux conséquences néfastes d'une non-adhésion apparaissant uniquement à long terme. La littérature demeure toutefois lacunaire quant à l'efficacité de ces stratégies.

### **6.3 VERS UNE VISION PLUS GLOBALE DES FACTEURS D'INFLUENCE DE L'ADHÉSION DANS UN CONTEXTE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE**

Les résultats de cette étude mettent en évidence trois catégories de facteurs influençant la pratique infirmière en regard de l'adhésion thérapeutique chez la clientèle bariatrique : les facteurs organisationnels, les facteurs professionnels et les facteurs personnels.

Concernant les facteurs organisationnels, toutes les participantes sont unanimes pour dire que le suivi téléphonique représente plusieurs avantages pour le patient dont le fait de ne pas être dans l'obligation de se déplacer à la clinique externe. Ces résultats vont dans le même sens que Zolfaghari et al. (2012) qui démontrent bien la pertinence de ce mode de suivi chez une clientèle diabétique. Cependant, leur étude, comme celle-ci, démontre que cela peut exiger une plus grande adaptation pour l'infirmière comparativement au suivi face-à-face.

En regard des facteurs professionnels, les compétences professionnelles ont été mises de l'avant, dans cette étude, comme un facteur important influençant les rôles et les stratégies en regard de l'adhésion. Entre autres, les connaissances et la compréhension qu'ont les

infirmières de la chirurgie bariatrique ont été mentionnées comme pouvant influencer l'adhésion. Certains auteurs vont dans la même direction et indiquent que les connaissances de l'infirmière peuvent influencer l'adhésion à la médication (Byrne et al., 2005). Des besoins de formation des infirmières et d'autres professionnels de la santé vers qui l'ont vu transférer les suivis de patients ont été mis en évidence dans cette étude par les participantes. Cette idée résonne dans la littérature qui fait état des lacunes de la formation spécifique en chirurgie bariatrique en regard des professionnels de la santé. Morin (2001) signale notamment que le doute, la réticence ou le manque de connaissances de la part du professionnel de la santé peut amener, par conséquent, un retard dans le traitement ou un suivi inadéquat. D'autres auteurs soulignent une formation déficiente des professionnels de la santé au sujet des vitamines et minéraux chez cette clientèle et ils recommandent des formations à ce sujet afin de mieux les outiller et ainsi favoriser l'adhésion du patient. Le domaine de la chirurgie bariatrique évolue tellement rapidement que les professionnels de la santé ont beaucoup de difficultés à se maintenir à jour en ce qui a trait aux nouvelles connaissances (Charras et al., 2011; Haslam, Waine, & Leeds, 2009; Lizer et al., 2010). Malgré les lignes directrices de l'*American Society for Metabolic and Bariatric Surgery* (ASMBS) proposés aux professionnels de la santé, il existe un manque de consensus scientifique dans le milieu clinique quant aux dosages et aux formes de vitamines et minéraux (Bloomberg et al., 2005; Giroux, 2010). Il serait pertinent de se questionner sur l'influence que pourrait avoir ce manque de consensus sur les mises à jour des connaissances.

Par ailleurs, les résultats de notre étude indiquent que la profession de l'intervenant de la santé pourrait avoir un impact sur l'adhésion du patient. Selon les participantes, pour certains patients, un suivi réalisé par un chirurgien peut amener de meilleurs résultats du point de vue de l'adhésion tandis que pour d'autres patients, c'est plutôt le suivi réalisé par une infirmière qui peut favoriser leur adhésion. Il serait donc important de s'adapter aux besoins des personnes en termes de choix du professionnel lors du suivi. Charras et al. (2011) abondent dans le même sens en ayant mis en évidence une influence significative entre la

profession de l'infirmière et celle du chirurgien en regard du maintien de l'abonnement des vitamines qui suggère une forme d'observance chez le patient. En revanche, ils mentionnent qu'il existe encore peu d'écrits à ce sujet.

Les données mettent aussi en lumière l'importance de la collaboration interprofessionnelle en regard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez cette clientèle. Les équipes qui œuvrent auprès de patients présentant des troubles de santé complexes et chroniques se doivent d'adopter une approche interdisciplinaire (Careau et al., 2014; Quilliot, Brunaud, Reibel, & Ziegler, 2008).

Ceci est aussi vrai dans le domaine de l'obésité où les professionnels de la santé possèdent des compétences différentes et complémentaires (Ziegler et al., 2014). De ce fait, les participantes voient de bons augures l'implication des médecins de famille et des pharmaciens d'officine, qui à leurs avis, pourraient s'impliquer davantage dans le suivi des patients ayant subi une DBP. Ce sont des acteurs de proximité qui ont un contact facile avec une grande partie de la population (Ziegler et al., 2014). Cela peut représenter une solution à un ratio inadéquat d'infirmière-patient et ainsi diminuer la charge de travail des infirmières qui accusent du retard dans les suivis (Quilliot et al., 2008).

Basdevant (2013) indique que la place, le rôle et la formation de l'infirmière, en regard du suivi ou de la recherche clinique en chirurgie bariatrique font plutôt l'objet de pratiques réflexives et possèdent parfois un statut plutôt expérimental. D'autres écrits rapportent ce même phénomène et affirment que les interventions infirmières sont basées très souvent sur la tradition, une figure d'autorité, l'intuition, les expériences cliniques et les essais-erreurs (Loiselle et al., 2007). De fait, cette étude va dans le même sens, car les interventions infirmières semblent avoir été développées avec le temps, l'expérience et à partir d'échanges entre collègues. Les expériences cliniques et les écrits scientifiques démontrent que les données probantes sont encore sous-utilisées par les infirmières dans leurs milieux (Lefebvre, Roy, Sahtali, & Rothan-Tondeur, 2013). Parallèlement à cela, l'étude démontre aussi

l'absence de l'utilisation de données probantes pour développer des interventions infirmières. Aucune intervention n'apparaît comme le « gold standard » pour favoriser l'adhésion étant donné l'existence d'une multitude de facteurs pouvant influencer la décision de la personne d'adhérer ou non à sa médication (Peterson, Takiya, & Finley, 2003; Williams et al., 2008). Ils encouragent la combinaison d'interventions favorisant l'adhésion afin de répondre aux besoins du patient. Aussi, la plupart des participantes déplorent l'absence d'outils cliniques pour les aider à favoriser l'adhésion du patient.

En regard des facteurs personnels liés à l'individu soit ses caractéristiques, son histoire personnelle et sa compréhension et celle de ses proches, ceux-ci ressortent comme des thèmes importants pouvant influencer l'adhésion thérapeutique. Au sujet de la compréhension des personnes, une certaine inefficacité est constatée au sujet de la documentation remise et aux courriels transmis aux patients pour accroître l'adhésion. Il ressort des données que presque que la moitié de la clientèle bariatrique possède un faible statut socioéconomique et utilise peu la documentation écrite pour s'informer. Cette information réfère au concept de littératie en matière de santé qui pourrait influencer l'adhésion. Celle-ci se définit comme la capacité pour des individus de repérer, comprendre, évaluer et communiquer de l'information pour être capable de composer avec les divers contextes de santé afin de promouvoir la santé tout au long de leur vie (Rootman, 2007). Les groupes les plus à risque d'avoir de la difficulté à lire la documentation ou les courriels électroniques seraient les personnes âgées ainsi que les personnes ayant une faible scolarité ou sans emploi (Rootman, 2007). Il s'agit d'un élément essentiel à considérer puisque 61% des québécois de 16 à 65 ans possèdent un niveau de compétence en littéracie de niveaux 1 et 2 (Institut national de santé publique du Québec, 2012, 2015)<sup>2</sup>. Il y a donc lieu de se demander si actuellement il n'y a pas une surestimation

---

<sup>2</sup> « Compétence de niveau 1 : Les personnes comprennent le vocabulaire de base et saisissent le sens des phrases. Elles ont des compétences qui leur permettent d'accomplir des tâches de complexité limitée ; par exemple, lire des textes (numériques ou imprimés continus, non continus ou mixtes) relativement courts afin de trouver une information identique ou synonyme à l'information donnée dans la question ou la consigne. Les

de la compréhension des patients par les professionnels de la santé au Québec qui ne tiennent pas nécessairement compte de cette limite. On précise dans la littérature que de nouvelles approches de communication entre les patients et les professionnels de la santé sont essentielles afin de réduire la désinformation (Cottin et al., 2012).

Finalement, rappelons que les résultats de l'étude indiquent que certaines personnes ayant subi une DBP ont tendance à revenir à leurs anciens modes de fonctionnement avec le temps et par conséquent leur adhésion à la prise de vitamines et de minéraux s'en trouve influencée négativement. Le fait d'assurer un suivi régulier à vie auprès du patient permettrait donc, selon les participantes, de maintenir une meilleure adhésion dans le temps. D'autres auteurs vont dans le même sens en affirmant que l'adhésion doit être évaluée régulièrement (Ahmad et al., 2012) et qu'elle doit être vue comme un comportement de santé évolutif et dynamique dans le temps (Brolin et al., 1998; Cooper et al., 1999; Lamouroux et al., 2005; Tarquinio & Tarquinio, 2007; Thereaux et al., 2017). Donc, dû au nombre grandissant de chirurgies bariatriques dans le milieu de l'étude, à l'augmentation de la taille de la cohorte postopératoire et à l'augmentation des ratios patients par infirmière qui conduisent à des retards dans les suivis, cette situation laisse entrevoir que l'adhésion du patient pourrait devenir davantage problématique.

#### **6.4 DISCUSSION SUR LE CADRE DE RÉFÉRENCE**

Tel que vu au chapitre 2, le cadre de référence de l'étude adapté de la Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben et al. (2012) s'est avéré utile pour la

---

textes ne contiennent que très peu d'informations contradictoires. Compétence de niveau 2 : Les personnes sont en mesure d'intégrer au moins deux informations en fonction des critères donnés, de les comparer, de les mettre en opposition ou d'engager une réflexion à leur sujet, et de faire des inférences de faible niveau. Elles sont capables de parcourir des textes numériques pour repérer les informations dans différentes parties d'un document » (Institut national de santé publique du Québec, 2012, 2015).

compréhension des résultats de l'étude dans un contexte de suivi postopératoire de chirurgie bariatrique. Il a permis d'étendre la vision de l'adhésion au-delà du niveau de l'ontosystème (*facteurs individuels*) auquel se sont limitées la plupart des études réalisées en chirurgie bariatrique à ce jour (Berben et al., 2012) en explorant les niveaux supérieurs du microsystème (*facteurs professionnels*) et du mésosystème (*facteurs organisationnels*). Notamment, les compétences professionnelles des infirmières sont ressorties de l'étude et réfèrent au microsystème ainsi que les modes de suivi à la clinique externe appartenant au mésosystème. Concernant les éléments du macrosystème, ceux-ci n'ont pas été abordés directement dans le questionnaire et ne sont pas ressortis de manière évidente dans les entrevues des participantes. La présente recherche s'est surtout centrée sur les trois premiers niveaux.

Cette étude est la première dans ce domaine et par conséquent, d'autres recherches sont fortement encouragées en lien avec les rôles et les stratégies des infirmières en regard de l'adhésion dans un contexte de chirurgie bariatrique. De plus, étant donné que l'approche écologique de Berben et al. (2012) s'est avérée très utile pour comprendre et cerner le phénomène à l'étude, il est fortement recommandé que les futures recherches se fondent également sur des théories reconnues. En fait, à ce jour, peu d'études réalisées dans un contexte de chirurgie bariatrique ont rapporté leurs fondements théoriques. Mis à part cette étude, les seules recensées ayant porté sur la chirurgie bariatrique sont celles de Armstrong, Anderson, Tran Le et Nguyen (2009) qui ont utilisé le modèle de croyances relatives à la santé et l'étude de Reedy et Blum (2010) qui ont utilisé la théorie de la transition de Meleis. Finalement, l'utilisation de la Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben et al. (2012) serait pertinente dans d'autres contextes de maladies chroniques afin d'en comparer les résultats.

## 6.5 LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

La première limite de cette étude concerne le fait que l'échantillon provient d'un seul milieu clinique. Le modèle de suivi unique et exclusif de l'établissement ne permet pas de comparer avec un autre milieu et ne permet pas de déterminer si ce modèle est meilleur qu'un autre, bien que ce ne soit pas le but de cette étude. Cependant, la description étoffée du milieu de l'étude, du déroulement de la recherche, de son contexte en chirurgie bariatrique et de la description des assises cliniques du suivi postopératoire de chirurgie bariatrique accroît son potentiel de transférabilité. Ainsi, les personnes qui voudraient répliquer cette étude dans d'autres milieux pourront prendre connaissance des éléments contextuels pouvant influencer les résultats. La deuxième limite est liée au fait d'avoir recueilli peu de témoignages étant donné la petite taille de l'échantillon, mais une saturation des données a tout de même été constatée par une redondance des données lors des dernières entrevues. Cette petite taille a aussi amené à regrouper les données sur les caractéristiques de l'échantillon afin d'éviter l'identification des personnes. L'ajout d'autres types de professionnels, faisant le suivi pour ce type de clientèle, aurait peut-être permis d'augmenter l'échantillon, comme par exemple des nutritionnistes et des chirurgiens. Une troisième limite concerne le statut d'infirmière de l'étudiante-chercheuse au département de chirurgie bariatrique. Les réponses des participantes auraient pu être influencées par les attentes de celle-ci. Pour contrer cela, des questions ouvertes ont été utilisées lors des entrevues afin de laisser libre expression à la participante. Un soutien constant des directrices de recherche lors du processus de codage des entrevues et de la validation de l'arbre thématique a permis un traitement objectif des données.

La plus grande force de cette étude repose sur le fait qu'aucune recherche n'a été réalisée au Québec, ni au Canada au sujet des rôles et des stratégies des infirmières dans un contexte de chirurgie bariatrique en lien avec l'adhésion à la médication. De plus, étant donné l'absence d'étude sur ce sujet, une autre force implique le choix d'un devis descriptif

qualitatif exploratoire. Ainsi, malgré un petit échantillon de participants, ce type de devis a permis un regard en profondeur sur l'expérience professionnelle des infirmières du suivi en chirurgie bariatrique.

## **6.6 RECOMMANDATIONS**

L'analyse des résultats et la consultation des écrits scientifiques permet une meilleure vision de la pratique actuelle des infirmières à la clinique externe en regard du suivi postopératoire de chirurgie bariatrique et de formuler des recommandations afin d'améliorer l'adhésion aux vitamines et minéraux chez les patients. Voici donc des recommandations liées aux domaines de la pratique clinique, de la formation, de la gestion et de la recherche.

### **6.6.1 Recommandations pour la pratique clinique**

Les infirmières de la clinique externe de chirurgie bariatrique doivent continuer à prôner l'importance de la prise à vie de vitamines et de minéraux chez la clientèle bariatrique (McKee & Tassinari, 2006). De plus, afin de favoriser l'adhésion à la médication chez le patient ayant subi une DBP, il s'avère primordial d'accroître les évaluations psychologiques autant en phase préopératoire qu'en phase postopératoire surtout en l'absence de service de psychologue à la clinique de chirurgie. L'infirmière se voit dans l'obligation de transférer en clinique privée en cas de besoin, cependant, beaucoup de patients n'ont pas l'argent pour payer ce service. La modification du contexte d'enseignement en phase préopératoire, l'implication de la famille et la pratique interprofessionnelle sont de mise afin de travailler dans un but commun de favoriser l'adhésion du patient. L'augmentation du nombre de chirurgies bariatriques et de la taille de la cohorte postopératoire fait en sorte qu'il subsiste du retard dans les délais de suivi. Les résultats démontrent que plus les délais de suivi s'allongent et plus l'adhésion du patient tend à diminuer. La révision des modes de suivi est

conseillée afin de contrer ces délais. Par exemple, la possibilité de pouvoir transférer le dossier du patient au médecin de famille ou à une infirmière praticienne spécialisée dans le milieu de vie du patient pourrait être une solution envisageable. Concernant l'éducation aux patients, la littérature et les résultats de l'étude indiquent que c'est l'intervention la plus utilisée, même si elle n'est pas la plus efficace (Sabaté, 2003 cité dans Berben et al., 2011). L'éducation jumelée à d'autres interventions est indiquée afin d'obtenir de meilleurs résultats au niveau de l'adhésion du patient. L'utilisation de données probantes pour la pratique est encouragée, car selon les résultats, les interventions sont développées avec le temps, l'expérience et les échanges entre collègues. Compte tenu de l'évolution rapide du domaine de la chirurgie bariatrique, la création d'une communauté de pratique serait un atout afin d'augmenter l'utilisation de données probantes.

#### **6.6.2 Recommandations pour la formation**

Étant donné le manque de consensus au sujet de la définition de l'adhésion, il est d'une importance cruciale d'éduquer les infirmières en regard de la relation de partenariat avec le patient afin de favoriser des interventions plus efficaces. Aussi, des formations sont conseillées chez les professionnels de la santé actuels et futurs au Québec au sujet de la chirurgie bariatrique et du suivi postopératoire de cette clientèle afin qu'ils soient mieux outillés surtout si on entrevoit un transfert de suivi vers les médecins de famille ou les infirmières praticiennes spécialisées dans les milieux de première ligne. Finalement, l'ajout d'interventions cognitivo-comportementales tel que l'entretien motivationnel est fortement recommandé afin de promouvoir le maintien ou l'adoption d'un comportement, comme celui de prendre ses vitamines et minéraux régulièrement (Hillsdon, Foster, Cavill, Crombie, & Naidoo, 2005). Il serait pertinent que les infirmières acquièrent une formation sur ce type d'intervention.

### **6.6.3 Recommandations pour la gestion**

Il est recommandé de revoir les ratios patients par infirmière à la clinique externe considérant la taille de la cohorte postopératoire qui ne fait qu'augmenter d'années en années. L'ajout d'infirmières pour assurer un suivi adéquat des patients demeure une solution afin de réduire les délais qui diminuent l'adhésion au traitement. Les modes de suivi des patients et le transfert vers les médecins de famille ou infirmières praticiennes spécialisées demeurent d'autres solutions possibles afin de contrer cette problématique. Finalement, l'accès rapide et gratuit à un psychologue, à un autre intervenant psychosocial ou à une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale, pour les patients traversant de grands bouleversements psychologiques, est à considérer. Une formation en chirurgie bariatrique est recommandée pour ces intervenants sans quoi leur manque de connaissances risque de neutraliser leur capacité d'intervenir efficacement.

### **6.6.4 Recommandations pour la recherche**

Il est recommandé de poursuivre les recherches scientifiques au sujet de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients qui ont subi une chirurgie bariatrique. Au-delà des facteurs individuels du niveau *onto*, il serait intéressant, comme dans le cas de la présente étude, de continuer à explorer les facteurs de niveau *micro, méso et macro* de la Perspective écologique de l'adhésion à la médication de Berben et al. (2012) afin de favoriser l'adhésion thérapeutique. Aussi, le manque de précision au sujet des rôles et des stratégies des infirmières afin de favoriser la prise de vitamines et minéraux chez la clientèle bariatrique amènent à encourager plus d'études à ce sujet.

Il serait également intéressant d'avoir une vision différente d'autres professionnels de la santé qui gravitent autour de ces patients. Aussi, des études auprès de patients ayant subi une DBP sont recommandées afin d'en connaître davantage sur leur vision de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux et les facteurs l'influençant. Finalement, l'utilisation et

l'évaluation d'autres cadres théoriques dans le domaine de la chirurgie bariatrique doivent se poursuivre afin d'appuyer les interventions infirmières.

## CONCLUSION

À notre connaissance, cette étude est la première au Québec à avoir abordé les pratiques infirmières dans un contexte de chirurgie bariatrique et d'adhésion thérapeutique. Elle a permis une meilleure compréhension des rôles joués par les infirmières et leurs stratégies déployées pour favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP et elle a fourni des pistes pour améliorer certaines pratiques afin de la favoriser.

À présent, nous sommes plus en mesure de parler d'une relation de partenariat avec le patient dans un contexte de soin afin de favoriser son adhésion. Cependant, une sensibilisation s'impose chez les infirmières. De plus, plusieurs rôles infirmiers ont été cités par les participantes ainsi que plusieurs stratégies déployées par celles-ci en regard de cette adhésion. La connaissance de facteurs d'ordre personnel, professionnel et organisationnel pouvant influencer ces rôles et ces stratégies, permet d'envisager des solutions novatrices et ainsi favoriser l'adhésion du patient à long terme. Néanmoins, un besoin constant d'évaluation s'impose afin de valider l'efficacité des différentes stratégies. Aussi, il est important de retenir que la collaboration interprofessionnelle est encouragée dans les milieux cliniques afin de rendre les interventions plus efficaces lors du suivi de la clientèle bariatrique. Nous pensons, entre autres, à l'implication active des médecins de famille, des infirmières praticiennes spécialisées et des pharmaciens d'officine. Retenons que la relation infirmière demeure au cœur des interventions pour favoriser la prise régulière de la médication chez le patient.

Étant donné le nombre grandissant de chirurgies bariatriques au Québec, l'augmentation d'infirmières, des ressources financières et matérielles ainsi que le rehaussement des connaissances chez les professionnels de la santé doivent être mis de l'avant. Aussi, cette étude a permis de porter un regard sur le modèle de suivi postopératoire en chirurgie bariatrique de l'établissement de santé à l'étude, qui se veut un modèle unique en Amérique du Nord et dont le suivi repose sur le travail des chirurgiens et en très grande partie par des infirmières cliniciennes guidées par des ordonnances collectives. Étant donné la diminution du taux d'adhésion avec le temps, il est essentiel de poursuivre le suivi à vie des patients et de bien outiller les infirmières afin qu'elles puissent améliorer leurs pratiques en phase d'évaluation et d'intervention. Actuellement, aucune ligne de conduite n'existe au Québec en ce qui concerne les suivis de la clientèle bariatrique et cela peut varier considérablement d'un établissement à l'autre. De plus, aucune étude sur les pratiques infirmières en regard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux n'a été recensée au Québec et au Canada. Les possibilités de recherches dans ce domaine sont donc assez vastes et ouvrent la voie au développement et à la consolidation de ce champ d'expertise en sciences infirmières.

**ANNEXE I**  
**CLASSIFICATION DU POIDS SELON L'INDICE**  
**DE MASSE CORPORELLE (IMC) CHEZ L'ADULTE**  
**ADAPTÉ DE POIRIER ET AL. (2011) ET CORNIER ET AL. (2011)**

Classification du poids selon l'indice de masse corporelle (IMC) chez l'adulte  
adapté de Poirier et al. (2011) et Cornier et al. (2011)

<b>Classification du poids</b>	<b>Indice de masse corporelle (IMC)</b>
<b>Poids insuffisant</b>	< 18.5
<b>Poids normal</b>	18.5-24.9
<b>Surplus de poids</b>	25-29.9
<b>Obésité stade 1</b>	30-34.9
<b>Obésité stade 2</b>	<b>35-39.9</b>
<b>Obésité stade 3</b>	<b>≥40</b>
<b>Obésité stade 4</b>	<b>≥50</b>
<b>Obésité stade 5</b>	<b>≥60</b>

**ANNEXE II**  
**LETTRE DE PRÉSENTATION DU PROJET ENVOYÉ PAR COURRIEL**

Bonjour,

Je désire vous inviter à participer à une entrevue individuelle visant à mieux décrire les pratiques actuelles des infirmières du suivi postopératoire de la clinique externe de chirurgie bariatrique de [REDACTED] en lien avec l'adhésion à la prise de suppléments vitaminiques et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP. Cette étude est réalisée dans le cadre de mes études de maîtrise en sciences infirmières à l'UQAR. Elle a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de [REDACTED] (numéro de certificat : 2015-2443) et de l'UQAR (numéro de certificat : 84-567).

Si vous êtes intéressée à participer à cette entrevue, je vous invite à communiquer avec moi, par téléphone ou par courriel avant le 27 février 2015. Nous pourrions déterminer, à votre convenance, le lieu et le moment de la tenue de cette entrevue. La durée prévue est d'environ une heure. Je vous rappelle que votre participation est tout à fait volontaire. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.

Je vous remercie pour votre précieuse collaboration et je vous prie d'accepter mes meilleures salutations,

Nathalie Chouinard, étudiante à la maîtrise à l'UQAR  
Infirmière clinicienne

[REDACTED]  
Téléphone à domicile : 418-915-5025  
nachouinard.28@gmail.com

**ANNEXE III**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre du projet :** Rôles et stratégies des infirmières pour favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les personnes ayant subi une dérivation bilio-pancréatique : une étude qualitative exploratoire.

**Sous-titre :** Adhésion thérapeutique aux vitamines et minéraux

**Chercheur responsable du projet :**

Dr. Simon Marceau, chirurgien [REDACTED]

**Co-chercheures :**

Lily Lessard, directrice du mémoire et professeure à l'UQAR

Hélène Sylvain, co-directrice du mémoire, professeure à l'UQAR et professeure associée à l'ULVAL

**Collaboratrices :**

Nathalie Chouinard, étudiante-chercheuse [REDACTED] -UQAR

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux co-chercheures affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## **INTRODUCTION**

Vous êtes invité(e) à participer à cette étude à titre d'infirmière clinicienne travaillant actuellement ou ayant déjà travaillé à la clinique externe de chirurgie bariatrique de [REDACTED] au suivi postopératoire.

## **BUT DE L'ÉTUDE**

Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche réalisé à l'UQAR dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières de Nathalie Chouinard, infirmière clinicienne au département de chirurgie bariatrique à [REDACTED]. Elle vise à mieux décrire les pratiques actuelles des infirmières en lien avec l'adhésion à la prise de suppléments vitaminiques et de minéraux chez les patients ayant subi une dérivation bilio-pancréatique (DBP). Actuellement, peu d'études se sont intéressées à ce sujet. Afin d'assurer la faisabilité du projet, nous souhaitons recruter huit participants à [REDACTED].

## **DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Votre participation volontaire à ce projet consiste à répondre aux questions de l'étudiante-chercheuse (Nathalie Chouinard) sous forme d'entrevue semi-dirigée d'une durée d'environ 60 minutes. Un enregistrement audio des entrevues sera réalisé afin de permettre la transcription des verbatims et faciliter l'analyse des données. La rencontre aura lieu dans un local au centre de recherche (pavillon U) réservé au préalable, ou à un autre endroit à votre convenance. Suivant votre participation, nous vous contacterons dans quelques mois pour valider les résultats avec vous. Selon votre disponibilité, nous pouvons planifier une seconde rencontre ou encore vous transmettre le matériel par courriel à des fins de validation.

## **RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Aucun risque n'est associé à cette étude

## **INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Le principal inconvénient est lié au temps que vous consacrerez à l'entrevue.

## **AVANTAGES**

Voici les bénéfices que vous pourriez retirer :

- Sentiment de **satisfaction et de valorisation** en partageant vos expériences professionnelles pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières.
- Sentiment de **fierté** à participer à un projet de recherche pouvant mener à des pistes de solutions afin d'améliorer l'adhésion à la prise de suppléments vitaminiques et de minéraux chez les personnes ayant subi une DBP.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou aux co-chercheuses affectées au projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre relation avec le chercheur responsable du projet et les autres membres de l'équipe de recherche. Le chercheur responsable du projet de recherche et le Comité d'éthique de la recherche [REDACTED] peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

### **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse recueillera par le biais d'un enregistrement audio et consignera par la transcription d'un verbatim, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres

renseignements tels que votre nom. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la Loi.

L'étudiante-chercheure utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant cinq ans par le chercheur responsable.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par le personnel de l'étude, une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de [REDACTED] ou par l'établissement. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés jusqu'à l'archivage des données dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable ou par l'établissement.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, jusqu'à l'étape de l'archivage des données.

## **DROITS DU PARTICIPANT DE RECHERCHE.**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **COMPENSATION**

Vous ne recevrez aucun montant forfaitaire en compensation des frais encourus et des contraintes subies.

## **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche ou le personnel de l'étude aux numéros suivants :

Nathalie Chouinard (étudiante-chercheure) : 418-915-5025 ou 418-656-8711 (poste 4848)

Dr. Simon Marceau (Directeur clinique du projet) : 418-656-8711 (poste 4810)

En prévision de situation d'urgence, vous pouvez contacter en tout temps (24/7), Nathalie Chouinard (étudiante-chercheure) au 418-915-5025 ou 418-656-8711 (poste 4848)

### **COMMISSAIRE AUX PLAINTES**

Si vous avez une plainte à formuler, en tant que participant à une étude, vous pouvez rejoindre :



### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE**

Le Comité d'éthique de la recherche de [REDACTED] a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Si vous avez des questions, en tant que participant à une étude, vous pouvez rejoindre le président du Comité d'éthique de la recherche de [REDACTED], [REDACTED]  
[REDACTED]

**Titre du projet :** Rôles et stratégies des infirmières pour favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les personnes ayant subi une dérivation bilio-pancréatique : une étude qualitative exploratoire.

### Formulaire de consentement

- Une copie du formulaire d'information et de consentement sera déposée dans mon dossier. En conséquence, je comprends que cette information sera disponible à toute personne ou compagnie à laquelle je donnerai accès à mon dossier. J'autorise les personnes citées à la section « Confidentialité » à consulter mes dossiers. Ce consentement a une durée de \_\_\_\_\_
- J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.
- Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

---

Nom et signature du participant de recherche

Date

J'ai expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant de recherche.

---

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche    Date

**ANNEXE IV**  
**QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET PROFESSIONNEL**

## Questionnaire sociodémographique et professionnel

### Projet de recherche :

Rôles et stratégies des infirmières pour favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les personnes ayant subi une dérivation bilio-pancréatique : une étude qualitative exploratoire

Étudiante-chercheuse : Nathalie Chouinard

**Les renseignements personnels recueillis dans les questions suivantes ne servent que pour cette recherche. Comme tous les autres renseignements, ils demeurent confidentiels.**

1. Âge : \_\_\_\_\_

2. Sexe : Femme : \_\_\_\_\_ Homme : \_\_\_\_\_

3. Formation académique et professionnelle

- Formation initiale (cochez le bon choix) :

\_\_\_\_\_ DEC en soins infirmiers : Année d'obtention : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cheminement DEC-BAC : Année d'obtention : \_\_\_\_\_ ou En cours : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Baccalauréat initial : Année d'obtention : \_\_\_\_\_

- Autres formations académiques : certificat, baccalauréat de perfectionnement, maîtrise (précisez le domaine et l'année d'obtention) :

---

---

---

4. Autres formations pertinentes (précisez le titre de la formation et l'année d'obtention).

---

---

---

5. Combien d'années d'expérience possédez-vous en tant qu'infirmière?

---

6. Combien d'années d'expérience possédez-vous dans le milieu de la chirurgie bariatrique (unité de soins ou clinique ambulatoire)?

---

7. Statut d'emploi actuellement :

Temps plein : \_\_\_\_\_ Temps partiel : \_\_\_\_\_

**ANNEXE V**  
**GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE**

**PROJET DE RECHERCHE :**  
RÔLES ET STRATÉGIES DES INFIRMIÈRES POUR FAVORISER L'ADHÉSION À  
LA PRISE DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX CHEZ LES PERSONNES AYANT  
SUBI UNE DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE  
EXPLORATOIRE

GUIDE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE

**Remerciement à la personne pour sa participation à la recherche**

**Présentation de la recherche**

Le but visé par cette recherche est de décrire les pratiques actuelles des infirmières de [REDACTED] en lien avec l'adhésion à la prise de suppléments vitaminiques et de minéraux chez les patients ayant subi une dérivation bilio-pancréatique (DBP).

**Chercheur principal :**

Dr. Simon Marceau, chirurgien [REDACTED]

**Co-chercheures :**

Lily Lessard, inf. Ph. D. (candidate santé communautaire, U. Laval), directrice du mémoire et professeure au département des sciences infirmières de l'UQAR.

Hélène Sylvain, inf. Ph. D. (sciences infirmières), co-directrice du mémoire, professeure au département des sciences infirmières de l'UQAR et professeure associée à l'U. Laval.

**Collaboratrices :**

Nathalie Chouinard, étudiante-chercheuse à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQAR et infirmière clinicienne au département de chirurgie bariatrique de [REDACTED].

**Présentation des objectifs et des thèmes de l'entrevue**

Cette entrevue, s'articulant autour de trois thèmes, a pour but d'explorer, à travers votre expérience clinique, 1) la définition de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez la clientèle ayant subi une DBP, 2) le rôle infirmier en regard de cette adhésion et 3) les stratégies favorisant cette adhésion.

**Explications de la démarche, de la durée et des consignes**

Nous recueillons des informations auprès d'infirmières cliniciennes de la clinique externe de chirurgie bariatrique qui font ou qui ont déjà fait du suivi postopératoire. Vous faites partie de ces personnes.

Il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous répondez selon votre expérience personnelle. La durée de l'entrevue est d'environ une heure. De plus, puisqu'il est difficile de tout retenir, je vous demande votre accord afin de permettre l'enregistrement de l'entrevue par le biais d'un appareil audio numérique. Cet enregistrement demeure strictement confidentiel et je serai la seule personne à y avoir accès à des fins d'analyse.

## INTRODUCTION

### **Question 1**

- a) Pourriez-vous me dire, brièvement, qu'est-ce qui vous a amené à travailler en chirurgie bariatrique?

THÈME 1 : LA DÉFINITION DE L'ADHÉSION À LA PRISE DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX

**Question 1 :**

- a) Dans un premier temps, quelle est votre vision de l'adhésion thérapeutique en général puis, plus spécifiquement, votre vision de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP?
- b) Selon votre perception, existe-t-il un niveau d'adhésion? Par exemple : si le patient oublie de prendre ses vitamines et minéraux une fois par semaine le considérez-vous adhérent? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi?

**Question 2**

- a) Quelles raisons les personnes vous donnent-elles pour expliquer leur adhésion à la prise de vitamines et de minéraux prescrits par le chirurgien?
- b) Selon votre expérience clinique, quelles sont les raisons de cette adhésion?

**Question 3**

- a) Quelles raisons les personnes vous donnent-elles pour expliquer leur non-adhésion à la prise de vitamines et de minéraux prescrits par le chirurgien?
- b) Selon votre expérience clinique, quelles sont les raisons de cette non-adhésion?

**Question 4**

- a) Décrivez-moi les indices qui vous amènent à dire que la personne est adhérente ou non-adhérente à sa prise de vitamines et minéraux?

## THÈME 2 : RÔLE (S) INFIRMIER (S) EN REGARD DE L'ADHÉSION À LA PRISE DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX

### Question 1

Parlez-moi de votre ou de vos différents rôles que vous jouez en tant qu'infirmière en regard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP

- a) En général, comment définissez-vous votre rôle auprès des personnes ayant subi une DBP et plus spécifiquement, votre rôle en lien avec l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux?
- b) Comment qualifiez-vous la relation patient-infirmière que vous développez durant le suivi postopératoire en regard de l'adhésion?
- c) Pouvez-vous me décrire les rôles qui vous sont attribués par [REDACTED] dans le cadre de vos fonctions?
- d) Comment voyez-vous la place de la personne dans le processus d'adhésion à sa prise de vitamines et minéraux?
- e) Comment voyez-vous la place des proches de la personne dans le processus d'adhésion à sa prise de vitamines et de minéraux?
- f) Pouvez-vous m'illustrer, par un exemple de votre pratique, un événement où vous avez obtenu de **bons** résultats en ce qui concerne l'adhésion de la personne à sa prise de vitamines et de minéraux? Selon vous, pourquoi avez-vous obtenu ces résultats?
- g) Pouvez-vous m'illustrer, par un exemple de votre pratique, un événement où vous avez obtenu de **moins bons** résultats en ce qui concerne l'adhésion de la personne à sa prise de vitamines et de minéraux? Selon vous, pourquoi avez-vous obtenu ces résultats?

### THÈME 3 : LES STRATÉGIES UTILISÉES AFIN DE FAVORISER L'ADHÉSION À LA PRISE DE VITAMINES ET DE MINÉRAUX

#### Question 1

Pouvez-vous me parler des stratégies ou des moyens que vous utilisez afin de favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP ?

- a) Comment avez-vous découvert ou développé ces stratégies?
- b) Si vous n'en utilisez pas : quels sont les éléments faisant obstacles à l'adoption de stratégies?
- c) Y a-t-il des services/protocoles/directives mis en place par l'établissement afin de vous guider dans l'amélioration de cette adhésion? Si oui, quels sont-ils?
- d) Selon vous, y a-t-il des éléments à ajouter/modifier//retirer pour améliorer le suivi postopératoire afin de favoriser cette adhésion?

#### Question 2

Vous devez former une infirmière dans le suivi postopératoire des patients :

- a) Sur quoi portera votre formation en général?
- b) Plus spécifiquement, sur quoi portera votre formation en lien avec l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux?
- c) Comment lui présentez-vous la problématique de l'adhésion thérapeutique?
- d) Quels sont les principaux rôles qu'elle doit connaître?
- e) Quelles sont les stratégies gagnantes à lui enseigner pour favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et minéraux, à partir de vos connaissances et de votre expérience clinique?

## CONCLUSION

Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ou sujets en lien avec l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP qui n'ont pas été soulevés au cours de cette entrevue ?

## **Remerciements**

**ANNEXE VI**  
**ARBRE THÉMATIQUE DE L'ÉTUDE**

## Arbre thématique de l'étude

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes
Définition de la prise régulière de vitamines et de minéraux	Perspectives associées à la prise régulière de vitamines et de minéraux	Perspective de conformité Perspective de participation
	Types de non-adhésion	Prises groupées Oublis Arrêts momentanés Arrêts définitifs
Rôles infirmiers en regard de l'adhésion thérapeutique dans le suivi post-DBP	Rôles en phase d'évaluation	Évaluation de la condition physique Évaluation de la prise de la médication Évaluation des résultats de laboratoire Évaluation des habitudes de vie
	Rôles en phase d'intervention	Rôle d'éducation Rôle de pivot Rôle d'accompagnement Rôle de gestion de la médication
Stratégies infirmières favorisant l'adhésion thérapeutique post-DBP	Stratégies de soutien à l'autogestion efficace de la médication	Interventions facilitant la prise de la médication Interventions facilitant la gestion de la médication
	Stratégies visant la responsabilisation du patient	Interventions incitatives Interventions dissuasives
Facteurs d'influence des rôles et des stratégies infirmières ayant un impact sur l'adhésion thérapeutique	Facteurs organisationnels (mésosystème)	Modes de suivi à la clinique externe Taille de la cohorte Contexte dans lequel est fait l'enseignement préopératoire
	Facteurs professionnels (microsystème)	Formation spécifique à la chirurgie bariatrique Compétences professionnelles Collaboration interprofessionnelle Méthodes pour développer des interventions
	Facteurs personnels (ontosystème)	Caractéristiques du patient Histoire personnelle Environnement socioéconomique Compréhension du patient Compréhension et implication des proches

**ANNEXE VII**  
**APPROBATION DU PROJET PAR LES COMITÉS D'ÉTHIQUE**  
**À LA RECHERCHE**



APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE 

**Titre: Rôles et stratégies des infirmières pour favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les personnes ayant subi une dérivation bilio-pancréatique : une étude qualitative exploratoire. ;Rôles et stratégies des infirmières pour favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les personnes ayant subi une dérivation bilio-pancréatique : une étude qualitative exploratoire.**

**Protocole: version 2014-12-18 datée du [18 décembre 2014](#)**

**Chercheur principal:**[Simon Marceau](#)

**Chercheurs secondaires:** Hélène Sylvain; Lily Lessard;

**Numéro:** [2015-2443, 21154](#)

En date du 20 décembre 2014, le chercheur principal, docteur Simon Marceau, demande l'approbation du Comité d'éthique de la recherche  pour le protocole précité afin de réaliser une étude auprès des infirmières oeuvrant auprès de la clientèle bariatrique plus précisément au suivi postopératoire à la clinique externe de chirurgie bariatrique.

Ce projet vise à préciser la définition de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP, selon la perspective des infirmières travaillant au suivi postopératoire, à décrire le rôle infirmier en regard de l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP, selon la perspective des infirmières et à identifier les stratégies déployées par les infirmières travaillant au suivi postopératoire visant à favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les patients ayant subi une DBP.

Le protocole a été évalué et approuvé par le comité de révision scientifique, axe [obésité-métabolisme](#), lettre datée du 15 janvier 2015.

Nous accusons réception des documents suivants :

- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche (formulaire 11) daté du 14 janvier 2015
- Protocole, version datée du 18 décembre 2014
- Document de convenance, démontrant l'appui de la Direction des soins infirmiers
- Document de budget
- Document concernant les démarches auprès d'autres CÉR, note datée du 12 décembre 2014
- Contenu du message utilisé pour le recrutement des infirmières
- Questionnaire sociodémographique, version datée du 7 janvier 2015
- Guide d'entrevue individuelle, document non daté
- Formulaire d'information et de consentement, version datée du 23 décembre 2014

Ces documents ont été évalués en comité restreint, en date du 30 janvier 2015.



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉTUDIANT

Titulaire (s) du projet :	Nathalie Chouinard
Nom du programme :	Maîtrise en sciences infirmières
Nom de la directrice :	Lily Lessard
Titre du projet :	Rôles et stratégies des infirmières pour favoriser l'adhésion à la prise de vitamines et de minéraux chez les personnes ayant subi une dérivation bilio-pancréatique : une étude qualitative exploratoire.
Commentaires :	

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec le titulaire du certificat, que les êtres humains, sujets d'expérimentation, pour ce projet seront traités conformément aux principes **de l'Énoncé de politique des trois Conseils** : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi que les normes et principes en vigueur de la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

#### Réservé au CÉR

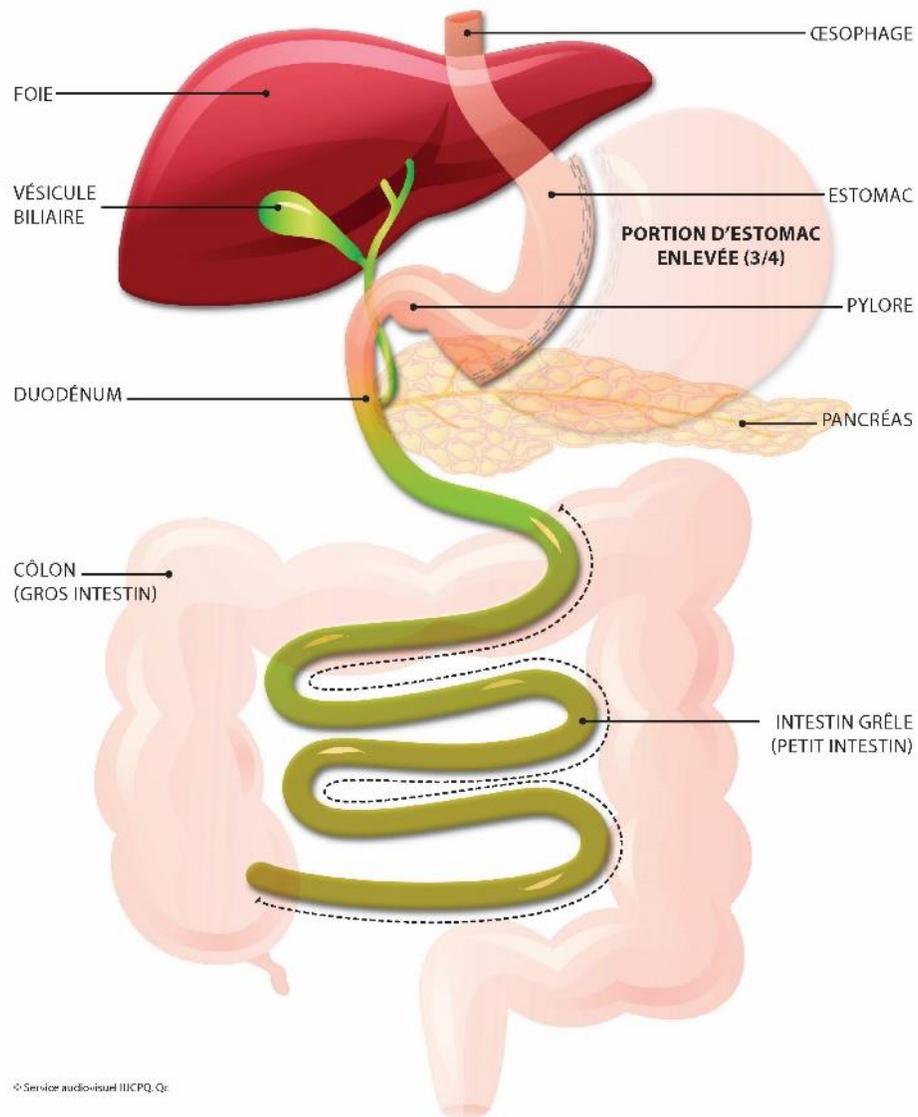
N° de certificat :	CÉR-84-567
Période de validité du certificat:	Du 4 février 2015 au 3 février 2016

Michel Bélanger, président du CÉR-UQAR

Date de la réunion : Sur courriel

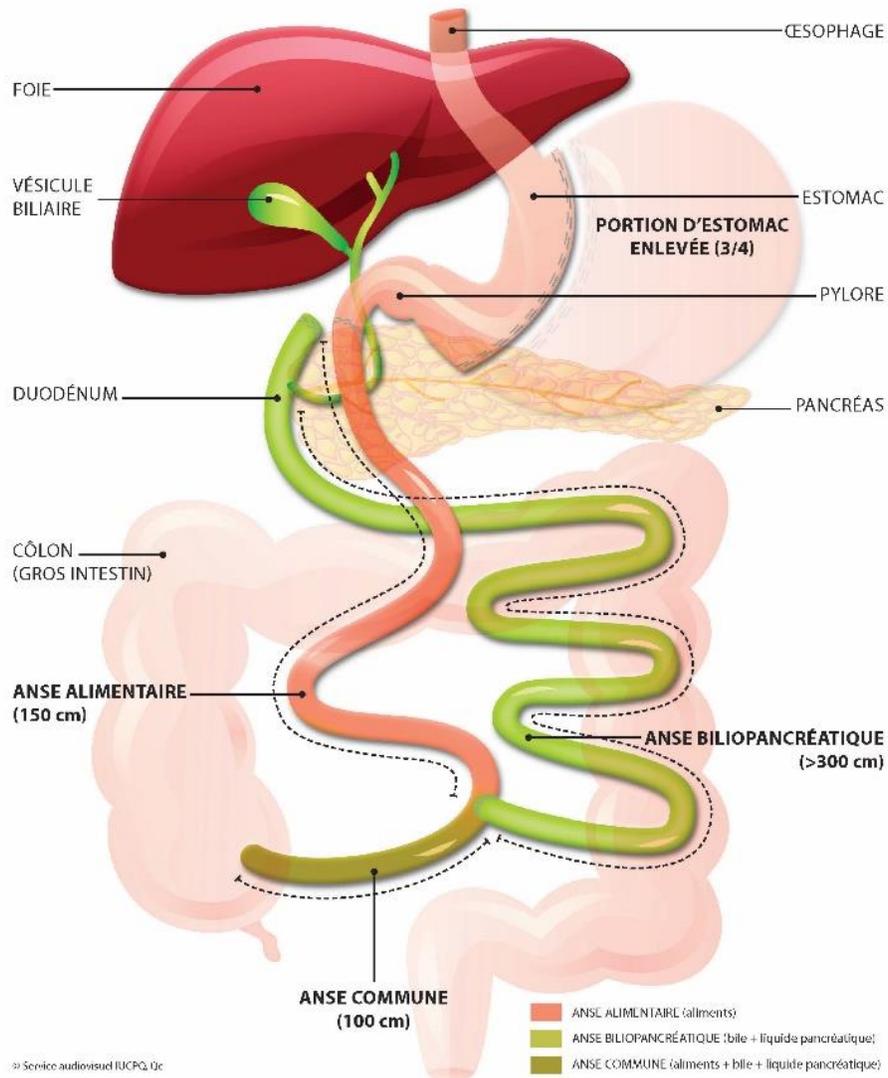
**ANNEXE VIII**  
**GASTRECTOMIE PARIÉTALE**

## GASTRECTOMIE PARIÉTALE



**ANNEXE IX**  
**DÉRIVATION BILIOPANCRÉATIQUE**

## DÉRIVATION BILIOPANCRÉATIQUE



© Service audiovisuel [REDACTED] (2018). Reproduit avec permission.

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada, & Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011). *Obésité au Canada*. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf>
- Ahmad, D. S., Esmadi, M., & Hammad, H. (2012). Malnutrition secondary to non-compliance with vitamin and mineral supplements after gastric bypass surgery: What can we do about it? *Am J Case Rep*, *13*, 209-213. doi: 10.12659/AJCR.883335
- Armstrong, S. N., Anderson, M., Tran Le, E., & Nguyen, L. H. (2009). Application of the Health Belief Model to Bariatric Surgery. *Gastroenterology Nursing*, *32*(3), 171-178. doi: 10.1097/SGA.0b013e3181a7cf5a
- Basdevant, A. (2013). *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé 2ème Partie : Mesures concernant la Prise en charge des maladies liées à la nutrition*. (pp. 20). Paris, France: Université Pierre et Marie Curie. Repéré à [http://www.fhp-sr.fr/sites/default/files/rapport\\_basdevant\\_15\\_11\\_2013\\_maladiesnutritionnelles.pdf](http://www.fhp-sr.fr/sites/default/files/rapport_basdevant_15_11_2013_maladiesnutritionnelles.pdf)
- Berben, L., Dobbels, F., Engberg, S., Hill, M. N., & De Geest, S. (2012). An Ecological Perspective on Medication Adherence. *Western Journal of Nursing Research*, *34*(5), 635-653. doi: 10.1177/0193945911434518
- Berben, L., Dobbels, F., Kugler, C., Russell, C. L., & De Geest, S. (2011). Interventions Used by Health Care Professionals to Enhance Medication Adherence in Transplant Patients: A Survey of Current Clinical Practice. *Progress in Transplantation*, *31*(4), 322-331. doi: 10.1177/152692481102100412
- Blackell, B. (1992). Compliance. *Psychother Psychosom*, *58*, 161-169.
- Bloomberg, R. D., Fleishman, A., Nalle, J. E., Herron, D. M., & Kini, S. (2005). Nutritional Deficiencies following Bariatric Surgery: What Have We Learned? *Obesity Surgery*, *15*(2), 145-154. doi: 10.1381/0960892053268264

- Brolin, R. E., Gorman, J., Gorman, R., Petschenik, A., Bradley, L., Kenler, H., & Cody, R. (1998). Are vitamin B12 and folate deficiency clinically important after roux-en-Y gastric by pass? *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2(5), 436-442. doi: 10.1016/S1091-255X(98)80034-6
- Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric Surgery A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 292(14), 1724-1737. doi: 10.1001/jama.292.14.1724
- Byrne, M. K., Deane, F. P., & Coombs, T. (2005). Nurse's beliefs and knowledge about medications are associated with their difficulties using patient treatment adherence strategies. *Journal of Mental Health*, 14(5), 513-521. doi: 10.1080/09638230500271378
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziades, J., Paré, L., ... Museaux, A. (2014). Continuum de pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux. Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Repéré le 4 décembre 2018, à [http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre\\_a\\_ouils/CONTINUUM\\_v15\\_web\\_1.pdf](http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_ouils/CONTINUUM_v15_web_1.pdf)
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257. doi: 10.2105/AJPH.90.2.251
- Chan, L.-N., Zheng, Q., & Colovos, T. (2015). Assessing Micronutrient Adherence after Bariatric Surgery: An Exploratory Study. *J Obes Bariatrics*, 2(2). doi: 10.13188/2377-9284.1000016
- Chang, S.-H., Stoll, C. R. T., & Colditz, G. A. (2011). Cost-effectiveness of bariatric surgery: Should it be universally available? *Maturitas*, 69(3), 230-238. doi: 10.1016/j.maturitas.2011.04.007
- Charras, L., Becouarn, G., Topart, P., & Ritz, P. (2011). Facteurs d'adhésion thérapeutique aux suppléments vitaminiques après chirurgie bariatrique. *obes*, 6(3), 177-181. doi: 10.1007/s11690-011-0286-5

- Christou, N. V., Sampalis, J. S., Liberman, M., Look, D., Auger, S., McLean, A. P. H., & MacLean, L. D. (2004). Surgery Decreases Long-term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients. *Ann Surg*, *240*(3), 416-424. doi: 10.1097/01.sla.0000137343.63376.19
- Ciangura, C., & Corigliano, N. (2012). Chirurgie de l'obésité et ses complications. *La Revue de Médecine Interne*, *33*(6), 318-327. doi: 10.1016/j.revmed.2011.12.008
- Clegg, A. J., Colquitt, J., Sidhu, M., Royle, P., & Walker, A. (2003). Clinical and cost effectiveness of surgery for morbid obesity: a systematic review and economic evaluation. *International Journal of Obesity*, *27*, 1167-1177. doi: 10.1038/sj.ijo.0802394
- Colman, R., Dodds, C., & Wilson, J. (2000). *Cost of obesity in Quebec*. QC: Genuine Progress Index for Atlantic Canada. Repéré à <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/obesity/que-obesity.pdf>
- Colquitt, J., Picot, J., Loveman, E., & AJ, C. (2009). Surgery for obesity (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 137. doi: 10.1002/14651858.CD003641.pub3.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Ruppert, T. M., Mehr, D. R., & Russell, C. L. (2009). Interventions to Improve Medication Adherence Among Older Adults: Meta-Analysis of Adherence Outcomes Among Randomized Controlled Trials. *The Gerontologist*, *49*(4), 447-462. doi: 10.1093/geront/gnp037
- Cooper, P., Brearley, L., Jamieson, A., & Ball, M. (1999). Nutritional consequences of modified vertical gastropasty in obese subjects. *international journal of obesity*, *23*, 382-388. doi: 10.1038/sj.ijo.0800830
- Cornier, M.-A., Després, J.-P., Davis, N., Grossniklaus, D. A., Klein, S., Lamarche, B., ... Poirier, P. (2011). Assessing Adiposity A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, *124*(18), 1996-2019. doi: 10.1161/CIR.0b013e318233bc6a
- Cossette, S. (2010). De la recherche exploratoire à la recherche appliquée en sciences infirmières: complémentarités et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, *102*(3), 73-82. doi: 10.3917/rsi.102.0073

- Cottin, Y., Lorgis, L., Gudjoncik, A., Buffet, P., Brulliard, C., Hachet, O., ... Zeller, M. (2012). Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 4(4), 291-298.
- Dagan, S. S., Keidar, A., Raziell, A., Sakran, N., Goitein, D., Shibolet, O., & Zelber-Sagi, S. (2017). Do Bariatric Patients Follow Dietary and Lifestyle Recommendations during the First Postoperative Year? *Obesity Surgery*, 27(9), 2258-2271. doi: 10.1007/s11695-017-2633-6
- Dallaire, C., & Toupin, I. (2008). Les théories à spectre modéré, les théories propres aux situations et les interventions infirmières. Dans *Le savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 239-264). Montréal: Éditions de la Chenelière inc.
- Delon, S. (1997). *Concept du rôle propre infirmier*. (Mémoire de Maitrise). École des Cadres - Centre hospitalier Mazamet, Paris, France. Repéré à <http://papidoc.chic-cm.fr/544rolepropinfirm.html>
- Dorman, R. B., Rasmus, N. F., al-Haddad, B. J. S., Serrot, F. J., Slusarek, B. M., Sampson, B. K., ... Ikramuddin, S. (2012). Benefits and complications of the duodenal switch/biliopancreatic diversion compared to the Roux-en-Y gastric bypass. *Science Direct*, 152(4), 758-767. doi: 10.1016/j.surg.2012.07.023
- Ekman, I., Schaufelberger, M., Kjellgren, K. I., Swedberg, K., & Granger, B. B. (2007). Standard medication information is not enough: poor concordance of patient and nurse perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 181-186. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04397.x
- Ernst, B., Thurnheer, M., Schmid, S. M., & Schultes, B. (2009). Evidence for the Necessity to Systematically Assess Micronutrient Status Prior to Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 19(1), 66-73. doi: 10.1007/s11695-008-9545-4
- Fletcher, J., Hogg, W., Farrell, B., Woodend, K., Dahrouge, S., Lemelin, J., & Dalziel, W. (2012). Effect of nurse practitioner and pharmacist counseling on inappropriate medication use in family practice. *Canadian Family Physician*, 58(8), 862-868.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche Méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> éd.). Saint-Laurent, QC: Chenelière Éducation.

- Giroux, I. (2010). Chirurgie bariatrique : que doit savoir un pharmacien? *Pharmactuel*, 43(1), 25-38.
- Gouvernement du Québec. (2018). Dossier santé Québec. Repéré le 4 décembre 2018, à <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec>
- Guénette, L., Moisan, J., & Guillaumie, L. (2011). L'adhésion au traitement médicamenteux Concepts et moyens pour la maintenir ou l'améliorer. *L'Actualité Pharmaceutique*, 1-4.
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Laird Birmingham, C., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9(88), 1-20. doi: 10.1186/1471-2458-9-88
- Haslam, D. W., Waine, C., & Leeds, A. R. (2009, June 2010). Medical Management During Effective Weight-loss. Repéré à <http://www.nationalobesityforum.org.uk/images/stories/documents/NOF-Medical-management.pdf>
- Hassen-Khodja, R., & Lance, J.-M. R. (2005). Le traitement chirurgical de l'obésité morbide Mise à jour. Repéré le avril, à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Obesite/2005\\_04\\_fr.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Obesite/2005_04_fr.pdf)
- Haynes, R., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.
- Hillsdon, M., Foster, C., Cavill, N., Crombie, H., & Naidoo, B. (2005). *The Effectiveness Of Public Health Interventions For Increasing Physical Activity Among Adults: A Review Of Reviews. Evidence Briefing* (2). London, UK: Health Development Agency.
- Hng, K. N., & Ang, Y. S. (2012). Overview of bariatric surgery for the physician. *Clin Med*, 12(5), 435-440. doi: 10.7861/clinmedicine.12-5-435
- Hood, M. M., Corsica, J., Bradley, L., Wilson, R., Chirinos, D. A., & Vivo, A. (2016). Managing severe obesity: understanding and improving treatment adherence in bariatric surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 1092-1103. doi: 10.1007/s10865-016-9772-4

- Institut national de santé publique du Québec. (2012). Littératie en santé: compétences, groupes cibles et facteurs favorables. Repéré le 7 décembre 2018, à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202-35.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques: des clefs pour relever les défis du XXI siècle. Repéré le 7 décembre 2018, à [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/alphabetisation-litteratie/peica.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/alphabetisation-litteratie/peica.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec. (2019). *L'obésité au Québec: ralentissement de l'augmentation, mais inégalités socio-économiques*. Gouvernement du Québec,. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/santescope/analyses/obesite>
- Keleher, H., Parker, R., Abdulwadud, O., & Francis, K. (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 16-24. doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.01726.x
- Lagger, G., Pataky, Z., & Golay, A. (2009). Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Rev Med Suisse*, 5, 688-690.
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(1), 31-34. doi: RMR-02-2005-22-1-0761-8425-101019-200512218
- Lefebvre, H., Roy, O., Sahtali, S., & Rothan-Tondeur, M. (2013). Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques. *Recherche en soins infirmiers*, 114(3), 31-45. doi: 10.3917/rsi.114.0031
- Letourneau, J., & Brisson, M. (2017, 2017). Pratique professionnelle. Évaluation clinique : cet incontournable. Repéré le 25 octobre, à <https://www.oiiq.org/1-evaluation-clinique-cet-incontournable>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Californie, ÉU: SAGE Publication Inc.
- Lizer, M. H., Papageorgeon, H., & Glembot, T. M. (2010). Nutritional and Pharmacologic Challenges in the Bariatric Surgery Patient. *Obesity Surgery*, 20(12), 1654-1659. doi: 10.1007/s11695-009-0050-1

- Loiselle, C. G., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, QC: Éditions du Renouveau pédagogique.
- Longpré, S., Leclerc, A.-M., & Cloutier, L. (2013). Traitement pharmacologique de l'HTA partie 3. *Pratique infirmière*, 10(3), 45-51.
- Marceau, P., & Biron, S. (1999). *Le traitement chirurgical de l'obésité (2)*. Québec, CA: Septentrion.
- Martin, J., Paquette, C., Marceau, S., Hould, F.-S., Lebel, S., Simard, S., ... Poirier, P. (2011). Impact of Orlistat-Induced Weight Loss on Diastolic Function and Heart Rate Variability in Severely Obese Subjects with Diabetes. *Journal of Obesity*, 1-8. doi: 10.1155/2011/394658
- McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, B. (2002). Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. *JAMA*, 288(22), 2868-2879. doi: 10.1001/jama.288.22.2868
- McKee, J. S., & Tassinari, S. (2006). Nutrition in Bariatric Surgery: The Role of Nursing in Reducing Liability. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 17(1), 7-11.
- Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., ... Brethauer, S. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 9, 159-191. doi: 10.1016/j.soard.2012.12.010
- Mével, K. (2015). Chirurgie bariatrique et éducation thérapeutique du patient. *La revue de l'infirmière*, 64(215), 38-40. doi: 10.1016/j.revinf.2015.09.011
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2009). *L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec - Plan d'action*. Montréal, QC: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Modi, A. C., Zeller, M. H., Xanthakos, S. A., Jenkins, T. M., & Inge, T. H. (2012). Adherence to vitamin supplementation following adolescent bariatric surgery. *Obesity*, 21(3), 190-195. doi: 10.1002/oby.20031

- Monteforte, M. J., & Turkelson, C. M. (2000). Bariatric Surgery for Morbid Obesity. *Obesity Surgery*, 10(5), 391-401. doi: 10.1381/096089200321594246
- Morin, M. (Éd.). (2001). *De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales*. Paris, France: Agence nationale de recherches sur le sida - Collection sciences sociales et sida.
- Moroshko, I., Brennan, L., & O'Brien, P. (2012). Predictors of Attrition in Bariatric Aftercare: A Systematic Review of the Literature. *Obesity Surgery*, 22(10), 1640-1647. doi: 10.1007/s11695-012-0691-3
- Munro Cohen, S. (2009). Concept Analysis of Adherence in the Context of Cardiovascular Risk Reduction. *Nursing Forum*, 44(1), 25-36. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00124.x
- Munzenberger, N., Souville, M., Morin, M., & Moatti, J.-P. (1996). *Approche psychosociale de l'observance thérapeutique et de l'adhérence aux essais cliniques chez les patients infectés par le VIH*. Paris, France: ANRS.
- Noria, S. F., & Grantcharov, T. (2013). Biological effects of bariatric surgery on obesity-related comorbidities. *Can J Surg*, 55(1), 47-57. doi: 10.1503/cjs.036111
- Obésité Canada. (2018). Impacts de l'obésité sur la santé. Repéré le 21 octobre, à <https://obesitycanada.ca/fr/comprendre-lobesite/impacts-de-lobesite-sur-la-sante/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière*. (2010 Éd.). QC. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS_doc.pdf)
- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (2003). *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale Rapport d'une consultation de l'OMS (Genève, Suisse)*. OMS, Série de Rapports Techniques. Singapour, . Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42734/WHO\\_TRS\\_894\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42734/WHO_TRS_894_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (2006). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. (pp. 183). Suisse. Repéré à [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/062047\\_OMS\\_Rap\\_NMH.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/062047_OMS_Rap_NMH.pdf?ua=1)

- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (2017, Mai 2017). 10 faits sur l'obésité. Repéré le 23 juin, à <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>
- Organisation Mondiale de la santé (OMS). (2018, 16 février 2018). Obésité et surpoids. Repéré le 23 juin, à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *N Engl J Med*, 353, 487-497. doi: 10.1056/NEJMra050100
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3). Paris, France: Armand Colin La collection U.
- Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>e</sup>). Montréal : Chenelière Education.
- Pépin, J., Larue, C., Allard, É., & Ha, L. (2015). *La discipline infirmière: une contribution décisive aux enjeux de santé*. Montréal: Université de Montréal.
- Peterson, A., Takiya, L., & Finley, R. (2003). Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 60(7), 657-665. doi: 10.1177/0193945911434518
- Picot, J., Jones, J., Colquitt, J. L., Gospodarevskaya, E., Loveman, E., Baxter, L., & Clegg, A. J. (2009). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bariatric (weight loss) surgery for obesity: a systematic review and economic evaluation. *Health technology assessment*, 13(41), 1-214. doi: 10.3310/hta13410
- Poirier, P., Cornier, M.-A., Mazzone, T., Stiles, S., Cummings, S., Klein, S., ... Franklin, B. A. (2011). Bariatric Surgery and Cardiovascular Risk Factors A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 123(15), 1638-1701. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182149099
- Poitras, M.-E., Chouinard, M.-C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC Nursing*, 15(31), 1-15. doi: 10.1186/s12912-016-0154-6

- Quilliot, D., Brunaud, L., Reibel, N., & Ziegler, O. (2008). Comment repérer et traiter les carences en vitamines, minéraux et oligoéléments. *Obésité*, 2(4), 312-317. doi: 10.1007/s11690-007-0087-z
- Reach, G. (2006). La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine*, 2(9), 411-415. doi: 10.1684/med.2006.0033
- Reedy, S., & Blum, K. (2010). Applying Middle-Range Nursing Theory to Bariatric Surgery Patients: Experiencing Transitions. *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 5(1), 35-43. doi: 10.1089/bar.2009.9940
- Rickers, L., & McSherry, C. (2012). Bariatric surgery: nutritional considerations for patients. *Nursing Standard*, 26(49), 41-48. doi: 10.7748/ns2012.08.26.49.41.c9235
- Rippe, J. M., McInnis, K. J., & Melanson, K. J. (2001). Physician Involvement in the Management of Obesity as a Primary Medical Condition. *Obesity Research*, 9(S11), 302-311. doi: 10.1038/oby.2001.135
- Rootman, I. (2007, 22 novembre). *Apprentissage et la santé Centre du savoir Littératie en santé et santé publique*. Communication présentée au 11ème Journées annuelles de santé publique (JASP), Montréal, QC. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2007/8h30\\_Rootman.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2007/8h30_Rootman.pdf)
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16(2), 1-8. doi: 10.1097/00012272-199312000-00002
- Santé Canada. (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-179-2003F.pdf>
- Schiavo, L., Scalera, G., Pilone, V., De Sena, G., Ciorra, F. R., & Barbarisi, A. (2016). Patient adherence in following a prescribed diet and micronutrient supplements after laparoscopic sleeve gastrectomy: our experience during 1 year of follow-up. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(1), 98-104. doi: 10.1111/jhn.12427
- Schlienger, J.-L., Luca, F., Vinzio, F., & Pradignac, A. (2009). Obésité et cancer. *La Revue de Médecine Interne*, 30(9), 776-782. doi: 10.1016/j.revmed.2009.04.007

- Sheppard, C. E., Lester, E. L. W., Chuck, A. W., Birch, D. W., Karmali, S., & de Gara, C. J. (2013). The Economic Impact of Weight Regain. *Gastroenterology Research and Practice*, 9, 1-10. doi: 10.1155/2013/379564
- Shields, M., Carroll, M. D., & Ogden, C. L. (2011). *Adult Obesity Prevalence in Canada and the United States*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. U. S. D. o. H. H. Services. Repéré à <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db56.pdf>
- Statistique Canada. (2014, 27 novembre 2015). Embonpoint et obésité chez les adultes (mesures autodéclarées). Repéré le 23 juin, à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2015001/article/14185-fra.htm>
- Stubblefield, C., & Mutha, S. (2002). Provider-Patient Roles in Chronic Disease Management. *J Allied Health*, 31(2), 87-92.
- Sturm, R. (2003). Increases in Clinically Severe Obesity in the United States, 1986-2000. *JAMA Internal Medicine*, 163(18), 2136-2148. doi: 10.1001/archinte.163.18.2146
- Sunil, S., Santiago, V. A., Gougeon, L., Warwick, K., Okrainec, A., Hawa, R., & Sockalingam, S. (2017). Predictors of Vitamin Adherence After Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 27(2), 416-423. doi: 10.1007/s11695-016-2306-x
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Sylvain, H., & Rioux, H. (2004). Le concept de l'observance, analyse et exemple : l'observance à la contraception orale. *Recherche en soins infirmiers*, 77, 20-28.
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Psychologie clinique*, 13(1), 1-19. doi: 10.1016/j.prps.2006.09.005
- Thereaux, J., Lesuffleur, T., Païta, M., Czernichow, S., Basdevant, A., Msika, S., ... Fagot-Campagna, A. (2017). Long-term follow-up after bariatric surgery in a national cohort. *BJS*, 104(10), 1362-1371. doi: 10.1002/bjs.10557
- Tremblay, A. (2010). *Prenez le contrôle de votre appétit... et de votre poids* (4). Montreal, QC: Les Éditions de l'Homme.

- Turgeon, N. (2005). *Obésité et chirurgie*. Québec, CA: Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ).
- Turgeon, N., & Boutin, H. (2012). *Guide d'aide à la décision: programme de chirurgie bariatrique*. (pp. 62). Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.
- Turgeon, N., St-Pierre, M.-C., Camiré, M., Marcoux, A., Lacombe, V., Lemelin, M., ... Vadeboncoeur, N. (2017). *Obésité et chirurgie : le guide de l'utilisateur (5)*. Québec, CA: Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ).
- Van Camp, Y. P., Van Rompaey, B., & Elseviers, M. M. (2013). Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *69*(4), 761-770. doi: 10.1007/s00228-012-1419-y
- Vandel, P. (2007). Observance. *L'Encéphale*, *33*(3), S399-S401.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, *26*(5), 331-342. doi: 10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- Williams, A., Manias, E., & Walker, R. (2008). Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *63*(2), 132-143. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04656.x
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). L'évaluation et l'intervention: tour d'horizon. Dans *L'infirmière et la famille (4<sup>e</sup>)*. Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique inc.
- Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B., Calvar, R., Sanguignol, F., Avignon, A., & Basdevant, A. (2014). Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*, *9*(4), 302-328. doi: 10.1007/s11690-014-0466-1
- Zolfaghari, M., Mousavifar, S. A., Pedram, S., & Haghani, H. (2012). The impact of nurse short message services and telephone follow-ups on diabetic adherence: which one is more effective? *Journal of Clinical Nursing*, *21*(11-12), 1781-1781. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03951.x

Zolnierak Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

