

*Les interventions infirmières de type
éducatif permettant d'améliorer
l'observance médicamenteuse des adultes
souffrant de diabète de type 2 :
Une revue de littérature étoffée*

Travail de Bachelor

Par
Vanessa Defferrard
Promotion 2009-2012

Sous la direction de : Ruth Lötscher

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 8 octobre 2012

Résumé

De plus en plus de personnes à travers le monde sont touchées par le diabète de type 2, maladie chronique entraînant de graves complications. Les médicaments permettent de maintenir un bon contrôle glycémique réduisant le risque de complications. Cependant, les taux d'observance sont relativement bas, ce qui constitue un défi majeur de santé publique (Sauvanet, 2005).

Buts : L'intention de cette revue est de mettre en évidence les interventions infirmières efficaces de type éducationnel pouvant améliorer l'observance médicamenteuse chez les adultes atteints de diabète de type 2.

Méthode : Cette revue de littérature étoffée a été réalisée de Mars 2011 à Septembre 2012. Les recherches ont été effectuées sur la banque de données de Pubmed. 10 articles, sélectionnés à l'aide de mots-clés, ont été synthétisés et analysés sous forme de grilles pour mettre en évidence les résultats.

Population : Les adultes souffrant d'un diabète de type 2, traités par antidiabétiques oraux.

Résultats : Deux grandes catégories d'interventions infirmières de type éducationnel ont pu être ressorties : l'éducation individuelle et l'éducation en groupe. L'éducation individuelle est divisée en quatre groupes : l'éducation axée sur l'autogestion, la télémédecine, l'entretien motivationnel et l'intégration du traitement de la dépression avec la gestion du diabète.

Discussion/conclusion : Les résultats ont été mis en lien avec les concepts de l'observance, de l'éducation thérapeutique, du diabète et la théorie du changement de Prochaska et di Clemente. Certaines interventions semblent efficaces pour améliorer l'observance médicamenteuse alors que d'autres montrent des résultats plus mitigés quant à leur efficacité. Il en ressort que les infirmières doivent combiner les différents types d'interventions. Les interventions doivent être variées, adaptées au patient et sur un long terme.

Mots-clés : Diabetes mellitus, type 2, medication adherence, Patient Education as Topic.

Remerciements

Je tiens à remercier Madame Ruth Lötscher, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce Travail de Bachelor.

Je remercie également Sipra Valterio et Claudine Francey pour la relecture attentionnée de ce travail.

Un tout grand merci à ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Table des matières

1.	Introduction	7
2.	Cadre de Référence	9
2.1	Maladies Chroniques	9
2.2	Le diabète	9
2.2.1	Généralités	9
2.2.2	Le diabète de type 2	10
2.3	Observance/non-observance	10
2.4	Education thérapeutique :	16
2.5	Modèle Transthéorique du changement de Prochaska et di Clemente	20
3.	Problématique	21
3.1	Non-observance : généralités	21
3.2	Non-observance et diabète de type 2	22
3.3	Question de recherche	26
4.	Méthode	27
4.1	Devis de recherche	27
4.2	Étapes de la réalisation de la revue de littérature étoffée	28
4.3	Critères de sélection	29
4.3.1	Critères d'inclusion et critères d'exclusion	29
4.3.2	PICO	29
4.4	Stratégies de recherche	30
4.4.1	Stratégie 1	31

4.4.2	Stratégie 2	31
4.4.3	Stratégie 3	32
4.4.4	Stratégie 4	32
4.4.5	Stratégie 5	33
4.4.6	Stratégie 6	33
4.4.7	Stratégie 7	34
4.4.8	Stratégie 8	35
4.4.9	Stratégie 9	35
5.	Résultats	36
5.1	Regard critique des recherches scientifiques sélectionnées	36
5.2	Les principaux résultats issus des recherches sélectionnées	40
5.2.1	L'éducation individuelle	40
5.2.1.1	Éducation à l'autogestion du diabète	41
5.2.1.2	Programme axé sur la gestion du diabète et de la dépression	42
5.2.1.3	Entretien motivationnel	43
5.2.1.4	Télémédecine	43
5.2.2	Éducation en groupe	45
6.	Discussion	49
6.1	Discussion des résultats	49
6.1.1	L'éducation individuelle	49
6.1.2	L'éducation en groupe	56
6.2	Implications pour la pratique infirmière	59

6.3	Limites de la revue de la littérature étoffée	61
6.4	Besoins en recherches ultérieures	62
7.	Conclusion	64
8.	Bibliographie	65
9.	Annexes	74
9.1	Annexe A : Déclaration d'authenticité	74
9.2	Annexe B : La roue du changement de Prochaska et di Clemente.....	75
9.3	Annexe C : Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche quantitative	76
9.4	Annexe D : Grilles d'analyse des articles scientifiques	78

1. Introduction

Le diabète de type 2 est une maladie chronique dont le nombre de personnes atteintes augmente continuellement dans le monde (Vermeire, Wens, Van Royen, Biot, Hearnshaw & Lindenmeyer, 2009). Selon l'Association Suisse du Diabète (2011), environ 350'000 de personnes sont atteintes de diabète en Suisse et environ 366 millions dans le monde. Il est estimé qu'en 2030, le diabète touchera 552 millions de personnes à travers le monde (Fédération Internationale du diabète (2011) cité par l'Association Suisse du diabète, 2011). 90 à 95% des cas sont concernés par le diabète de type 2 (Bailey & Kodack, 2011). Cette augmentation est le résultat du vieillissement de la population, la sédentarité, la prévalence de l'obésité ainsi que d'une mauvaise alimentation (Sabaté, 2003).

Le diabète provoque un certain nombre de complications graves dont le risque peut être réduit par le maintien d'un bon contrôle glycémique. L'usage de médicaments tels que des antidiabétiques oraux est nécessaire. Cependant, cela demande un certain degré d'observance de la part des patients. Il est reconnu que les taux d'observance sont relativement bas. La non-observance est considéré comme un problème majeur dans les soins (Vermeire et al., 2009). Cela amène des conséquences autant médicales qu'économiques. Il est alors urgent d'améliorer les taux d'observance, ce qui représente un défi majeur (Sauvanet, 2005). L'OMS, citée par Reach (2006) déclare même que « résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès biomédical » (p.4).

L'éducation thérapeutique semble alors être l'un des éléments clés pour parvenir à cette amélioration. Elle est d'ailleurs essentielle dans la prise en charge du diabète de type 2 (Mosnier-Pudar cité par Sauvanet, 2010). Elle permet aux patients d'acquérir non seulement des connaissances et des compétences pour la gestion de leur diabète, mais également la capacité de changement de comportement (Tiv et al., 2012), changement important pour l'amélioration des taux d'observance. Il est alors important de mettre en évidence les interventions infirmières efficaces de type éducationnel pour

améliorer l'observance médicamenteuse chez les personnes souffrant d'un diabète de type 2.

Cette revue de littérature étoffée permet ainsi d'approfondir cette thématique. La revue est divisée en plusieurs parties. La première concerne les différents concepts en lien avec la thématique permettant de mieux la comprendre. La deuxième partie correspond à la problématique qui aboutit à la question de recherche. Ensuite, la méthode utilisée est décrite. La quatrième étape concerne les différents résultats obtenus. La dernière étape correspond à la discussion qui permet de faire émerger des perspectives futures et des implications pour la recherche et la pratique infirmière.

2. Cadre de Référence

Ce chapitre traite des différents concepts et cadres théoriques en lien avec la thématique de cette revue afin d'en avoir une meilleure compréhension. Le cadre de référence servira également de support pour la discussion des résultats (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

2.1 Maladies Chroniques

Selon l'OMS (2003), les maladies chroniques se définissent comme :

Les maladies qui ont une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : elles sont permanentes, laissent des incapacités/handicaps résiduels, sont causées par des altérations pathologiques irréversibles, demandent un entraînement spécial au patient pour sa réadaptation ou nécessitent une longue période de surveillance, d'observation ou de soins. (p. 4)

En principe, ces maladies évoluent lentement et sont, par conséquent, des affections de longue durée (OMS, 2011). Les maladies chroniques, telles que les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, le diabète,..., sont la toute première cause de mortalité dans le monde. En effet, celles-ci sont responsables de 60 % des décès (OMS, ibid.) et près de la moitié de ces décès surviennent avant 70 ans (OMS, 2005).

2.2 Le diabète

2.2.1 Généralités

Le diabète est une maladie chronique se caractérisant par une hyperglycémie (taux de sucre dans le sang anormalement élevé) (Brunner & Suddarth, 2006). Cette maladie est le résultat d'un manque total ou relatif d'insuline ou encore d'une perte de sensibilité des cellules à l'insuline (dans le cas du diabète de type 2). Un traitement permanent est alors nécessaire afin d'éviter les complications du diabète (Chabot & Blanc, 2002).

Le diagnostic du diabète peut être posé lorsque les valeurs obtenues sont supérieures ou égales à 7 mmol/L après deux mesures consécutives de la glycémie à jeun ou lorsque la glycémie postprandiale (2h après la fin d'un repas) est supérieure ou égale à 11.1 mmol/L (Hallouët, 2007). Il est aussi

recherché la présence d'une glycosurie, mécanisme de « trop-plein » (Chabot & Blanc, 2002).

2.2.2 Le diabète de type 2

Le diabète de type 2 ou non insulino-dépendant touche plus fréquemment les personnes de plus de quarante ans présentant des facteurs de risque tels que l'obésité, la sédentarité, des antécédents de diabète dans la famille ainsi qu'une accumulation du tissu adipeux au niveau abdominal (Chabot & Blanc, 2002).

Ce diabète se caractérise par une perte de sensibilité des cellules à l'insuline, qui est encore produite par le pancréas, ainsi que par une insuffisance de la sécrétion d'insuline (Brunner & Suddarth, 2006).

Bien souvent, la maladie est asymptomatique, le diagnostic se faisant parfois par hasard au cours d'un contrôle glycémique de routine ou « par le biais d'une complication chronique d'un diabète non diagnostiqué » (Chabot & Blanc, 2002). Par conséquent, « la maladie peut être diagnostiquée plusieurs années après son apparition, une fois les complications déjà présentes » (OMS, 2011).

Le but du traitement est donc de « stabiliser la glycémie et de prévenir les complications [...] » (Brunner & Suddarth, 2006). Un régime alimentaire, associé ou non à des médicaments oraux (antidiabétiques oraux) ainsi que l'activité physique constituent les principaux piliers du traitement du diabète de type 2. Cependant, dans la majorité des cas de l'insuline sera prescrite tôt ou tard car les cellules pancréatiques sécrétant l'insuline se fatiguent, s'altèrent et finissent par ne plus en produire (Chabot & Blanc, 2002).

2.3 Observance/non-observance

Selon la définition de Haynes (1979) citée par Sabaté (2003), l'observance thérapeutique se définit comme « l'importance avec laquelle le comportement du patient – prendre les médicaments, suivre un régime, et/ou exécuter des changements de mode de vie, coïncide avec les conseils médicaux ou de santé » (p.3) (citation traduite par l'auteure). La non-observance signifie alors l'absence de concordance entre le comportement de la personne et le

traitement prescrit (Carpenito, 2009). Selon Brunner et Suddarth (2006), l'observance correspond au « respect des lignes de conduite ou des recommandations en matière de santé » (p.56). Dans la littérature, nous retrouvons aussi le terme anglo-saxon « compliance », souvent utilisé comme synonyme du terme d'observance (Lamouroux A., Magnan A. & Vervloet D., 2005). Cependant, il faut différencier observance et compliance car selon Sabaté (2003) « la principale différence est que l'observance demande l'accord du patient aux recommandations » (p.4) alors que le terme de « compliance » connote une idée de soumission, de conformité à la thérapeutique prescrite par le médecin (Lamouroux et al., 2005). On retrouve aussi le terme d'adhésion thérapeutique dont l'apparition dans le domaine de la santé est récente (Debout, 2009a). L'adhésion thérapeutique correspond au « degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique » (Lamouroux et al., p. 3, 2005). Afin que l'observance soit optimale, il est nécessaire que « le patient accepte l'idée d'un traitement et qu'il adhère aux recommandations du médecin, d'où l'intérêt de parler d'adhésion thérapeutique [...] » (Lamouroux et al., *ibid.*, p. 3). La définition retenue dans le cadre de ce travail est celle de Haynes (1979) cité par le rapport de l'OMS (2003).

Selon Debout (2009b) « l'observance qualifie un comportement observable, une conduite effective du patient » (p. 208).

C'est un processus évolutif. En effet, le patient va « osciller » entre l'observance et la non-observance (Debout, *ibid.*) car « le degré d'observance est dépendant de la réaction humaine du patient aux événements de vie rencontrés au cours de la trajectoire de sa maladie » (Debout, *ibid.*, p. 209). Berben & De Geest (2012) présentent dans leur article un modèle divisant l'observance en trois phases:

1. L'initiation : lorsque le patient prend la première dose du médicament prescrit.
2. L'exécution : qui correspond à la cohérence en la dose ingérée et la thérapie prescrite.

3. L'arrêt : lorsque le patient cesse de prendre le médicament.

« La persistance désigne l'intervalle de temps entre l'initiation et l'arrêt. L'adhérence se réfère à la fois à la mise en œuvre ainsi qu'à la persistance » (Berben & De Geest, 2012, p. 32) (citation traduite par l'auteure).

Les raisons poussant les patients à être non-observants sont multiples. L'observance du traitement peut être influencée par divers facteurs tels que les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin et l'organisation des soins (Scheen & Giet, 2010).

Pour bien comprendre et décrire ce phénomène complexe, il existe un modèle systémique, le modèle écologique de Bronfenbrenner (1977 et 1980), cité par Berben & De Geest (2012). Le comportement humain, par exemple l'observance médicamenteuse, est affecté par les influences extérieures et les facteurs environnementaux qui jouent alors un rôle important. Le modèle écologique décrit de quelle manière l'observance médicamenteuse est influencée par les différents niveaux de l'environnement. Ceux-ci peuvent être divisés du point de vue du patient, du micro, du meso ainsi que du macro et interagissent ensemble.

- Les facteurs se situant au niveau du patient correspondent aux caractéristiques de l'individu, par exemple sa compréhension de la santé, l'auto-efficacité et les représentations de la personne. « Les caractéristiques du patient, à la fois cognitives, comportementales, sociales et émotionnelles, conditionnent l'observance thérapeutique » (Scheen & Giet, 2010, p. 241). Il faut aussi prendre en compte les connaissances et les croyances du patient qui peuvent jouer un rôle important. Par exemple, le patient peut avoir la conviction que le traitement n'est pas nécessaire ou qu'il est dangereux, il peut aussi avoir une intégration inadéquate des informations véhiculées par les médias (Scheen & Giet, *ibid.*).

Le problème de non-observance touche aussi bien la personne âgée que la personne jeune. Cependant, le problème devient grave et fréquent

chez les personnes âgées à cause de la particularité de la pharmacothérapie dans ce groupe d'âge (problèmes cognitifs et sociales,...) (Scheen & Giet, *ibid.*). Des contraintes socioprofessionnelles peuvent aussi empêcher un bon suivi du traitement, par exemple les horaires de travail (Scheen & Giet, *ibid.*). Un état de précarité sociale peut également expliquer ce phénomène (Reach, 2006). « Le niveau d'anxiété et le statut émotionnel peuvent induire un décalage entre l'information donnée par le prescripteur et celle reçue par le patient, entre cette dernière et celle que le patient intègre et, enfin, entre celle qu'il intègre et celle qu'il va suivre *in fine* » (Scheen & Giet, 2010, p. 241). La dépression et l'anxiété peuvent aussi être associées à un risque important de non-observance (Morin, 2001, p. 9), surtout en cas de maladie chronique.

- Les facteurs se situant au niveau Micro comprennent les relations interpersonnelles avec l'équipe de traitement ainsi que le soutien social fourni par la famille et les proches. Les formes de communication utilisées par les équipes ainsi que la relation soignant-soigné entrent dans ce niveau. Les croyances de l'entourage du patient, jouant également un rôle sur l'observance (Scheen & Giet, 2010), font aussi partie de ce niveau.
- Les facteurs se situant au niveau Meso se réfèrent à des modèles et des processus de travail dans la pratique et les caractéristiques de l'organisation dans laquelle le patient se trouve. Il a été observé que le manque de coordination entre les différents partenaires de santé représentait un obstacle majeur à la bonne observance thérapeutique, par exemple chez les patients atteints de plusieurs pathologies avec des médicaments prescrits par plusieurs médecins (Scheen & Giet, 2010).
- Les facteurs se situant au niveau Macro correspondent aux caractéristiques du système de santé dans lequel le patient vit. Ce niveau comprend les lois locales, étatiques et nationales. Les facteurs liés au système de soins tels que l'accès aux soins et le remboursement

du coût des médicaments ont une grande influence sur l'observance (Berben & De Geest, 2012).

Dans la littérature, il est également dit qu'il faut prendre en compte les caractéristiques de la maladie ainsi que celles du traitement, aspects que le modèle écologique de Bronfenbrenner ne semble pas prendre en compte.

Les caractéristiques de la maladie jouent un rôle sur l'observance thérapeutique. Celle-ci sera bien meilleure si le patient peut en vérifier rapidement les effets bénéfiques, contrairement dans les cas de maladies asymptomatiques (Scheen & Giet, 2010) et de maladies chroniques comme le diabète qui sont plus susceptibles d'être touchées par la non-observance thérapeutique (Reach, 2006). La durée du traitement joue également un rôle important. En effet, il est plus difficile pour un patient atteint d'une maladie chronique de suivre son traitement pour deux raisons essentielles : la lassitude face à la prise quotidienne de médicaments sur un long terme (Scheen & Giet, 2010) et « un manque de perception de l'impact bénéfique du traitement, dont les effets positifs ne se marqueront qu'avec retard alors que les contraintes sont immédiates » (Scheen & Giet, *ibid.*, p. 242).

Il faut aussi prendre en compte les facteurs liés au traitement, car celui-ci influence l'observance du patient (Scheen & Giet, *ibid.*). Selon Morin (2001) « plus un traitement est complexe, long et producteur d'effets indésirables, plus l'inobservance est probable et importante » (p. 8).

Dans leur article, Berben et De Geest (2012) décrivent trois catégories d'interventions efficaces pour améliorer l'observance :

- Les interventions de type informationnel (en individuel ou en groupe)
- Les interventions comportementales / en counseling (conseils, soutien, aide)
- Les interventions basées sur les aspects psycho-socio-affectifs.

En lien avec le concept de l'observance, nous trouvons également un diagnostic infirmier proposant des interventions de soins afin d'améliorer

l'observance. Dans le manuel de diagnostics infirmiers de Carpenito (2009), ce diagnostic est formulé et défini ainsi : Non-observance : « non-concordance entre le comportement de la personne ou de l'aidant naturel et le programme de traitement ou de promotion de la santé, ce dernier ayant été accepté par la personne (ou la famille ou la collectivité) et le professionnel de la santé. En présence d'un accord mutuel, le comportement de la personne ou de l'aidant naturel peut être partiellement conforme ou non conforme au programme et peut compromettre les résultats cliniques escomptés » (p.366). Le manuel de diagnostics infirmiers de Doenges et al. (2007) propose trois axes d'interventions. Dans le premier axe, il s'agit de déterminer les facteurs menant le patient à ne pas être observant. Le deuxième axe consiste en l'élaboration de stratégies visant à améliorer le problème de la non-observance, ceci se faisant en partenariat (l'infirmière aide le patient). Le troisième axe, quant à lui, vise le mieux-être du patient par un enseignement.

Cette non-observance thérapeutique a de nombreuses conséquences médicales et économiques. Au niveau médical, elle peut amener à penser que le traitement n'est plus efficace, ce qui va entraîner parfois des changements inutiles de la dose ou du déroulement du traitement (White-Koning, Bertozzi-Salamon, Vignes & Arnaud, 2007), et peut être responsable de nombreuses complications (Scheen & Giet, 2010). Cette non-observance thérapeutique a aussi un impact important sur le plan pharmaco-économique (Scheen & Giet, *ibid.*). En effet, les complications, les rechutes et les hospitalisations supplémentaires à cause d'accidents provoqués par la non-observance amènent une augmentation des coûts de la santé (Reach, 2006). « Il faut encore ajouter le coût, sans doute considérable, des médicaments achetés (et souvent plus ou moins remboursés), mais non utilisés ou utilisés de façon non optimale » (Scheen & Giet, 2010, p. 243).

L'observance est alors un défi majeur pour la santé publique car celle-ci réduit les facteurs de morbidité et de mortalité (Debout, 2009b). De ce fait, « la recherche d'efficience dans les démarches d'éducation à la santé et d'éducation tend à devenir une priorité » (Debout, *ibid.*, p. 209).

2.4 Education thérapeutique :

L'éducation thérapeutique est un concept récent. Selon Lacroix (2007) « L'éducation thérapeutique s'est progressivement développée depuis une vingtaine d'année » (p.271) et fait partie intégrante de la fonction des soignants (Laboratoire de Didactique et d'Epistémologie des Sciences [LDES], 2008).

L'organisation mondiale de la santé (1998) définit l'éducation thérapeutique comme :

L'éducation thérapeutique du patient doit permettre aux patients d'acquérir et de conserver les compétences les aidant à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique, concernant la maladie et le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. L'éducation thérapeutique vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie (p. 84).

« Le rôle de l'éducation thérapeutique n'est pas seulement de transmettre des connaissances, mais bien d'assurer une modification réelle des comportements des patients qui les rende « responsables de leur traitement » » (Reach, 2006a, p.123).

C'est un enseignement centré sur le malade et sa gestion de la maladie au quotidien, surtout lors de situations de maladies chroniques (Progin, 2009), amenant la mise en place d'un traitement, d'un suivi et des changements de comportements. Des phénomènes adaptatifs importants apparaissent alors, rendant insuffisante la simple prescription médicale. L'éducation thérapeutique est ainsi devenue incontournable (Mosnier-Pudar, 2007) et un élément indispensable pour la prise en charge des maladies chroniques (Lagger, Pataky & Golay, 2009).

Elle permet ainsi au patient de devenir actif dans la prise en charge quotidienne de sa maladie et cela en partenariat avec les soignants (Mosnier-Pudar, 2007). Elle aide le patient « à prendre en charge ses traitements et à prévenir la

survenue de complications évitables, tout en maintenant, voire en améliorant sa qualité de vie » (Mosnier-Pudar, *ibid.*, p.19) et à acquérir une autonomie dans la gestion de sa maladie (Golay, Lager & Giordan, s.d.). Ce processus doit être adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient, faisant partie d'une prise en charge à long terme (Progin, 2009).

L'éducation thérapeutique prend en considération les processus d'adaptation du patient ainsi que ses croyances et représentations face à la maladie et au traitement mais également les besoins des patients et de leurs familles (Progin, *ibid.*). « La mise en pratique à long terme va dépendre de sa « motivation » à se traiter » (Golay et al., s.d, p.1). En effet, selon Golay et al. (s.d.), la motivation est un concept crucial dans les stratégies d'enseignement thérapeutique.

L'éducation thérapeutique nécessite certaines compétences de la part des professionnels de la santé afin d'améliorer la prise en charge des malades (Progin, 2009).

Selon Grimaldi, Simon et Sachon (2009) :

L'éducation thérapeutique, c'est donc d'une part un apprentissage pratique et spécialisé pour l'acquisition de compétences thérapeutiques, et c'est d'autre part une aide au changement de comportement de soin pour atteindre des objectifs personnalisés. Ce n'est pas l'un sans l'autre. Ce n'est ni une simple information, ni une simple formation, ni un simple accompagnement (p.1775).

L'éducation thérapeutique nécessite des techniques de pédagogie, il en existe 4 types, selon Grimaldi, Simon & Sachon (2009) :

- La pédagogie académique qui permet de seulement délivrer des informations. Cette pédagogie est inadaptée à l'éducation thérapeutique.
- La pédagogie comportementale. Apprendre au patient un savoir faire par répétition de gestes, par exemple, est le but visé par ce type de pédagogie. Celle-ci induit uniquement un conditionnement et n'est alors pas adaptée aux changements de comportements.
- La pédagogie de type constructiviste qui vise la mobilisation des connaissances et des affects du patient afin qu'il apprenne à résoudre des problèmes thérapeutiques personnels. Le patient peut ainsi acquérir son autonomie.

- La pédagogie de la liberté qui offre la possibilité au patient de faire ses propres choix par l'instauration d'un climat de confiance et par les réponses à ses questions.

La démarche éducative comprend 4 étapes principales :

1. Le diagnostic éducatif qui consiste en une récolte de données auprès du patient afin de connaître ses besoins, ses connaissances et ses croyances dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé, adapté et réaliste.
2. Le contrat d'éducation. À cette étape, les objectifs sont fixés, ceux-ci ayant été négociés avec le patient.
3. Choix des moyens pédagogiques et relationnels adaptés afin d'atteindre les objectifs fixés.
4. L'évaluation de la démarche afin de vérifier si les objectifs sont atteints (Hustache-Mathieu & Faucher, 2010).

Souvent, les croyances de santé du patient ne sont pas prises en compte et leur importance est sous-estimée par les soignants. Son vécu, ses questions, ses craintes et ses attentes sont parfois oubliés, l'enseignement étant très souvent basé sur des informations intellectuelles et un apprentissage gestuel (Golay et al., s.d.). Golay et al. (s.d.) proposent alors un modèle prenant en compte quatre dimensions permettant d'améliorer les processus d'apprentissage et la motivation du patient. La dimension cognitive est celle sur laquelle le patient s'appuie pour faire des liens entre ses connaissances, confronter son vécu, ses symptômes et chercher des moyens pour comprendre et assimiler. De plus, le changement de comportement sera possible si le patient est touché du point de vue affectif, s'il se sent concerné, s'il y trouve du sens et s'il a confiance en les soignants. Cela correspond alors à la dimension affective. La dimension infracognitive correspond aux raisonnements intimes et aux habitudes de pensées (appries dans des apprentissages précoces de l'enfance) sur lesquels le patient doit s'interroger afin de rendre le changement possible. Il doit également prendre du recul sur son savoir, réfléchir sur ses croyances, ses certitudes et questionner ses conceptions, ceci constitue la

dimension méta-cognitive. Ces quatre dimensions représentent alors les composantes du changement.

L'éducation thérapeutique est un travail d'équipe, pluridisciplinaire. Elle nécessite la collaboration entre les différents professionnels de la santé (médecins, infirmières,...) afin d'être efficace (Grimaldi, Simon & Sachon, 2009).

Dans le cadre du diabète, l'éducation thérapeutique tient un rôle particulièrement important. En effet :

Le traitement du diabète va de pair avec une éducation thérapeutique de qualité dont l'objectif principal est d'améliorer la gestion de la maladie et d'éviter les complications, tout en impliquant le patient jusque dans les pratiques quotidiennes et sociales (Foucaud, Bury, Balcou-Debussche & Eymard, 2010, p. 56).

Les moyens pour atteindre les objectifs fixés sont de plusieurs types :

- Les techniques collectives : les groupes de parole
- L'éducation individuelle : les entretiens en face à face avec un soignant, les entretiens motivationnels (considéré par les soignants comme un moyen adéquat pour aider au changement de comportement (Lacroix, 2007)), des études de cas, des conseils téléphoniques, internet, etc.
- L'auto-apprentissage : brochures, Internet, films, reportages, etc.

Les diverses techniques citées ci-dessus sont actuellement les moyens proposés dans le cadre du diabète. De plus, l'apparition de la télémédecine, qui consiste en une assistance téléphonique, aussi appelée « automédication assistée » vise à aider les gens à prendre eux-mêmes en charge leur propre maladie et leur santé en les motivant et en les encadrant pour faire en sorte que la maladie reste stable (OMS, 2009). Cette technique inclut également l'utilisation de l'informatique (Internet par exemple). L'infirmière peut aussi utiliser la relation soignant-soigné basée sur le partenariat, la confiance, l'empathie, l'écoute active (Hustache-Mathieu & Faucher, 2010).

2.5 Modèle Transthéorique du changement de Prochaska et di Clemente

Le modèle transthéorique du changement est un modèle de changement décrivant les différentes étapes par lesquelles les gens passent lors de la modification d'un comportement problématique. Il décrit 6 stades de changement : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la conclusion. Afin que le changement soit intégré, les stades doivent être suivis dans cet ordre, l'omission de l'un d'entre eux rendant le patient vulnérable à la rechute (Université Laval, 2006). Ce modèle est présenté sous la forme d'une roue, « la roue du changement » (Cf. annexe B) (Bochud, s.d.).

Dans le stade de la pré-contemplation, le patient n'a pas conscience qu'il existe un problème. Le stade de la contemplation correspond au moment où le patient a pris conscience qu'il y a un problème et envisage de faire quelque chose. Le stade de la préparation (ou détermination) consiste en la prise de décision ainsi qu'en l'élaboration d'un projet. Puis vient le stade de l'action qui est la phase durant laquelle le changement est opéré. Le stade de la maintenance correspond au maintien du changement effectué durant lequel tous les efforts pour éviter la rechute sont faits. Dans le meilleur des cas, la dernière étape sera la conclusion (ou sortie), qui correspond à la « guérison ». La rechute fait partie intégrante du changement (Bochud, s.d.).

Ce modèle peut être mis en lien avec le concept de l'éducation thérapeutique et celui de l'observance. En effet, l'un des buts de l'éducation thérapeutique est d'opérer un changement de comportement. L'amélioration de l'observance médicamenteuse correspond justement à un changement de comportement nécessaire de la part du patient. Chaque stade de la roue du changement comprend des buts différents et nécessite alors une adaptation des interventions. Ce modèle permet ainsi d'adapter les interventions de soins en fonction du stade dans lequel se situe le patient diabétique de type 2 afin d'améliorer son observance au traitement médicamenteux.

3. Problématique

Ce chapitre correspond à l'état des connaissances sur la thématique de la revue de littérature. Il permet de poser la problématique du travail de Bachelor en lien avec les aspects théoriques développés dans le cadre de référence.

3.1 Non-observance : généralités

Les maladies chroniques sont les maladies les plus concernées par ce problème car elles « impliquent que le patient prenne un traitement au long cours » (Lamouroux, Magnan & Vervloet, 2005, p. 31).

Il est estimé que 20% des patients stoppent de façon ponctuelle leur traitement pendant plus de 3 jours consécutifs et qu'environ 50% des patients atteints de maladies chroniques sont non-observants (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2002).

« L'amélioration de l'observance du traitement à long terme est indispensable pour améliorer l'issue des maladies chroniques » (Gialamas et al., 2009, p. 487). Il est alors nécessaire d'identifier les facteurs menant à la non-observance et d'agir « en se basant sur les principes de changements comportementaux utilisés dans l'éducation du patient, prenant en compte la personne, son mode de vie, son entourage » (Gallois, Vallée & Le Noc, 2006, p.404).

L'infirmière joue alors un rôle important dans l'amélioration de l'observance, l'éducation du patient faisant partie intégrante de sa fonction de soignante.

De plus, « La non-observance du traitement est actuellement considérée comme un problème de soins infirmiers, support à la formalisation d'un diagnostic infirmier » (Serpsy, s.d.). Le manuel de diagnostics infirmiers de Carpenito (2009) propose un diagnostic consacré à ce problème (Cf. point 2.3.)

Pour résoudre le problème de la non-observance, l'infirmière doit s'efforcer d'atténuer ou d'éliminer les facteurs qui empêchent les patients d'adhérer au traitement prescrit (Carpenito, 2009). Elle effectue ainsi une récolte de données basée sur un ou des modèles de soins, détermine les objectifs et les moyens, le tout en partenariat avec le patient. Le modèle de Bronfenbrenner peut être

utilisé pour reconnaître les différents facteurs en cause. L'utilisation du modèle transthéorique du changement de Prochaska et di Clemente permettra à l'infirmière de repérer dans quel stade de changement se situe le patient et ainsi elle pourra adapter les interventions afin de favoriser le changement.

Concernant les interventions, le type informationnel est le plus souvent utilisé. Mais malgré que ce type d'interventions augmente le niveau des connaissances des patients, il ne permet pas d'améliorer l'observance. La combinaison des différents types d'interventions, couvrant ainsi plusieurs niveaux, associée au travail interdisciplinaire et appliquée sur une longue durée, sont alors cruciaux afin d'être efficaces pour améliorer l'observance médicamenteuse. Mais bien souvent, les équipes de soins font preuve d'un manque de compétences et de capacités pour gérer la mise en place des interventions comportementales et des interventions basées sur les aspects psycho-socio-affectifs. Ce constat souligne donc un besoin de formation des soignants dans la prise en charge de la problématique de l'observance (Berben & De Geest, 2012).

3.2 Non-observance et diabète de type 2

Le diabète de type 2 est une maladie chronique amenant lentement de sérieuses et graves complications vasculaires, néphrologiques, neurologiques et ophtalmiques (Vermeire et al., 2009). Ces complications peuvent être diminuées par le contrôle de la glycémie à long terme, élément fondamental dans la gestion du diabète (Asche, Lafleur & Conner, 2011).

La non-observance du traitement médicamenteux est un problème important et particulièrement commun chez les personnes diabétiques de type 2, entraînant ainsi une efficacité du traitement réduite et une augmentation de la mortalité et de la morbidité (Tiv et al., 2012).

Dans une grande majorité, les personnes atteintes de diabète ne s'estiment pas être malades, le diabète n'entraînant pas de symptômes tels que des douleurs. La maladie est considérée plutôt comme une contrainte à gérer quotidiennement (Lavasseur, 2004). Les effets secondaires perçus par les

patients ont un effet important sur l'observance du traitement et sont bien souvent la cause d'une mauvaise observance (Reach, 2006b).

Selon l'article de Reach (2006b), il est estimé que le pourcentage de patients observants varie de 20 à 80% pour ce qui est de l'insulinothérapie, environ 65% pour le suivi du régime, 57 à 70% pour la surveillance de la glycémie, 19 à 30% pour l'activité physique. Seulement 7% des patients suivent toutes les recommandations qui leur sont données.

Il est estimé que 36 à 93% des patients ayant des antidiabétiques oraux prescrits ont une observance insuffisante. Plusieurs facteurs entravant l'observance ont été identifiés, incluant des schémas posologiques complexes, l'inertie clinique, des problèmes de sécurité, des questions socio-économiques, l'origine ethnique, l'éducation du patient et les croyances, le soutien social et la polypharmacie (Bailey & Kodack, 2011). Des perceptions erronées par rapport à la gravité potentielle de la maladie ainsi que des différences de compréhension des patients au sujet de la maladie sont également des facteurs responsables d'une mauvaise observance chez les personnes diabétiques de type 2 (Nam, Chesla, Stotts, Kroon & Janson, 2011).

Selon l'étude menée par Tiv et al. (2012) « 39% des patients avaient une bonne observance, 49% une observance moyenne et 12% une mauvaise observance » (p.2) (citation traduite par l'auteure). Parmi ces patients, « 18% disent oublier parfois de prendre leurs médicaments, 9% déclarent manquer de médicaments, 38% les prennent parfois en retard, 4% choisissent de ne pas prendre leurs médicaments estimant que le traitement leur faisait plus de mal que de bien, 34% ont trop de comprimés et 5 % stoppent parfois leur traitement lorsqu'ils se sentent mieux » (Tiv et al., 2012) (citation traduite par l'auteure).

Le nombre de prises quotidiennes joue aussi un rôle dans l'observance, celle-ci se dégradant lorsque le nombre de prises augmente (observance de 79% pour une prise quotidienne passant à 38% pour trois prises quotidiennes) (Penformis cité par Sauvanet, 2005). Cependant, une prise quotidienne ne comprend pas que des avantages. En effet, une augmentation de la surobservance (le patient prend plus de comprimés que ce qui est prescrit) a été observée (Reach, 2006).

La mauvaise observance du patient aux traitements, par exemple ne pas prendre les médicaments comme recommandé, affecte le contrôle de la glycémie (Nam et al., 2011) et amène toutes les conséquences d'un mauvais contrôle du diabète. Reach (2006a) nous dit aussi que le nombre de réhospitalisations dans le cadre d'un diabète de type 2 augmente de manière significative lorsque les patients sont non-observants au traitement par antidiabétiques oraux. L'observance doit donc être améliorée chez les diabétiques de type 2, ceci représentant un défi majeur (Sauvanet, 2005). En effet, « Les bénéfices de la pharmacothérapie en termes d'amélioration du contrôle de la glycémie, des complications microvasculaires, des risques cardiovasculaires, de la mortalité et de la qualité de vie ont été bien établis par des données d'essais cliniques. » (Asche, Lafleur & Conner, 2011, p. 75).

L'éducation thérapeutique est l'un des éléments essentiels de la prise en charge du diabète car selon Tiv et al. (2012) les patients « ont besoin d'acquérir des connaissances et des compétences mais aussi la capacité de changement de comportement, ce qui nécessite souvent une éducation à la santé intensive centrée sur le patient » (p. 5).

« L'observance nécessite non seulement que le patient soit éduqué mais également qu'il participe de façon active au projet thérapeutique qui le concerne » (Levasseur, 2004, p. 72). Selon Reach (2006a) « l'amélioration de l'observance suppose que le patient participe au projet thérapeutique et que son consentement soit remplacé par une décision informée » (p. 11). « L'efficacité de la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique en diabétologie n'est plus à démontrer : diminution de la fréquence des comas diabétiques par acidocétose, des amputations, réduction des dépenses de santé » (Reach, *ibid.*, p. 121).

Les différents professionnels impliqués dans la prise en charge du diabète et dans l'éducation thérapeutique du patient sont nombreux : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, podologues, ophtalmologues, cardiologues, diététiciennes et diabétologues (Reach, 2006a). L'amélioration de l'observance thérapeutique est pluridisciplinaire. Cette amélioration fait

désormais partie d'une conception globale, psychosociale (Reach, *ibid.*). Cette nouvelle conception « fait appel à un environnement médical, impliquant la participation associée des différents acteurs de santé cités » (Reach, *ibid.*, p.144). Concernant les infirmières, leur intervention à domicile dans la surveillance et le traitement du diabète est bien développée dans certains pays européens tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou encore la Suède. En milieu hospitalier, l'infirmière occupe également un rôle important (Reach, *ibid.*). Dans son livre « clinique de l'observance », Reach (2006) cite une méta-analyse ayant montré que « les patients sont davantage satisfaits de la consultation avec l'infirmière que de la consultation médicale, la consultation infirmière durant plus longtemps et celle-ci posant plus de questions » (p.145).

Le pharmacien joue aussi un rôle dans l'amélioration de l'observance. Il peut expliquer une seconde fois au patient la façon de prendre les médicaments et participe également à l'éducation des patients en leur distribuant des brochures éducationnelles (Reach, *ibid.*). Certaines pharmacies proposent également de préparer les semainiers pour leurs clients ou la mise à disposition de support électronique pour la gestion du traitement.

De nos jours, Internet est une ressource importante pour les patients qui y trouvent une grande quantité d'informations. Elle peut aussi être utilisée par les soignants pour développer d'autres stratégies pour la gestion de la maladie. Cependant, cette ressource va engendrer, influencer les croyances des gens et leur comportement. Les soignants ont alors comme rôle de faire le tri parmi ces informations (Reach, *ibid.*). Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (Internet et réseaux téléphoniques) ont fait leur apparition dans le domaine de la santé, permettant le monitoring à distance du patient diabétique, l'aide automatisée à la décision et le coaching motivationnel (Benhamou (2008) cité par l'Association des Biologistes des Régions Nord Picardie [ABRNP], 2008)

En Suisse, les structures permettant de prendre en charge le diabète sont diverses. Il y a les services de diabétologie en milieu hospitalier proposant des consultations médicales et infirmières. L'association suisse du Diabète est

également à disposition, répartie sur 19 sections régionales (Association suisse du Diabète, s.d.). L'association fribourgeoise du Diabète propose de nombreuses prestations, telles que des enseignements individuels, des cours en groupe, des groupes d'échange, des consultations en soins des pieds, réalisées par des cliniciennes en diabétologie et des diététiciennes, offrant ainsi des informations, des conseils et de l'aide lors de questions ou de problèmes en lien avec le diabète (Association Fribourgeoise du diabète, s.d.).

L'éducation thérapeutique du patient est, comme déjà dit plus haut, incontournable dans le traitement du diabète. Des changements de comportements de la part des patients sont nécessaires, ce qui implique une acquisition de connaissances et de compétences. La mise en évidence des interventions d'éducation thérapeutique impliquant l'infirmière et permettant d'améliorer l'observance médicamenteuse est alors importante.

3.3 Question de recherche

En regard de ce qui précède, la question de recherche de cette revue de littérature étoffée est la suivante :

Quelles sont les interventions infirmières de type éducationnel efficaces face au problème de non observance médicamenteuse dans le diabète type 2 ?

4. Méthode

4.1 Devis de recherche

Le devis choisi pour ce Bachelor Thesis est une revue de littérature étoffée. Cette démarche scientifique consiste à rassembler, évaluer et synthétiser les études pertinentes abordant le thème de ce Bachelor Thésis concernant la non-observance du traitement médicamenteux chez les personnes atteintes d'un diabète de type 2. Ce type de devis permet de faire l'état des connaissances sur le sujet de la non-observance chez les personnes diabétiques de type 2.

Il existe une revue systématique de littérature Cochrane ayant pour objectif d'évaluer les effets d'interventions pour améliorer l'observance aux recommandations de traitement chez les personnes avec un diabète de type 2 (Vermeire, E.I.J.J., Van Royen, P., Hearnshaw, H. & Lindenmeyer, A., 2009), dont les recherches électroniques sur les bases de données ont été faites jusqu'en janvier 2002. Il est ressorti de cette revue systématique que les interventions proposées pour améliorer l'observance n'ont pas montré de résultats significatifs. La question de départ est donc restée sans réponse. L'intérêt de cette revue de littérature étoffée est alors de voir ce qui est proposé de nouveau et efficace au niveau des interventions de type éducationnel pour améliorer l'observance du traitement. Pour les personnes qui débutent dans la recherche scientifique, cette revue de littérature étoffée est un avantage car elle permet d'avoir accès à des recherches déjà réalisées et publiées et d'en profiter. Elle invite à la discussion et de nouvelles problématiques peuvent être mises en évidence. Des compétences spécifiques à la pratique infirmière sont favorisées grâce à cette revue (Loiselle, 2007).

Cette revue de littérature étoffée a pour buts :

- De faire l'état des connaissances sur la problématique de l'observance médicamenteuse chez les personnes souffrant d'un diabète de type 2.

- D'améliorer la pratique infirmière, entre autres les interventions infirmières de type éducationnel permettant d'améliorer l'observance au traitement médicamenteux chez les personnes diabétiques de type 2.
- De mettre en évidence de nouvelles problématiques et de faire émerger de nouvelles discussions.

4.2 Étapes de la réalisation de la revue de littérature étoffée

Tout d'abord, une recherche documentaire a été effectuée dans le but de récolter un maximum de données sur le thème de l'observance médicamenteuse chez les personnes diabétiques de type 2 afin de faire émerger une problématique et une définition des cadres théoriques. Les nombreuses lectures effectuées ont fait ressortir des mots-clés et des concepts qui ont, à leur tour, permis la recherche d'articles scientifiques sur les banques de données.

Pour réaliser cette revue de littérature étoffée et répondre à la question de celle-ci, une recherche d'articles a été réalisée de mars 2011 à septembre 2012. Nous avons consulté la banque de données de PubMed (à savoir que Pubmed a été lancé depuis le site de l'université de Laval). Chaque mot-clé a dans un premier temps été recherché en termes-MeSH (système de mots-clés médicaux en langue anglaise), puis les différents termes-MeSH ont été combinés afin d'obtenir les stratégies de recherches permettant de trouver les articles scientifiques nécessaires à la revue de littérature étoffée.

Les études ont été sélectionnées à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion et en fonction de leur justesse et de leur pertinence pour répondre à la question de recherche de cette revue de littérature étoffée. Afin d'y inclure uniquement des études de qualité, la validité des recherches a été évaluée à l'aide d'une grille de lecture critique (Cf. annexe C) (Nadot, 2010a). La recherche a abouti à 10 articles scientifiques retenus. Ces études ont été lues et traduites afin d'en avoir une compréhension globale. Chaque étude a ensuite été analysée avec un esprit critique et synthétisée dans des grilles (Cf. annexe D) ayant permis d'extraire et de classer les informations importantes. Les grilles ont alors servi

de support pour rédiger l'analyse documentaire qui permet de répondre à la question de recherche de cette revue de littérature.

4.3 Critères de sélection

4.3.1 Critères d'inclusion et critères d'exclusion

Les critères d'inclusion sont les critères sur lesquels nous nous basons pour sélectionner les recherches pour la réalisation de ce travail, tandis que les critères d'exclusion permettent d'exclure les études qui ne correspondent donc pas aux critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion et d'exclusion apparaissent dans le tableau ci-dessous :

Critères d'inclusion :	Critères d'exclusion : éléments pas pris en compte :
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherches avec abstract ▪ Recherches depuis 2007 ▪ Adultes ▪ Diabète type II ▪ Traitement médicamenteux diabète ▪ Pays EU ou industrialisés ▪ Français - anglais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabète type I ▪ Enfants et adolescents ▪ Interventions en lien avec le régime alimentaire et l'activité physique

4.3.2 PICO

Le PICO contient la description des quatre composantes d'une question de recherche. Cette démarche « permet de déterminer les concepts et les mots clés appropriés » (Gauthier, Côté, Gagon & MBourou-Azizha, 2010, p. 17).

P Population à l'étude :	Patient (adulte – âge moyen 65 ans) diabétique de type II
I Intervention :	Interventions infirmières de type éducationnel en cas de non-observance médicamenteuse
C Complément d'intervention	
O Outcomes, variables mesurées :	Buts visés : diminuer les conséquences liées à la non-observance médicamenteuse

4.4 Stratégies de recherche

Différentes stratégies de recherche ont été menées sur la banque de données de PubMed dans le but de trouver les articles pouvant répondre à la question de recherche

Les termes-MeSH utilisés pour la recherche documentaire sont présentés dans le tableau suivant. Comme déjà expliqué plus haut, chaque termes-MeSH a été cherché séparément puis combiné avec d'autres afin d'obtenir les stratégies de recherche permettant de trouver les articles scientifiques nécessaires.

	Concept 1	Concept 2	Concept 3
	Interventions infirmières	Diabète type II	Non-adhérence au traitement
Mots clés « Or »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nursing : soins infirmiers ▪ Nurse-patient relations : relation patient-soignant ▪ patient education as topic : éducation thérapeutique ▪ self care/self management : ▪ patient participation : participation du patient ▪ Health behavior : comportement de santé ▪ Group processes: processus de groupe ▪ Health personnel: personnel de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabetes mellitus : diabète ▪ Type 2 diabetes : diabète type II 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medication adherence : observance médicamenteuse ▪ Patient Compliance : compliance ▪ Motivation : motivation ▪ Hypoglycemic agents : antidiabétiques oraux

4.4.1 Stratégie 1

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Type de recherche
<p>((("Patient Compliance"[Mesh])) AND ("Diabetes Mellitus"[Mesh] AND "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND ("Patient Education as Topic"[Mesh])</p> <p>Limites : abstract available, publiés dans les 5 dernières années.</p>	<p>All : 97 Review : 14 Systematic review & meta-analysis: 8 Clinical studies: randomized controlled trial: 31</p>	<p>Wens, J., Vermeire, E., Hearnshaw, H., Lindenmeyer, A., Biot, Y. & Van Royen, P. (2007). Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes, A sub-analysis of a systematic review of randomised controlled trials. <i>Diabetes Research and Clinical Practice</i>, 79, 377-388.</p>	<p>Revue systématique de la littérature.</p>

4.4.2 Stratégie 2

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Type de recherche
<p>(((((("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND ("Self Care"[Mesh])) AND ("Patient Compliance"[Mesh])) AND ("Health Behavior"[Mesh])) AND ("Patient Education as Topic"[Mesh])</p> <p>Limites : Abstract available, published in the last 5 years</p>	<p>All : 54 Review : 7 Systematic Reviews & Meta-Analysis & Practice Guidelines : 5 Clinical Studies : Randomized Controlled Trails (Therapy) : 16</p>	<p>Welch, G., Zagarins, S.E., Feinberg, R.G. & Garb, J.L. (2011). Motivational interviewing delivered by diabetes educators : Does it improve Blood Glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients ? <i>Diabetes Res Clin Pract.</i>, 91 (1), 54-60.</p>	<p>Essai contrôlé randomisé</p>

4.4.3 Stratégie 3

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Type de recherche
(((("Medication Adherence"[Mesh])) AND ("Diabetes Mellitus"[Mesh] AND "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND ("Health Behavior"[Mesh])) Limites : Abstract available, published in the last 5 years	All : 118 Review : 15 Systematic review & meta-analysis: 7 Clinical studies: randomized controlled trial : 21	Bigner, H.R., Morales, K.H., De Vries, H.F. & Cappola, A.R. (2012). Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence: a randomized controlled trial. <i>Annals of family medicine</i> , vol.10, 1, 15-22.	Essai contrôlé randomisé

4.4.4 Stratégie 4

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Recherches en lien	Type de recherche
(((("Motivation"[Mesh])) AND ("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND ("Patient Education as Topic"[Mesh])) Limites : Abstract available, published in the last 5 years	All : 48 Review : 7 Systematic Reviews & Meta-Analysis : 4 Clinical Studies : Randomized Controlled Trails (Therapy) : 14		Goudswaard, A.N., Stolk, R.P., Zuithoff, N.P.A., de Valk, H.W. & Rutten, E.H.M. (2004). Long-term effects of self-management education for patients with type 2 diabetes taking maximal oral hypoglycaemic therapy: a randomized trial in primary care. <i>Diabetic Medicine</i> , 21, 491-496.	Essai contrôlé randomisé

4.4.5 Stratégie 5

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Type de recherche
<p>((("Medication Adherence"[Mesh])) AND ("Diabetes Mellitus"[Mesh] AND "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND ("Hypoglycemic Agents"[Mesh])</p> <p>Limites : Abstract available, published in the last 5 years</p>	<p>All : 82 Review : 13 Systematic Reviews & Meta-Analysis: 4 Clinical Studies : Randomized Controlled Trials (Therapy) : 12)</p>	<p>Walker, E.A., Shmukler, C., Ullman, R., Blanco, E., Scollan-Koliopoulus, M. & Cohen, H.W. (2011). Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes contrôle in urban adults. <i>Diabetes Care</i>, vol.34, 1, 2-7.</p>	Essai contrôlé randomisé

4.4.6 Stratégie 6

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Type de recherche
<p>((("Medication Adherence"[Mesh]) AND ("Diabetes Mellitus"[Mesh]) OR ("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh]) AND ("Nursing"[Mesh]))</p> <p>Limites : Abstract available, published in the last 5 years</p>	<p>All : 100 review : 23 Systematic Reviews & Meta-Analysis: 9 clinical Studies : Randomized Controlled Trails (Therapy) : 12</p>	<p>Wu, S.-F.V, Lee, M.C., Liang, S.Y. Lu, Y.Y, Wang, T.J & Tung, H.H. (2011). Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes : A randomized controlled trail. <i>Nursing and Health Sciences</i>, 13, 335-343.</p>	Essai contrôlé randomisé

4.4.7 Stratégie 7

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Recherches en lien	Type de recherche
<p>((("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND ("Patient Participation"[Mesh])) AND ("Health Personnel"[Mesh])</p> <p>Limites : Abstract available, published in the last 5 years</p>	<p>All : 2 Clinical Studies : Randomized Controlled Trails (Therapy) : 2</p>	<p>Khunti, K., Gray, L.J., Skinner, T., Carey, M.E., Realf, K., Dallosso, H., Campbell, M., Heller, S. & Davies, M.J. (2012). Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus : three year follow-up of a cluster randomised controlled trail in primary care. <i>BMJ</i>, 344, 1-12.</p>	<p>Duke, S.A.S., Colagiuri, S. & Colagiuri, R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, Issue 1. Art. No.: CD005268. DOI: 10.1002/14651858.CD005268.pub2.</p>	<p>Essai contrôlé randomisé en grappes</p> <p>Revue systématique de la littérature.</p>

4.4.8 Stratégie 8

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Type de recherche
<p>((("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND ("Patient Education as Topic"[Mesh])) AND ("Group Processes"[Mesh])</p> <p>Limites : Abstract available, published in the last 5 years</p>	<p>All : 66 Reviews : 20 Systematic Reviews & Meta-Analysis & Practice Guidelines : 5 Clinical Studies : Randomized Controlled Trails (Therapy) : 13</p>	<p>Rygg, L.Ø., By Rise, M., Grønning, K. & Steinsbekk, A. (2012). Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. <i>Patient education and counseling</i>, 86, 98-105.</p>	<p>Essai contrôlé randomisé</p>

4.4.9 Stratégie 9

Moteur de recherche : PubMed	Nombre de recherches trouvées	Recherche retenue	Type de recherche
<p>((("Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh])) AND ("Patient Education as Topic"[Mesh])) AND ("Nurse-Patient Relations"[Mesh])</p> <p>Limites : Abstract available, published in the last 5 years</p>	<p>All : 8 Review : 1 Systematic Reviews & Meta-Analysis & Practice Guidelines : 0 Clinical Studies : Randomized Controlled Trails (Therapy) : 2</p>	<p>Mollaoğlu, M. & Beyazit, E. (2009). Influence of diabetic education on patient metabolic control. <i>Applied Nursing Research</i>, 22, 183-190.</p>	<p>Essai clinique contrôlé randomisé</p>

5. Résultats

Ce chapitre a pour objectif d'évaluer la qualité des recherches scientifiques sélectionnées et de mettre en évidence les principaux résultats en lien avec la question de recherche.

5.1 Regard critique des recherches scientifiques sélectionnées

Au total, 10 études ont été retenues et analysées pour la réalisation de cette revue de littérature étoffée. Huit études sont des études expérimentales de type essai contrôlé randomisé et deux sont des revues systématiques de littérature.

Le choix des études a été fait en mettant la priorité sur celles faisant preuve d'une bonne qualité, à l'aide d'une grille de lecture critique d'articles scientifiques de type quantitatif (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). En effet, en plus de devoir respecter les critères d'inclusion et d'exclusion, elles doivent contenir un résumé, une introduction, la méthode, les résultats obtenus, la discussion de ceux-ci et une conclusion. Les 10 études retenues sont donc construites selon cette structure. Toutes ces études abordent la problématique de cette revue mais sous des angles parfois différents.

9 études ont été publiées entre 2007 et 2012. Il est alors possible de fournir un état des connaissances récentes au sujet des interventions infirmières de type éducationnel efficaces pour améliorer l'observance médicamenteuse chez les personnes souffrant d'un diabète de type 2. Une seule étude retenue a été publiée en 2004 (Goudswaard et al., 2004), celle-ci offrant des données intéressantes. De plus, comme mentionné dans le chapitre 4.1., l'intérêt de cette revue de littérature est de découvrir ce qui a été fait de nouveau en lien avec cette thématique depuis la réalisation d'une revue systématique de littérature Cochrane dont les recherches électroniques se sont terminées en 2002. Cette étude publiée en 2004 permet ainsi d'avoir des données nouvelles.

Les recherches retenues pour cette revue ont été menées dans divers pays (Norvège, Pays-Bas, États-Unis, Turquie, Royaume-Uni, Japon), ce qui offre une diversité dans les résultats. Cependant, Cette diversité géographique

amène des différences culturelles possibles, lesquelles doivent être prises en compte. Aucune étude n'a été réalisée en Suisse. Il n'est alors pas possible de déterminer et d'évaluer les interventions infirmières mises en place au sein des systèmes de santé suisse.

Chaque étude présente une introduction permettant de faire l'état des connaissances sur le thème traité. Le problème de recherche est à chaque fois clairement énoncé. Les buts et objectifs de chaque étude sont clairement formulés et découlent de l'état des connaissances. Cependant, le cadre théorique n'est pas toujours mentionné par les auteurs de la recherche.

De façon générale, l'échantillon de chaque étude est suffisamment détaillé, permettant ainsi d'avoir une idée claire des participants de l'étude. Seule une étude ne décrit pas de façon détaillée l'échantillon, il s'agit de la revue systématique de littérature de Wens et al. (2008). Cependant, les critères d'inclusion des études sélectionnées permettent tout de même d'avoir une idée de quel type de population l'étude inclut. La taille de l'échantillon est aussi un élément important. La taille de l'échantillon varie de 50 à 604 participants pour les études de type quantitatif et concernant les deux revues systématiques de littérature incluses dans cette revue étoffée, l'échantillon total est de 1359 participants pour l'étude de Duke, Colagiuri & Colagiuri (2009) et de 772 participants pour celle de Wens et al. (2008). Dans l'étude de Mollaoğlu & Beyazit (2009), la taille de l'échantillon est faible (n=50), ce qui constitue une limite de cette étude, rendant la généralisation des résultats difficile. La revue systématique de littérature de Wens et al. (2008) fait également part de la limite de la taille de l'échantillon. En effet, les auteurs mentionnent que la taille de l'échantillon utilisé par les 8 études qu'ils ont retenues était relativement faible. Partant de ces constatations, il est alors fait l'hypothèse qu'un plus grand échantillon permettrait d'améliorer la qualité des études et ainsi une généralisation plus aisée des résultats serait rendue possible.

L'aspect éthique a été respecté dans la plupart des études retenues. En effet, les patients ont donné leur consentement éclairé de manière verbale ou écrite et la majorité des études ont été approuvées à la suite d'un passage devant un

comité d'éthique. Seules deux études ne mentionnent pas de données éthiques. Il s'agit de la revue systématique de littérature de Wens et al. (2008) et celle de Duke et al. (2009).

Concernant le devis, les 10 études en font part. Le devis y est clairement décrit, sauf dans l'étude de Welch, Zagarins, Feinberg & Garb (2011) dont le devis n'est pas mentionné mais dont la description de la méthode permet de « deviner » de quel type de devis il s'agit. Nous pouvons mettre en évidence que la plupart des devis des études retenues pour cette revue sont de type quantitatif. En effet, huit d'entre elles sont quantitatives. Les deux études restantes sont des revues systématiques de la littérature.

Dans les huit études de type quantitatif, le devis choisi est expérimental et de façon plus précise un essai contrôlé randomisé (Khunti et al., 2012 ; Walker et al., 2011 ; Bigner et al., 2012 ; Wu et al., 2011 ; Rygg et al., 2012 ; Mollaoglu & Beyazit, 2009 ; Goudswaard et al., 2004 ; Welch et al., 2011). L'essai contrôlé randomisé est un devis qui a pour objectif d'évaluer l'effet d'une intervention ou d'un traitement auprès d'un groupe de participants ayant été au préalable répartis de manière aléatoire dans un groupe d'intervention (expérimental) ou dans un groupe de contrôle. La présence du groupe de contrôle permet de mesurer les effets d'une intervention (Nadot, 2010b). Ce type de devis est alors adapté pour mesurer l'efficacité des interventions de type éducationnel améliorant l'observance médicamenteuse chez les personnes souffrant d'un diabète de type 2.

Parmi les études sélectionnées, deux sont des revues systématiques de littérature (Duke et al., 2009 ; Wens et al., 2008), type de devis le plus fiable par rapport au niveau de preuve (Nadot, 2010a). Cela consiste en « une démarche scientifique rigoureuse de revue critique de la littérature consistant à rassembler, évaluer et synthétiser toutes les études pertinentes et parfois contradictoires qui abordent un problème donné » (Nadot, 2010a, p. 1). L'un des objectifs est de fournir les meilleures preuves quant à l'efficacité d'une intervention (Nadot, 2010a). La revue de Duke et al. (2009) n'a inclus que des essais contrôlés randomisés, ce qui permet d'avoir les évidences les plus probantes. La revue de Wens et al. (2008) a également inclus des essais

contrôlés randomisés, des études de cohorte et des études observationnelles. La première revue (Duke et al., 2009) a ainsi pu fournir des informations sur l'impact de l'éducation individuelle sur la prise en charge du diabète de type 2. La deuxième revue (Wens et al., 2008) a pu fournir des informations concernant l'efficacité des interventions éducationnelles visant à améliorer l'observance des recommandations de traitement médical chez les personnes souffrant d'un diabète de type 2.

De manière générale, les études décrivent en quoi l'intervention consiste. L'étude de Duke et al. (2009) décrit brièvement le contenu typique des interventions éducationnelles. Cependant, les méthodes utilisées pour assurer l'éducation ne sont pas mentionnées, ce qui ne permet pas de voir quel type de méthode est le plus efficace. La revue de Wens et al. (2008) permet de faire émerger trois catégories d'interventions éducationnelles : l'éducation individuelle (en face à face), l'éducation en groupe et la télémédecine. Les interventions sont également décrites de façon brève mais permettant d'avoir une idée du déroulement des interventions. L'intervention de l'étude de Welch et al. (2011), portant sur l'efficacité d'un entretien motivationnel intégré à l'éducation de l'autogestion du diabète, est bien décrite. Cela permet ainsi de savoir en quoi consistent l'entretien motivationnel, les méthodes utilisées et le but recherché (changement de comportement de la part du patient). Il est aussi décrit la formation reçue par les éducateurs fournissant l'intervention. Dans l'étude de Goudswaard et al. (2004), le programme éducationnel (l'intervention) est expliqué de façon brève et claire, nous offrant une vision globale de l'intervention à l'étude. Quant à l'étude de Mollaoglu & Beyazut (2009), elle décrit de façon très précise l'intervention, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble sur le déroulement de l'intervention et de son contenu. Les 5 dernières études (Walker et al., 2011 ; Bigner et al., 2012 ; Wu et al., 2011 ; Khunti et al., 2012 ; Rygg et al., 2012) décrivent également leurs interventions de manière globale. Nous pouvons alors constater que dans la majorité des études l'intervention est décrite mais bien souvent de manière générale.

Les méthodes de récoltes de données diffèrent parfois entre les 10 articles. Les données biologiques, principalement l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}), sont les

données mesurées par toutes les études, mesures effectuées la plupart du temps par un laboratoire. Pour la mesure des données psychosociales et des données sur le mode de vie et la qualité de vie, des échelles ainsi que des questionnaires sont le plus souvent utilisés. Cependant, Wens et al. (2008) mettent en évidence dans la revue un besoin urgent de placer l'accent sur la validité et la fiabilité de la mesure de l'observance. Chaque étude utilise des méthodes différentes, qui ne permettent pas d'obtenir des données fiables par rapport aux taux d'observance. Bigner et al. (2012) constate le même problème qui représente une limite.

5.2 Les principaux résultats issus des recherches sélectionnées

Les résultats correspondent aux interventions infirmières de type éducationnel pouvant être utilisées dans le but d'améliorer l'observance médicamenteuse chez les personnes atteintes d'un diabète de type 2.

L'analyse des 10 articles sélectionnés a permis d'établir deux catégories principales d'interventions : l'éducation individuelle et l'éducation en groupe.

5.2.1 L'éducation individuelle

Une revue systématique de la littérature menée par Wens, Vermeire, Hearnshaw, Lindenmeyer, Biot & Van Royen (2008) incluant huit études a identifié les interventions éducationnelles visant à améliorer l'observance aux recommandations de traitement dans le diabète de type 2. Huit interventions ont alors pu être mises en évidence et classer dans 3 catégories d'intervention (en face à face, en groupe, la télémédecine). Dans le cadre de l'éducation individuelle, les résultats principaux mis en évidence montrent une amélioration significative des taux d'HbAc1 chez les patients recevant une éducation individuelle. L'étude de Mollaoğlu & Beyazit (2009), qui a évalué l'effet de l'éducation planifiée proposée à domicile aux patients souffrant de diabète de type 2, montre également des résultats positifs en faveur de l'éducation individuelle sur le taux d'HbAc1. En effet, à la mesure finale (soit à la fin de l'étude), les résultats montrent une diminution du taux d'HbAc1 de 9.5% à 7.5% dans le groupe intervention, passant ainsi d'un niveau de contrôle glycémique

bas à un niveau acceptable. Dans le groupe de contrôle, aucun changement significatif n'est observé, le niveau de contrôle glycémique restant bas. Par conséquent, la différence entre les 2 groupes à la mesure finale est statistiquement significative. Cette étude a également pris en compte d'autres valeurs de mesures pour évaluer l'efficacité de l'éducation individuelle. Les valeurs ayant été améliorées de manière significative sont celles de la glycémie à jeun et de la glycémie proprandiale. En effet, lors de la mesure de la glycémie à jeun, le taux principal des individus du groupe intervention tombe d'une valeur de début de 178.3 mg/dl à 137.1mg/dl (valeur finale). Le taux du groupe de contrôle passe de 199.2 mg/dl à 168.1mg/dl. La valeur de la glycémie à jeun du groupe intervention tombe d'une valeur haute à acceptable alors que la valeur du groupe de contrôle reste haute. Une différence statistiquement significative des valeurs de la glycémie postprandiale est également montrée.

Une revue systématique de la littérature Cochrane (Duke, Colagiuri & Colagiuri, (2009) a également évalué les effets de l'éducation individuelle. Cette revue montre des résultats plus mitigés par rapport à ce qui précède. En effet, lorsque l'éducation individuelle est comparée aux soins habituels, aucune différence significative entre les groupes n'est constatée sur le taux d'HbAc1, ceci malgré une tendance à privilégier l'éducation individuelle. L'éducation individuelle a également été comparée à l'éducation en groupe. Une réduction significative du taux d'HbAc1 a été observée chez les personnes recevant l'éducation en groupe après 6 à 9 mois. Cependant, aucune différence significative n'a été montrée après 12 et 18 mois. Le contrôle glycémique ne diffère également pas de manière significative entre les deux groupes (éducation individuelle vs. éducation en groupe) sur une période de 12 à 18 mois.

5.2.1.1 Éducation à l'autogestion du diabète

Une étude (Goudswaard, Stolk, Zuithoff, de Valk & Rutten, 2004) a évalué l'efficacité à court et à long terme d'un programme d'éducation à l'autogestion d'une durée de six mois chez des personnes diabétiques de type 2 traités en soins primaires, ayant des doses maximales d'antidiabétiques oraux mais un

contrôle glycémique mauvais. Cette étude avait pour but d'évaluer l'effet net de l'éducation. L'échantillon total de l'étude est de 54 participants répartis dans le groupe intervention (n=25) et dans le groupe de contrôle (n=29). Le groupe intervention a reçu un programme éducationnel individuel mené par une infirmière spécialisée en diabétologie. L'intervention éducationnelle est axée sur les informations générales sur le diabète, le renforcement de l'observance médicamenteuse, l'importance de l'activité physique et de la perte de poids ainsi que des conseils nutritionnels. Le groupe de contrôle reçoit les soins habituels. Le taux d'HbAc1 est mesuré lors du début de l'étude, puis 7.5 mois et 18 mois après. Les résultats montrent que dans le groupe intervention le taux d'HbAc1 est passé de 8.2% à 7.2% et dans le groupe contrôle de 8.8% à 8.4%. Six semaines après la dernière séance (soit 7.5 semaines après le début de l'intervention), 60% des patients du groupe intervention ont vu leur taux d'HbAc1 devenir inférieur à 7% (proche de la norme) contre 17% dans le groupe de contrôle. Après un an, la différence de variation moyenne du taux d'HbAc1 est de 0.2% en faveur du groupe intervention, mais cela n'est pas statistiquement significatif. 17% des patients du groupe intervention et 15% du groupe de contrôle ont encore un taux d'HbAc1 inférieur à 7%. 6 patients du groupe intervention et 10 du groupe de contrôle ont finalement dû recevoir un traitement d'insuline.

5.2.1.2 Programme axé sur la gestion du diabète et de la dépression

L'étude de Bigner, Morales, De Vries & Cappola (2012), souligne l'intérêt d'un programme individuel intégrant le traitement de la dépression avec la gestion du diabète. Ce programme vise à améliorer l'observance aux antidépresseurs et aux antidiabétiques oraux par le biais de séances en face à face et de conversations téléphoniques en complément aux soins habituels. L'intervention en face à face s'est déroulée en trois temps (au début, à 6 et à 12 semaines), chaque rencontre durant 30 minutes. Deux appels téléphoniques de 15 minutes sont également réalisés sur une période de 3 mois. Une éducation au sujet du diabète de type 2 et de la dépression est effectuée. Elle met l'accent sur l'importance du contrôle de la dépression pour gérer le diabète, sur l'aide pour identifier les symptômes, sur les explications de la raison de l'utilisation des

antidiabétiques oraux et des antidépresseurs, sur l'évaluation des effets indésirables et l'assistance pour leur gestion, sur l'évaluation des progrès, etc. Après 6 et 12 semaines, une amélioration significative de l'observance aux antidiabétiques oraux et aux antidépresseurs dans le groupe intervention a été constatée. Après 12 semaines, les patients du groupe intervention sont considérés comme étant plus susceptibles d'atteindre un taux d'HbAc1 inférieur à 7% (donc dans la norme) par rapport au groupe de contrôle. Le groupe intervention montre alors une amélioration significative de la variation moyenne du taux d'HbAc1 à 12 semaines. De plus, les patients du groupe intervention sont plus susceptibles d'avoir une rémission de la dépression en comparaison au groupe de contrôle, ceci également après 12 semaines. Ce programme semble donc efficace pour l'amélioration de l'observance chez les patients souffrant à la fois d'un diabète de type 2 et de dépression. Aucune autre étude retenue n'a évalué l'effet de ce type de programme.

5.2.1.3 Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel est abordé dans une étude (Welch, Zagarins, Feinberg & Garb, 2011). Les résultats ne montrent pas une amélioration significative du taux d'HbAc1 dans le groupe d'intervention après six mois. L'entretien motivationnel a montré un effet significativement négatif sur le changement du taux d'HbAc1. En effet, la variation moyenne du taux d'HbAc1 est significativement plus basse dans le groupe intervention que dans le groupe de contrôle. Il a cependant été constaté que les patients recevant l'entretien motivationnel ont changé leur façon de parler. Aucun changement significatif n'a été trouvé entre les groupes par rapport à la dépression, à la satisfaction au traitement ou à la perception de l'importance et de l'auto-efficacité en ce qui concerne les comportements d'auto-soins, qui ont également été examinés comme médiateurs potentiels du changement du taux d'HbAc1.

5.2.1.4 Télémédecine

Une étude a pour but de comparer l'efficacité d'une intervention téléphonique avec une intervention « écrite » sur une période d'un an chez des adultes à faibles revenus en milieu urbain (Walkers et al., 2011). Le groupe intervention

reçoit 10 appels de la part d'un éducateur sous supervision d'une infirmière spécialisée en diabétologie. Les appels sont adaptés aux besoins des participants, mais principalement axés sur l'observance au traitement du diabète. Le protocole est basé sur l'amélioration de la responsabilisation et l'auto-efficacité en utilisant des approches socio-écologiques. Les résultats montrent une amélioration de l'observance médicamenteuse pour les patients du groupe intervention. En effet, les participants du groupe intervention (228) ont vu leur taux d'HbAc1 diminuer de 0.23% au cours de l'étude. De plus, une augmentation de 0.13% pour le groupe de contrôle est constatée. La différence de changement du taux d'HbAc1 entre les 2 groupes est de 0.40%. L'amélioration de l'observance médicamenteuse est associée à l'intervention téléphonique. Cependant, l'intervention téléphonique n'est pas associée avec un changement dans l'observance au traitement si celui-ci inclut de l'insuline (24% des participants). L'amélioration significative du taux d'HbAc1 est associée avec un nombre d'au moins six appels téléphoniques achevés tout au long de l'étude.

L'étude de Bigner et al. (2012) utilise également la télécommunication en association avec des séances en face à face dans un programme intégrant le traitement de la dépression et la gestion du diabète. Les résultats montrent également une amélioration significative de l'observance aux antidiabétiques oraux et aux antidépresseurs après 6 et 12 semaines. Les patients du groupe intervention sont plus susceptibles d'atteindre un taux d'HbAc1 proche de la norme ainsi que d'avoir une rémission de la dépression, comparé au groupe de contrôle.

La revue systématique de littérature de Wens et al. (2008) proposant une catégorie de soins axée sur la télémédecine montre également des résultats en faveur de la télémédecine. En effet, une réduction statistiquement significative du taux d'HbAc1 de 14 % (de 9.5% à 8.2%) sur une période de trois mois est observée. Chez les patients ayant un taux initial d'HbAc1 supérieur à 8%, il en ressort une petite mais significative réduction du taux. La télémédecine offre alors de grands bénéfices, mais les problèmes technologiques restent des

obstacles majeurs à la mise en place de ce type d'intervention, selon les auteurs. .

Il en est de même pour les résultats d'une étude ayant pour but d'examiner les effets d'un programme d'auto-efficacité chez les personnes diabétiques de type 2 (Wu, Lee, Liang, Lu, Wang & Tung, 2011) qui a également utilisé la télémédecine dans son intervention (contacts téléphoniques en association avec des séances d'éducation en groupe). Les patients du groupe intervention ont participé à un suivi téléphonique (à 8 et 16 semaines après le commencement du programme) dans le but de favoriser la réalisation des performances via la persuasion verbale. Les résultats sont significativement meilleurs pour le groupe recevant l'intervention. Mais aucune indication n'est donnée par rapport à l'éventuelle efficacité des appels téléphoniques, l'intervention associant plusieurs techniques.

Ces résultats montrent alors un effet positif de la télémédecine sur l'amélioration du taux d'HbAc1 chez les patients diabétiques de type 2.

5.2.2 Éducation en groupe

Dans leur revue, Wens et al. (2008) rapportent des résultats concernant l'éducation en groupe. L'éducation en groupe a été comparée avec les techniques de gestion habituellement utilisées, basées sur des conseils et l'éducation sur une période de six mois. Une diminution de 10% du taux d'HbAc1 durant les trois premiers mois a pu être constatée. Cependant, l'effet n'a pas persisté jusqu'à la fin de l'étude. Un programme d'éducation en cinq parties sur une période de quatre mois a été comparé avec un cours basique par la mesure de la glycémie à jeun, du taux d'HbAc1, du cholestérol, de la tension artérielle et du poids corporel. Dans le groupe expérimental ainsi que dans le groupe de contrôle, le taux d'HbAc1 a diminué de façon significative.

L'étude de Wu et al. (2011) a testé un programme axé sur l'auto-efficacité pour les personnes diabétiques de type 2 sur un groupe intervention de 72 participants comparé aux soins de routine (groupe de contrôle, n=73). Les patients du groupe intervention ont participé à des séances de counseling

visant l'amélioration de l'auto-efficacité. Les séances se sont passées sous forme de groupe de 10 à 15 personnes, à raison de quatre séances hebdomadaires d'une heure chacune fournies par une infirmière formée aux techniques de counseling. Les patients ont également vu un DVD de 10 minutes montrant une personne avec un diabète de type 2 réalisant avec succès les activités d'auto-soins et ont reçu une brochure. Un suivi téléphonique a également été mis en place (appels à 8 et 16 semaines après le commencement du programme). Les scores obtenus à l'aide de quatre échelles structurées pour les attentes d'efficacité, les attentes de résultats et les activités d'auto-soins ont significativement augmenté dans le groupe intervention à trois et à six mois de suivi, comparé au groupe de contrôle. Les résultats montrent ainsi un effet positif du programme d'auto-efficacité en groupe.

L'efficacité de l'éducation en groupe a également été évaluée dans l'étude de Rygg, By Rise, Grønning & Steinsbekk (2012). L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un programme d'éducation continue d'autogestion du diabète basée sur le groupe, développé localement (Norvège) pour les patients atteints de diabète de type 2. L'étude a été menée sur un échantillon de 146 patients répartis de manière aléatoire dans deux groupes (groupe intervention et groupe de contrôle). Le groupe intervention (n=73) a reçu le programme éducationnel par des infirmières spécialisées en diabétologie avec au total 15 heures d'éducation réparties sur 3 séances, avec un intervalle d'une à deux semaines entre chaque séance. Les participants du groupe intervention ont été répartis dans des groupes de 8 à 10 patients pour recevoir le programme. Les résultats ont été mesurés à 6 et 12 mois. Les résultats principaux ne montrent pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes après 6 mois. Cependant, dans le groupe de contrôle, une détérioration statistiquement significative du taux d'HbA_{1c} de 0.3% entre le début et la fin de l'étude (12 mois), alors que dans le groupe intervention le taux de base a été maintenu. Par ailleurs, les 2 groupes ont amélioré leurs connaissances du diabète entre le début et la fin de l'étude, mais les patients du groupe intervention ont montré des niveaux significativement plus élevés à 6 et 12 mois par rapport au groupe de contrôle. Le groupe intervention a montré un niveau significativement plus

élevé concernant la satisfaction au traitement à 6 mois, mais pas à 12 mois, ainsi qu'un changement significatif entre le début et la fin de l'étude dans la proportion de patients qui mesuraient leur glycémie, passant de 71.2% (n=52) à 86% (n=63) à 12 mois.

L'étude de Khunti & al. (2012) a mesuré si les bénéfices d'un programme structuré d'éducation unique et d'autogestion pour les personnes nouvellement diagnostiquées diabétiques de type 2 sont maintenus à 3 ans. L'échantillon total de l'étude est de 604 participants répartis dans 2 groupes (intervention et contrôle). Le groupe intervention a reçu un programme d'éducation structuré en groupe durant 6 heures par des éducateurs professionnels de la santé. Quant au groupe contrôle, les patients ont reçu les soins habituels. L'intervention a été conçue comme un programme d'éducation en groupe, avec un programme écrit adapté à un large éventail de participants, délivré dans un contexte communautaire et intégré dans les soins de routine. Les professionnels de la santé ont suivi une formation pour délivrer le programme. Le programme d'une durée de 6 heures a été délivré par 2 éducateurs soit sur un jour entier, soit sur 2 demi-jours. Avec le comportement des éducateurs promouvant une approche non didactique, l'apprentissage a été suscité plutôt qu'enseigné. Le programme active les participants à considérer leurs propres facteurs de risque et, en accord avec les théories d'auto-efficacité, à choisir un but spécifique et réalisable pour travailler. Le suivi a eu lieu à 4, 8 et 12 mois et à 3 ans, avec la collecte des données biomédicales (HbAc1, tension artérielle, poids, cholestérol), de mode de vie et psychologiques. Des questionnaires comprenaient des questions de mode de vie sur le statut tabagique et l'activité physique. Un questionnaire évaluant la perception des gens face à leur maladie et sur leur habilité à influencer le cours de leur diabète (contrôle personnel). Dans l'ensemble des résultats biomédicaux, des améliorations ont été constatées dans les deux groupes, sans différence significative à trois ans. Le résultat du taux d'HbAc1 ne diffère pas non plus entre les deux groupes. Concernant le mode de vie, une différence significative dans la proportion de non-fumeurs en faveur du groupe intervention après 12 mois a été observée. Cependant, cette différence n'est pas maintenue après 3 ans, ceci étant valable

également pour l'activité physique. Une différence significative sur 4 des 5 scores de croyance de la maladie (cohérence, gravité, échéance et responsabilité personnelle) a été observée après 3 ans. En effet, les patients du groupe intervention avaient une meilleure compréhension de la maladie et de sa gravité, ainsi qu'une meilleure perception de sa durée et de leur capacité à influencer le cours de leur maladie. Concernant la qualité de vie, aucune différence n'a été montrée entre les deux groupes après 3 ans. Le nombre de personnes prenant des antidiabétiques oraux ne diffère significativement pas entre les deux groupes.

6. Discussion

Dans ce chapitre, les résultats seront discutés et interprétés en étant mis en lien avec la problématique et le cadre de référence. La mise en évidence des perspectives futures et des implications pour la recherche et la pratique infirmière sera la dernière étape de ce travail.

6.1 Discussion des résultats

Les résultats ont permis de mettre en évidence deux grandes catégories d'intervention : l'éducation individuelle et l'éducation de groupe. La catégorie de l'éducation individuelle a pu encore être divisée en quatre catégories qui correspondent à quatre types d'interventions s'effectuant en individuel.

6.1.1 L'éducation individuelle

L'éducation individuelle est testée de façon générale (sans précision concernant les méthodes utilisées) dans trois études (Wens et al., 2008 ; Mollaoglu & Beyazit, 2009 ; Duke et al., 2009). L'éducation individuelle semble efficace selon les résultats, qui, cependant, restent relativement mitigés, ne montrant pas une réelle preuve de son efficacité. Bien souvent, les interventions sont délivrées sur un court terme (par exemple huit semaines pour l'étude de Mollaoglu & Beyazit (2009)). Or, **l'éducation thérapeutique est un processus faisant partie d'une prise en charge à long terme** (Progin, 2009). Il faut être aussi attentif au type d'intervention éducationnelle (informationnelle, comportementale, basée sur les aspects psycho-socio-affectifs) ayant été utilisée. Dans les études citées ci-dessus, le type n'est pas clairement expliqué. Toutefois, selon les brèves descriptions faites des interventions, il semble que ce soit le type informationnel qui domine. Ceci pourrait être une raison de la faible efficacité de l'éducation car comme nous le dit Reach (2006) « **le rôle de l'éducation thérapeutique n'est pas seulement de transmettre des connaissances [...]** » (p.123). Par ailleurs, selon Grimaldi et al. (2009), **l'éducation thérapeutique correspond à un apprentissage permettant l'acquisition de compétences thérapeutiques ainsi qu'à un changement de comportement. L'un n'est pas dissociable de l'autre, l'éducation n'étant « ni une simple information, ni une simple formation, ni un simple**

accompagnement » (Grimaldi et al., 2009, p. 1775). Il est vrai que le type informationnel améliore les connaissances sur le diabète, mais il ne permet pas d'améliorer l'observance. **D'où la nécessité de combiner les différents types d'interventions ainsi que de les appliquer sur un long terme** (Berben & De Geest, 2012).

Les différents résultats obtenus permettent de diviser l'éducation individuelle en quatre catégories. Pour rappel, il s'agit de l'éducation à l'autogestion du diabète, d'un programme axé sur la gestion du diabète et de la dépression, de l'entretien motivationnel et de la télémédecine (sous forme de contact téléphonique). Selon les résultats, les plus efficaces seraient la télémédecine, le programme intégrant le traitement de la dépression à la gestion du diabète et l'éducation à l'autogestion du diabète. L'étude traitant de l'entretien motivationnel a montré des résultats quelque peu mitigés quant à l'efficacité de cette intervention.

L'éducation à l'autogestion du diabète a été testée sur une période de six mois chez des personnes prenant des doses maximales d'antidiabétiques oraux mais ayant toujours un contrôle glycémique mauvais (Goudswaard et al., 2004). Les résultats ont montré une amélioration du taux d'HbAc1, qui est même devenu inférieur à 7%, donc très proche de la norme, pour 60% des patients recevant l'éducation six semaines après la dernière séance d'éducation. Le contenu des séances était axé sur les informations générales concernant le diabète, le renforcement de l'observance médicamenteuse, l'importance de l'activité physique et sur l'alimentation. L'intervention semble donc être de type informationnel. Un suivi régulier sur une période de six mois, à raison d'une séance tous les mois d'une durée de 15 à 45 minutes, montre une amélioration du taux d'HbAc1. Ce suivi régulier peut être la raison de l'efficacité de l'intervention. Aucune donnée concernant le niveau d'observance n'est mentionnée, ce qui ne permet pas de dire si cette intervention a été directement efficace sur l'observance médicamenteuse, malgré le fait que l'un des objectifs de l'intervention est de renforcer celle-ci. Cependant, l'amélioration du contrôle glycémique semble être aussi le résultat d'une meilleure observance médicamenteuse car selon Asche et al. (2011) **des données d'essais**

cliniques ont permis d'établir les bénéfices des médicaments sur l'amélioration du contrôle glycémique. L'hypothèse que cette intervention ait influencé de manière positive l'observance médicamenteuse est alors faite. Par contre, un an après l'intervention, les résultats montrent une différence de variation moyenne du taux d'HbA_{1c} qui n'est pas statistiquement significative. La plupart des effets sont perdus. Les résultats à long terme d'un programme éducatif sans suivi structuré sont donc décevants. Cette constatation permet d'appuyer l'importance d'une éducation thérapeutique mise en place sur un long terme, en particulier dans le cas du diabète qui est une maladie chronique et asymptomatique dans la majorité des cas (Chabot & Blanc, 2002). Ces deux aspects sont des facteurs influençant de manière importante l'observance médicamenteuse. En effet, la maladie chronique engendre le besoin d'un traitement à long terme qui amène de la lassitude ainsi qu'un « manque de perception de l'impact bénéfique du traitement, dont les effets positifs ne se marqueront qu'avec retard alors que les contraintes sont immédiates » (Scheen & Giet, 2010). Quant au caractère asymptomatique du diabète, il conduit le patient à penser qu'il n'est pas malade et qu'il n'a donc pas besoin de traitement (Lavasseur, 2004). Un changement de comportement doit alors être réalisé et pour ce faire, le patient devra passer par différents stades, en référence au modèle transthéorique du changement de Prochaska et di Clemente, qui propose « la roue du changement » présentant ces différents stades (Bochud, s.d.). Ce changement de comportement prend du temps, le patient doit passer par chaque stade. Il doit prendre conscience que son comportement est problématique, chose pas toujours évidente, surtout dans le cas d'une maladie asymptomatique. L'éducation thérapeutique est alors une aide au changement de comportement (Grimaldi et al., 2009). De plus, le type informationnel ne permet pas d'engendrer un changement de comportement, nécessaire pour l'amélioration de l'observance à long terme. Comme déjà dit plus haut, il est important et nécessaire de combiner les différents types d'interventions. Les auteurs (Goudswaard et al., 2004) mentionnent que les résultats de leur étude soulignent l'intérêt limité à court terme des programmes éducatifs dans le traitement du diabète. Selon eux, **l'éducation sous cette**

forme devrait être renforcée régulièrement et intégrée dans les soins standards du diabète.

La télémédecine est utilisée dans quatre des études retenues (Bigner et al., 2012 ; Wens et al., 2008 ; Wu et al., 2011 ; Walkers et al., 2011). Dans deux de ces études, elle est associée à une autre intervention, séances en face à face pour l'étude de Bigner et al. (2012) et séances de groupe pour celle de Wu et al. (2011). Les résultats de chaque étude montrent une efficacité certaine de la télémédecine. En effet, les taux d'HbAc1 des groupes recevant cette intervention se sont significativement améliorés. Cependant, dans les deux études associant la télémédecine à une autre intervention, l'efficacité de la télémédecine ne peut pas être clairement affirmée, les résultats étant certainement le fruit de cette association d'interventions. Par contre, les deux autres études montrent des résultats basés sur l'utilisation de la télémédecine uniquement. Dans l'étude de Walkers et al. (2011), l'intervention a eu lieu sur une période d'une année auprès d'une population à faible revenu vivant en milieu urbain. **Les appels sont adaptés aux besoins de chacun, principalement axés sur l'observance du traitement.** Cette intervention téléphonique, mise en œuvre par des éducateurs de santé sous la supervision d'une infirmière spécialisée en diabétologie, a considérablement amélioré le taux d'HbAc1. Elle offre ainsi un support essentiel et nécessaire pour les personnes gérant leur diabète. L'intervention semble avoir été efficace car **les appels ont été adaptés aux besoins de chaque participant. En effet, l'éducation thérapeutique est un processus devant être adapté au patient** (Progin, 2009) **et au stade de changement dans lequel il se trouve** (Bochud, s.d.). La durée de l'intervention (une année) a pu également favoriser le changement de comportement. De plus, le protocole de l'intervention est basé sur la responsabilisation et l'auto-efficacité en utilisant des approches socio-écologiques. Selon Reach (2006), **l'un des rôles de l'éducation thérapeutique est de rendre les patients responsables de leur traitement en assurant un changement de comportement, ce que semble viser cette intervention.** De plus, selon Lavasseur (2004) « l'observance nécessite non seulement que le patient soit éduqué mais également qu'il participe de façon

active au projet thérapeutique qui le concerne » (p.72). Augmenter l'auto-efficacité du patient permet ainsi de le rendre actif dans la prise en charge quotidienne de sa maladie et d'en améliorer la gestion. **L'utilisation d'approches socio-écologiques est également un élément intéressant.** Les approches utilisées ne sont pas décrites mais nous pouvons imaginer qu'un modèle du même type que celui de Bronfenbrenner ait été utilisé. Ce modèle décrit comment le comportement humain, ici le comportement de l'observance médicamenteuse, est influencé par les différents niveaux de l'environnement (Berben et De Geest, 2012). Cela nous laisse alors penser que l'intervention a pris en compte les facteurs des différents niveaux jouant un rôle sur l'observance de chaque patient et qu'elle a été adaptée afin d'améliorer ce comportement, la rendant ainsi efficace. Les auteurs mentionnent qu'une intervention téléphonique est une intervention faisable et pratique pour aider les gens ayant des difficultés à accéder à d'autres programmes d'éducation. Cette intervention propose ainsi un moyen qui semble efficace et accessible. L'éducation est alors rendue accessible à un plus grand nombre de personnes. Les auteurs soulignent également que l'éducation au diabète a plus de succès lorsque celle-ci est maintenue à long terme.

La revue de la littérature de Wens et al. (2008) propose également une catégorie d'interventions axée sur la télémédecine. Les résultats sont également positifs et renforcent ainsi l'efficacité de cette intervention. Cependant, très peu d'indications sont données concernant les interventions. Celles-ci ont été menées par des infirmières de manière hebdomadaire. Le suivi régulier peut être une des raisons de son efficacité. Il est difficile de ressortir les éléments qui ont rendu cette intervention efficace. Un constat a tout de même pu être fait par les auteurs : la télémédecine offre de grands bénéfices, mais les problèmes technologiques représentent les obstacles majeurs à la mise en place de ce type d'intervention. Cette constatation semble quelque peu contradictoire avec ce que soulignent Walkers et al. (2011) qui pensent que la télémédecine est un moyen pratique et faisable.

L'intégration du traitement de la dépression avec la gestion du diabète pour améliorer l'observance aux antidiabétiques oraux et aux antidépresseurs par le

biais de séances individuelles en face à face et de conversations téléphoniques, en complément aux soins habituels, a montré une amélioration significative de l'observance médicamenteuse (Bigner et al., 2012). Les patients ont reçu une éducation sur la dépression et le diabète de type 2. Une seule étude propose ce genre de programme qui semble efficace. Cette intervention est relativement spécifique et ne s'appliquera pas à chaque diabétique mais elle représente tout de même un élément intéressant. En effet, **la dépression accompagne souvent le diabète et fait partie des facteurs au niveau du patient, selon le modèle écologique de Bronfenbrenner, influençant de manière importante le comportement d'observance (Berben & De Geest, 2012)**. Prendre en compte ce facteur de la dépression dans la prise en charge du diabète permet alors d'améliorer l'observance médicamenteuse. Les patients ont reçu des explications sur l'utilité des médicaments (antidépresseurs et antidiabétiques oraux). Ils ont appris l'importance du contrôle de la dépression pour la gestion de leur diabète, à évaluer les effets indésirables et à les gérer. Ces effets sont très souvent perçus immédiatement, contrairement aux effets bénéfiques, ce qui peut mener à l'arrêt prématuré du traitement (Scheen & Giet, 2010) et donc à un taux d'observance mauvais. **Selon l'OMS (1998), « l'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique » (p.84)**, ce que semble avoir fait ce programme. Le programme a également pris en compte le contexte social et culturel des patients et a été appliqué dans un contexte de soins primaires. Ces aspects peuvent être une des raisons de l'efficacité du programme car **l'éducation est un processus centré sur le patient (OMS, 1998) et doit être adapté au mode de vie du patient (Progin, 2009)**. Cette étude montre ainsi l'utilité d'une intervention de gestion de soins intégrés pour les patients souffrant de diabète et de dépression. Les auteurs soulignent également que les résultats appellent à une plus grande accentuation de la part des systèmes de soins et des organisations politiques sur le développement et la promotion de ce type de programme pour améliorer l'observance médicamenteuse, en particulier dans les cas de maladies chroniques accompagnées de dépression (Bigner et al., 2012). Le programme s'est déroulé sur une période de 12 semaines, au bout

desquelles l'observance médicamenteuse s'est significativement améliorée. Cela représente une courte durée pour un programme d'éducation. Il serait alors intéressant d'évaluer les effets plusieurs mois après la fin de l'intervention, afin de voir à quel point elle l'intervention a été efficace à long terme. **Dans la mesure où l'éducation thérapeutique est un processus faisant partie d'une prise en charge à long terme (Progin, 2009), une période de 12 semaines ne serait pas suffisante pour assurer un changement de comportement à long terme.**

L'intervention qui semble être la moins efficace suite aux résultats est l'entretien motivationnel, abordé dans une étude (Welch et al., 2011). En effet, contrairement aux trois interventions précédentes, les résultats ne montrent pas d'amélioration significative du taux d'HbAc1 dans le groupe intervention. Un effet significativement négatif sur le changement du taux d'HbAc1 a même été observé. Seule une amélioration de la façon de parler des patients (en terme d'habilité, de besoin de changement) a été constatée. Ces résultats sont relativement étonnants, étant donné que l'entretien motivationnel est **une stratégie de changement de comportement centré sur le patient (Welch et al., 2011)**. Selon Miller et Rollnick (2006), « l'entretien motivationnel est une approche directive, centrée sur la personne, qui aide à explorer et à résoudre l'ambivalence face à une habitude de vie dans le but de parvenir à un changement de comportement ». **Il a pour but d'augmenter la motivation au changement et d'aider à la personne à s'engager dans les stades de changement, selon la roue du changement de Prochaska et di Clemente.** La motivation est un élément important dans le processus de changement. C'est également un concept crucial dans les stratégies de l'enseignement thérapeutique (Golay et al., s.d.). L'intervention n'a été fournie que sur six mois, à raison de quatre séances au total. Cela peut expliquer le manque de résultats car, comme déjà dit, l'éducation thérapeutique s'inscrit sur une longue période. De plus, l'entretien motivationnel a fait ses preuves dans le traitement des addictions et d'autres maladies chroniques (Miller & Rollnick (2002) cité par Welch et al., 2011). Il serait alors intéressant de mettre en place ce type d'intervention sur une plus longue période afin d'évaluer son efficacité. Dans

cette étude, l'observance médicamenteuse n'est pas abordée de manière directe mais comme elle est un comportement, l'amélioration de l'observance représente un changement de comportement.

6.1.2 L'éducation en groupe

L'éducation en groupe est décrite dans quatre des études retenues pour cette revue de la littérature étoffée (Wu et al., 2011 ; Rygg et Al., 2012 ; Khunti et al., 2012 ; Wens et al., 2008). De façon générale, l'éducation en groupe amène des résultats positifs sur le contrôle du diabète à court terme, même si ceux-ci ne sont pas toujours significatifs. La même constatation que pour l'éducation individuelle peut être faite : les interventions sont très souvent délivrées sur une courte période. Cela ne permet pas d'avoir des améliorations à long terme, comme nous le montre l'étude de Khunti et al. (2012). Cette étude a mesuré si les bénéfices d'un programme structuré et unique (délivré en une fois, sans répétition) pour les personnes nouvellement diagnostiquées diabétiques de type 2 sont maintenus après trois ans. En effet, l'impact du programme n'est pas maintenu pour les résultats biomédicaux après trois ans. Une seule séance d'éducation n'est alors pas suffisante. **Cette constatation est un nouvel argument en faveur d'un processus d'éducation thérapeutique mis en place à long terme, devant être régulièrement renforcé.** Cependant, dans cette même étude, des résultats ont tout de même persisté après trois ans. Le programme a eu un effet sur les croyances des patients par rapport à la maladie qui se sont améliorées de façon significative. De ce fait, une meilleure compréhension de la maladie et de sa gravité ainsi qu'une meilleure perception de sa durée et de la capacité des patients à influencer le cours de leur maladie ont été observées. Seule cette étude prend en compte cet aspect intéressant. En effet, selon Golay et al. (s.d.), les croyances de santé du patient ne sont souvent pas prises en compte. L'importance des croyances est sous-estimée par les soignants. De même, le vécu, les questions, les craintes et les attentes du patient sont parfois oubliés. Pourtant, les croyances sont des facteurs influençant l'observance médicamenteuse. Si nous nous référons au modèle de Bronfenbrenner, elles appartiennent au niveau « patient ». Il est nécessaire de les prendre en compte, comme nous le suggèrent Golay et al. (s.d.). Ils

proposent un modèle composé de quatre dimensions permettant d'améliorer les processus d'apprentissage et la motivation du patient. De plus, l'éducation thérapeutique devrait prendre en considération les croyances et les représentations face à la maladie et au traitement (Progin, 2009). L'hypothèse que l'amélioration des croyances face à la maladie ait un effet positif pour l'observance médicamenteuse est faite. Cependant, l'étude de Khunti et al. (2012), ne permet pas de vérifier cette hypothèse car d'autres facteurs entrent en jeu dans le comportement de l'observance.

La notion d'auto-efficacité apparaît dans plusieurs études dont celle de Wu et al. (2011) qui a testé un programme axé sur l'auto-efficacité. Cependant, les auteurs ne définissent pas le terme d'auto-efficacité. Les séances sont menées par une infirmière. Les participants ont vu un DVD, reçu une brochure et ont eu un suivi téléphonique. Après six mois, les résultats montrent un effet positif du programme. Il est intéressant ici de voir que plusieurs types d'interventions sont mis en place : le type comportementale et de counseling (conseils et soutien) (Berben et De Geest, 2012), la télémédecine et l'auto-apprentissage (brochure, DVD). **Cette combinaison d'interventions semble alors efficace, ce qui permet d'argumenter que pour rendre l'éducation thérapeutique efficace, il est nécessaire de combiner les types d'interventions** (Berben et De Geest, 2012). Wu et al. (2011) mentionnent aussi que leur étude montre qu'il est possible d'appliquer un programme de formation améliorant l'auto-efficacité pour les personnes diabétiques et de renforcer leur confiance en leurs habilités aux auto-soins et au changement de comportement. Selon eux, lorsque les patients sont convaincu de pouvoir mener à bien des activités de soins (avec une plus grande auto-efficacité), ils font le meilleur parti de leurs compétences et réussissent à mieux gérer leur diabète au quotidien.

L'éducation en groupe n'a cependant pas toujours réussi à améliorer le taux d'HbAc1, mais a contribué au maintien de celui-ci. L'étude de Rygg et al., (2012) rapporte ce résultat. En effet, le programme d'éducation continue d'autogestion en groupe n'a pas permis d'obtenir de différence statistiquement significative entre les groupes (intervention et contrôle) après six mois. Par contre, après 12 mois, une détérioration du taux d'HbAc1 des patients du groupe contrôle a été observée, alors que le taux du groupe intervention est

maintenu. **L'observance médicamenteuse, qui n'est pas abordée directement par l'étude, ne semble donc pas influencée par le programme. En sachant que l'observance est l'un des piliers pour le contrôle glycémique, celui-ci reste à sa valeur de départ.** Il est aussi noté que le niveau de connaissance du diabète et de satisfaction au traitement est significativement plus élevé dans le groupe intervention. Ceci montre que l'éducation en groupe semble être relativement efficace. **Les résultats de cette étude laissent à penser que le type informationnel correspond au type d'intervention principalement utilisé.** En effet, le niveau de connaissance a augmenté mais n'a pas permis d'améliorer le taux d'HbA_{1c}. Ceci confirme ce que nous disent Berben et De Geest (2012) dans leur article : **les interventions de type informationnel amènent une augmentation des connaissances mais n'améliorent pas l'observance médicamenteuse.** Les auteurs soulignent un aspect intéressant : la mauvaise observance ne doit pas être liée au manque de connaissance, mais plutôt à la façon dont les personnes priorisent leur gestion du diabète (Rygg et al., 2012). L'éducation thérapeutique devrait alors « [...] permettre d'acquérir et de conserver les compétences les aidants à vivre de manière optimale avec leur maladie [...] » (OMS, 1998, p, 84). Cela implique alors la combinaison de plusieurs interventions qui sensibilisent, informent, favorisent l'apprentissage et soutiennent (OMS, 1998). Elle vise ainsi un changement de comportement (Reach, 2006) qui permet aux patients de modifier leurs perceptions de la maladie et leur façon de gérer leur diabète.

L'éducation thérapeutique, qu'elle soit en individuelle ou en groupe, montre une certaine efficacité pour améliorer l'observance médicamenteuse. Certaines interventions amènent à une amélioration significative alors que d'autres sont moins efficaces. Plusieurs points importants peuvent être ressortis. Tout d'abord, les programmes d'éducation devraient être appliqués à long terme, ce qui n'est pas le cas de la majorité des études, afin d'apporter un réel changement de comportement concernant l'observance médicamenteuse. L'utilisation du modèle écologique de Bronfenbrenner, qui offre une vision

systemique du patient, permet de prendre en compte tous les facteurs influençant l'observance medicamenteuse de chaque patient et ainsi de proposer des moyens adaptes agissant sur ces facteurs afin d'ameliorer l'observance medicamenteuse. Un accent doit etre mis sur les croyances de sante du patient qui sont trop souvent sous-estimees par les soignants. Il doit egalement etre mis sur le vecu, les craintes, les attentes et les questions du patient qui sont parfois oublies (Golay et al., s.d.). Nous pouvons aussi souligner l'importance de determiner a quel stade de changement se situe le patient, selon la roue du changement de Prochaska et di Clemente, ceci egalement dans le but d'adapter les interventions. Pour terminer, combiner differentes interventions est necessaire afin d'obtenir un programme d'education efficace. Tous ces points reunis devraient ainsi permettre d'obtenir une amelioration de l'observance medicamenteuse, qui, nous le rappelons, est un element important dans la gestion du diabete et un bon controle glycémique pour diminuer les complications graves.

6.2 Implications pour la pratique infirmiere

Ce point presente un aperçu des changements pouvant etre realises afin d'ameliorer l'observance medicamenteuse chez les personnes souffrant d'un diabete de type 2. Il propose quelques implications pour la pratique infirmiere.

La premiere implication concerne la formation des infirmieres a l'education therapeutique. Berben et De Geest (2012) ont constate que bien souvent les equipes de soins manquent de competences pour mettre en place les differents types d'interventions necessaires a l'amelioration de l'observance medicamenteuse, en particulier pour le type comportemental et le type psycho-socio-affectif. Selon Wu et al. (2011), l'utilite de l'auto-efficacite dans l'education du patient devrait etre incorporee dans le programme de formation des infirmieres. L'education therapeutique necessite un certain nombre de competences de la part des professionnels de la sante afin d'ameliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques telles que le diabete (Progin, 2009). Une formation axee sur les differentes competences et

techniques d'éducation thérapeutique devrait être utile afin d'offrir aux patients des stratégies variées et adaptées à chacun.

Il a aussi été constaté que les différents types d'interventions devaient être combinés afin d'obtenir de bons résultats (Berben et De Geest, 2012). Il est alors du ressort de l'infirmière de proposer des interventions de soins variées. De nouvelles techniques, comme la télémédecine, ont démontré des améliorations significatives du contrôle glycémique et de l'observance médicamenteuse. Cette technique innovante est en pleine expansion. De nos jours, la majorité de la population a accès à ce type de technologie, que ce soit le téléphone ou l'ordinateur. Ceci permet de rendre accessible l'éducation thérapeutique aux gens qui rencontrent des difficultés à accéder à d'autres programmes. Les interventions issues de l'éducation thérapeutique doivent aussi être adaptées aux capacités, aux besoins et au mode d'apprentissage du patient. En effet, certains patients apprendront mieux en travaillant individuellement alors que d'autres préféreront une éducation en groupe.

L'infirmière doit également être plus attentive aux différents facteurs influençant l'observance médicamenteuse. Le modèle de Bronfenbrenner semble être un bon moyen pour prendre en compte de façon systémique ces facteurs. Les croyances et les représentations des patients doivent être mises en évidence lors de la récolte des données afin de favoriser les processus d'apprentissage et la motivation du patient. Le stade de changement dans lequel se situe le patient constitue aussi un aspect important lors de la mise en place des interventions éducatives. Tous ces éléments permettent à l'infirmière de proposer des interventions variées et adaptées aux caractéristiques propres de chaque patient dans le but d'améliorer l'observance médicamenteuse.

L'éducation thérapeutique est un travail pluridisciplinaire. En effet, elle nécessite la collaboration entre les différents professionnels de la santé afin d'être efficace. L'amélioration de l'observance fait partie d'une conception globale, psychosociale (Reach, 2006). Cette conception « fait appel à un environnement médical impliquant la participation associée des différents acteurs de santé » (Reach, 2006, p.144). L'infirmière, qui est au plus près du

patient, doit alors collaborer avec les autres professionnels afin d'apporter au patient la meilleure prise en charge possible adaptée à ses besoins.

6.3 Limites de la revue de la littérature étoffée

Cette revue de la littérature étoffée présente un certain nombre de limites que ce chapitre met en évidence.

Tout d'abord, aucune des études retenues dans cette revue n'a été réalisée en Suisse. Il n'est alors pas possible de déterminer et d'évaluer les interventions infirmières mises en place au sein des systèmes de santé suisses. Cela peut être considéré comme une limite de la revue de littérature.

Ensuite, parmi les 10 études sélectionnées, seule une étude s'est intéressée à l'entretien motivationnel (Welch et al., 2011). Celle-ci montre des résultats plutôt mitigés face à l'efficacité de cette intervention auprès des personnes diabétiques de type 2. Cela ne permet pas de déterminer si l'entretien motivationnel est efficace ou non. Par ailleurs, l'entretien motivationnel a fait ses preuves dans le traitement des addictions et d'autres maladies chroniques (Miller & Rollnick (2002) cité par Welch et al., 2011).

Dans la majorité des études, les interventions mises en place sont très peu décrites. Les méthodes utilisées et le type d'interventions ne sont pas clairement donnés. Il est alors difficile de déterminer de façon claire et précise quelles sont les interventions les plus efficaces.

De plus, chaque étude utilise des méthodes différentes pour la mesure des résultats, en particulier la mesure de l'observance, ce qui ne permet pas d'obtenir des données fiables par rapport aux taux d'observance. Les méthodes utilisées ne sont pas toujours fiables. Bigner et al. (2012) constate ce problème qui représente une limite. Il peut alors exister une variation dans les résultats.

Une autre limite pouvant être mise en évidence est la durée des études, souvent courte. Les études rapportent des résultats d'une intervention à court terme, cela ne permettant pas de savoir si l'intervention est efficace sur une

longue durée. Une étude a mesuré les effets de son intervention trois ans après celle-ci (Khunti et al., 2012) dont les constats sont décevants.

Cette revue de la littérature représente une première expérience pour l'auteure dans le domaine de la recherche en soins infirmiers. Les critères méthodologiques ont été respectés tout comme les règles. Il est aussi important de souligner que les études sélectionnées pour cette revue sont de langue anglaise. Elles ont été traduites du mieux possible, mais un risque d'erreurs d'interprétation persiste.

6.4 Besoins en recherches ultérieures

La nécessité de recherches ultérieures est mentionnée par les auteurs des études analysées. Les points suivants montrent les principales :

- L'étude de Khunti et al. (2012) souligne que la preuve d'un impact à long terme d'une intervention éducationnelle structurée sur les personnes diabétiques de type 2 manque actuellement. **Des études futures sur un temps de suivi plus long** sont nécessaires afin de connaître les effets de l'intervention au fil du temps. Les études de Mollaoglu & Beyazit (2009) et de Wu et al. (2011) constatent également que des suivis plus longs sont nécessaires pour déterminer si les bénéfices sont maintenus ou non au cours de la maladie.
- Mollaoglu & Beyazit (2009) mentionnent encore que des études supplémentaires doivent être conduites dans le but de déterminer les effets de l'éducation sur les valeurs métaboliques avec **un plus large échantillon**.
- Wu et al. (2011) proposent que leur étude soit répétée dans des **contextes divers** ou avec **d'autres populations**, en ajoutant d'autres mesures de résultats.
- Selon Duke et al. (2009), Plus d'études sont nécessaires pour évaluer si **une intervention menée sur une longue période serait plus efficace**. De plus, ils expriment le besoin de recherches basées sur des méthodes

rigoureuses dans des études de haute qualité et le besoin d'études en plus grand nombre, sur une plus grande durée avec des interventions bien définies, documentées et claires.

- Goudswaard et al. (2004) ont souligné l'intérêt limité à court terme des programmes éducatifs dans le traitement du diabète. L'éducation dans cette forme devrait **être renforcée régulièrement et intégrée dans les soins standards du diabète**. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier si de tels renforts peuvent réaliser des améliorations durables dans le contrôle glycémique.
- Selon Wens et al. (2008), il existe **un besoin urgent de mettre l'accent sur la validité et la fiabilité de la mesure de l'observance**. De plus, l'efficacité de l'éducation sur l'observance et la relation entre l'observance et les résultats cliniques ne sont pas claires, il y a donc un besoin de clarification. Cela met alors en évidence **un besoin important d'études d'intervention et d'observation de haute qualité sur la relation entre l'éducation des personnes diabétiques de type 2 et l'observance médicamenteuse**.

Selon l'auteure, il est également nécessaire de réaliser des études portant sur les interventions infirmières efficaces de type éducationnel pour améliorer l'observance médicamenteuse chez les personnes souffrant de diabète de type 2 en Suisse.

7. Conclusion

Dans sa pratique, l'auteure a fréquemment côtoyé des patients souffrant de diabète de type 2 ne prenant pas leur traitement médicamenteux. Différentes raisons étaient évoquées par les patients pour justifier cette non observance. Certains avaient de fausses croyances face à la maladie et à son traitement, d'autres ne connaissaient simplement pas la raison de l'utilisation des antidiabétiques oraux. L'auteure a alors été interpellée et s'est questionnée sur les interventions infirmières efficaces issues de l'éducation thérapeutique pouvant améliorer l'observance médicamenteuse auprès de cette population.

Cette revue de littérature étoffée nous a permis d'analyser des recherches actuelles concernant les interventions infirmières de type éducationnel permettant d'améliorer l'observance médicamenteuse chez les personnes souffrant d'un diabète de type 2. Des pistes d'actions ont alors émergé pouvant aider l'infirmière et ses collaborateurs à prendre en charge les patients diabétiques de type 2 et à les aider à gérer leur diabète de façon autonome.

Cette revue de littérature nous a permis de réaliser un certain nombre d'apprentissages autant professionnels que méthodologiques. L'auteure a ainsi pu développer des compétences dans la recherche et la lecture critique d'articles scientifiques dans le but de répondre à une question précise. Elle a également offert la possibilité à l'auteure d'approfondir ses connaissances dans le domaine du diabète de type 2 et de l'éducation thérapeutique. Tout n'a cependant pas été facile. La recherche des articles scientifiques ne s'est pas faite sans difficultés, mais une solution a toujours été trouvée, permettant d'aboutir à cette recherche. De plus, la majorité des études sont en langue anglaise, ne facilitant pas la compréhension des études. Mais ceci a permis à l'auteure de perfectionner ses connaissances de l'anglais.

8. Bibliographie

Ouvrages et brochures

- Brunner, L. & Suddarth, D. (2006). *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie – Volume 3 : fonction digestive, métabolique et endocrinienne*. Bruxelles : De Boeck.
- Carpenito – Moyet, L. (2009). *Manuel de diagnostics infirmiers*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Chabot, A. & Blanc, M. (2002). *Le diabète – mieux connaître – mieux comprendre – mieux gérer*. Chêne-Bourg : Médecine & Hygiène.
- Debout, C. (2009). Adhésion thérapeutique. In M. Formarier & L. Jovic (Ed.), *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 208-209). Lyon : Mallet Conseil.
- Debout, C. (2009). Observance. In M. Formarier & L. Jovic (Ed.), *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 208-209). Lyon : Mallet Conseil.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. & Geisser-Murr, A.C. (2007). *Diagnostics infirmiers. Interventions et bases rationnelles*. Bruxelles : De Boeck.
- Foucaud, J., Bury, J.A., Balcou-Debussche, M. & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : Inpes.
- Hallouët, P. (2007). *Mémo-guide infirmier*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, Approche quantitative et qualitative*. Québec : ERPI.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement*. Paris : InterEdition-Dunod.

- Organisation Mondiale de la Santé (1998). *Éducation thérapeutique du patient, programme de formation continue par des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague : OMS
- Reach, G. (2006). *Clinique de l'observance : L'exemple des diabètes*. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Sanimedia – information en santé publique (2005). *L'essentiel sur les droits des patients*. Fribourg : service de santé publique.

Articles

- Asche, C., Lafleur, J. & Conner, C. (2011). A Review of Diabetes Treatment Adherence and the Association with Clinical and Economic Outcomes. *Clinical Therapeutics*, volume 33, 1, 74-109.
- Bailey, C.J. & Kodack, M. (2011). Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *The International Journal of Clinical Practice*, 65, 3, 314-322.
- Berben, L. & De Geest, S. (2012). Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz. *Krankenpflege*, 9, 32-33.
- Bigner, H.R., Morales, K.H., De Vries, H.F. & Cappola, A.R. (2012). Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence : a randomized controlled trial. *Annals of family medicine*, vol.10, 1, 15-22.
- Donnan, P. T., MacDonald, T. M. & Morrish, A. D. (2002). Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes : a retrospective cohort study. *Diabetic Medicine*, 19, 279-284.
- Duke, S.A.S., Colagiuri, S. & Colagiuri, R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.: CD005268. DOI: 10.1002/14651858.CD005268.pub2.

- Gallois, P., Vallée, J.-P. & Le Noc, Y. (2006). L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? *Médecine*, vol.2, 9, 402-406.
- Gauthier, N., Côté, F., Gagnon, J. & MBourou Azizha, G. (2010). Trouver le bon article. À partir d'un exemple, apprenez une méthode simple de recherche d'articles scientifiques. *Perspective infirmière*, 7 (6), 17-19.
- Gialamas, A., N Yelland, L., Ryan, P., Willson, K., O Laurence, C., K Bubner, T., Tideman, P. & Beilby, J. (2009). Does point-of-care testing lead to the same or better adherence to medication ? A randomised controlled trial : The PoCT in General Practice Trial. *Medical Journal of Australia*, 9, 487-491.
- Giraud, M. (1999). Observance thérapeutique et rôle infirmier. *Revue de l'infirmière*, 52, 48-49.
- Goudswaard, A.N., Stolk, R.P., Zuithoff, N.P.A., de Valk, H.W. & Rutten, E.H.M. (2004). Long-term effects of self-management education for patients with type 2 diabetes taking maximal oral hypoglycaemic therapy : a randomized trial in primary care. *Diabetic Medicine*, 21, 491-496.
- Grimaldi, A., Simon, D. & Sachon C. (2009). Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. *La Presse Médicale*, 12, 1774-1779.
- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2002). Chambres à inhaler et traitement antiasthmatique. *Bulletin d'information du Contact Avis Pharmacologique et Pharmaceutique*, 19, 1.
- Khunti, K., Gray, L.J., Skinner, T., Carey, M.E., Realf, K., Dallosso, H., Campbell, M., Heller, S. & Davies, M.J. (2012). Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for

people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus : three year follow-up of a cluster randomised controlled trail in primary care. *BMJ*, 344, 1-12.

- Kripalani, S., Yao, X. & Haynes, B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med*, 167, 540-550.
- Lacroix, A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? *Santé Publique*, vol. 19, 4, 271-281.
- Lager, G., Pataky, Z. & Golay, A. (2009). Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Revue Médicale 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, 31-34.
- Lavasseur, G. (2004). A propos de la « maladie-du-malade » diabétique de type 2. *Education du Patient et Enjeux de Santé*, vol. 22, 3, 66-72.
- Mollaoğlu, M. & Beyazit, E. (2009). Influence of diabetic education on patient metabolic control. *Applied Nursing Research*, 22, 183-190.
- Morin, M. (2001). De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales. In *l'observance aux traitements contre le VIH/Sida, mesures, déterminants, évolution* (pp. 5-20). Paris : ANRS.
- Mosnier-Pudar, H. (2007). Education thérapeutique du patient et diabète de type 2 : que nous apprend la littérature ? *Médecine des maladies Métaboliques*, vol.1, 3, 80-87.
- Mosnier-Pudar, H. & Hochberg-Parer, G. (2008). Education thérapeutique, de groupe ou individuel : que choisir ? *Médecine des maladies Métaboliques*, vol.2, 4, 425-431.

- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N.A., Kroon, L. & Janson, S.L. (2011). Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93, 1-9.
- Reach, G. (2006). La non-observance thérapeutique : une question complexe. *Médecine Vol. 2*, 9, 411-415.
- Rioux, H. & Sylvain, H. (2004). Le concept de l'observance, analyse et exemple : l'observance à la contraception orale. *Recherche en soins infirmiers*, 77, 20-28.
- Rygg, L.Ø., By Rise, M., Grønning, K. & Steinsbekk, A. (2012). Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. *Patient education and counseling*, 86, 98-105.
- Sauvanet, J.-P. (2005). Diabète : « observance ou alliance thérapeutique ? ». *Diabetes Metab*, 31, 214-216.
- Scheen, A.J. & Giet, D. (2010). Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Revue Médicale de Liège*, 65, 5-6, 239-245.
- Tiv, M., Viel, J.-F., Mauny, F., Eschwège, E., Weill, A., Fournier, C., Fagot-Campagna, A. & Penfornis, A. (2012). Medication Adherence in Type 2 Diabetes : The ENTRED Study 2007, a French Population-Based Study. *PLoS ONE*, 7, 1-6.
- Vermeire EIJJ, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. (2009) Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003638. DOI: 10.1002/14651858.CD003638.pub2.
- Walker, E.A., Shmukler, C., Ullman, R., Blanco, E., Scollan-Koliopoulus, M. & Cohen, H.W. (2011). Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes contrôle in urban adults. *Diabetes Care*, vol.34, 1, 2-7.

- Welch, G., Zagarins, S.E., Feinberg, R.G. & Garb, J.L. (2011). Motivational interviewing delivered by diabetes educators : Does it improve Blood Glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients ? *Diabetes Res Clin Pract.*, 91 (1), 54-60.
- Wens, J., Vermeire, E., Hearnshaw, H., Lindenmeyer, A., Biot, Y. & Van Royen, P. (2008). Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes, A sub-analysis of a systematic review of randomised controlled trials. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 79, 377-388.
- White-Koning, M., Bertozzi-Salamon, A.-I., Vignes, M. & Arnaud, C. (2007). L'observance des adolescents atteints de cancer. *Bulletin du cancer* volume 94, 4, 349-356.
- 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.
- Wu, S.-F.V, Lee, M.C., Liang, S.Y. Lu, Y.Y, Wang, T.J & Tung, H.H. (2011). Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes : A randomized controlled trail. *Nursing and Health Sciences*, 13, 335-343.

Polycopiés

- Bochud, A. (s.d.). *Approche transthéorique*. [Polycopié] Fribourg : Haute Ecole de Santé – Fribourg.
- Nadot, N. (2010). *La revue systématique de littérature*. [Polycopié] Fribourg : Haute Ecole de Santé – Fribourg.
- Nadot, N. (2010). *Devis de recherche*. [Polycopié] Fribourg : Haute Ecole de Santé – Fribourg.
- Progin, E. (2009). *L'éducation thérapeutique*. [Polycopié] Fribourg : Haute Ecole de Santé - Fribourg

Documents électroniques

- Association des Biologistes des Régions Nord Picardie (2008). *L'utilisation de la télémédecine dans le diabète : Ce n'est plus de la science-fiction.* [Page Web] Accès : http://www.biologiereseauxsante.com/2008/index.php?option=com_content&task=view&id=457&Itemid=82 [Page consultée le 20 septembre 2012].
- Association Suisse du diabète (2011). *Facts + Figures.* [Page Web]. Accès : <http://www.diabetesgesellschaft.ch/fr/le-diabete/facts-figures/> [Page consultée le 22 août 2012].
- Association fribourgeoise du diabète (s.d.). *Nos prestations.* [Page Web] Accès : <http://www.diabetesfreiburg.ch/fr/nos-prestations/> [Page consultée le 14 septembre 2012].
- Centre d'Education du Patient (s.d.). *les 4 étapes de l'éducation du patient.* [Page WEB] Accès : <http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep22.htm> [Page consultée le 30 août 2012]
- Golay, A., Lager, G. & Giordan, A. (s.d.). *Motiver pour changer: un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique.* [Page Web] Accès : <http://www.lides.unige.ch/publi/rech/pdf/eduThera.pdf> [Page consultée le 5 août 2012].
- Haute Autorité de Santé (2007). *L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses.* [Page Web] Accès : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf [Page consultée le 16 août 2012].
- Hustache-Mathieu, L. & Faucher J.-F. (2010). *De l'importance de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge VIH.* [Page WEB] Accès : <http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/du->

diu/2010/diu/besancon/education_therapeutique.pdf [Page consultée le 6 septembre 2012].

- Laboratoire de Didactique et d'Épistémologie des Sciences (2008). *Définitions*. [Page Web] Accès : <http://www.lides.unige.ch/rech/eduThera/definitions.htm> [Page consultée le 13 août 2012].
- Macrez, P. (2010). *Favoriser l'observance thérapeutique*. [Page WEB] Accès : <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/favoriser-l-observance-therapeutique.html> [Page consultée le 9 mai 2010].
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier*. [Page WEB] Accès : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/index.html> [Page consultée le 18 mars 2011].
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). *10 points essentiels sur les maladies chroniques*. [Page WEB] Accès : http://www.who.int/features/factfiles/chp/01_fr.html [Page consultée le 20 mars 2011]
- Organisation Mondiale de la santé (2009). *Prévenir des hospitalisations grâce à la télémédecine*. [Page WEB] accès : <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/10/09-021009/fr/index.html> [Page consultée le 2 Septembre 2012].
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Thème de santé : Maladies chroniques*. [Page WEB] Accès : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ [Page consultée le 20 mars 2011].

- Organisation Mondiale de la Santé (2011). *Diabète*. [Page WEB]. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/index.html> [Page consultée le 28 juillet 2012].
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies : Evidence for action*. OMS. [Page WEB] Accès : http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf [Page consultée le 20 juillet 2012]
- Sauvanet, J.-P. (2010). Congrès de la société francophone du Diabète « diabète – Lille 2010 » : L'observance thérapeutique chez les diabétiques. [Page WEB] Accès : <http://www.bd.com/fr/diabetes/page.aspx?cat=6979&id=32522> [Page consultée le 25 juillet 2012].
- Soins Étude et Recherche en PSYchiatry (Serpsy) (2011). *Le risque de non-observance médicamenteuse*. [Page WEB] Accès : http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/non_observance.html [Page consultée le 16 avril 2011].
- Université Laval (2006). *Chapitre 1 : le modèle transthéorique du changement*. [Page Web]. Accès : <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/23895/ch02.html> [Page consultée le 20 septembre 2012].

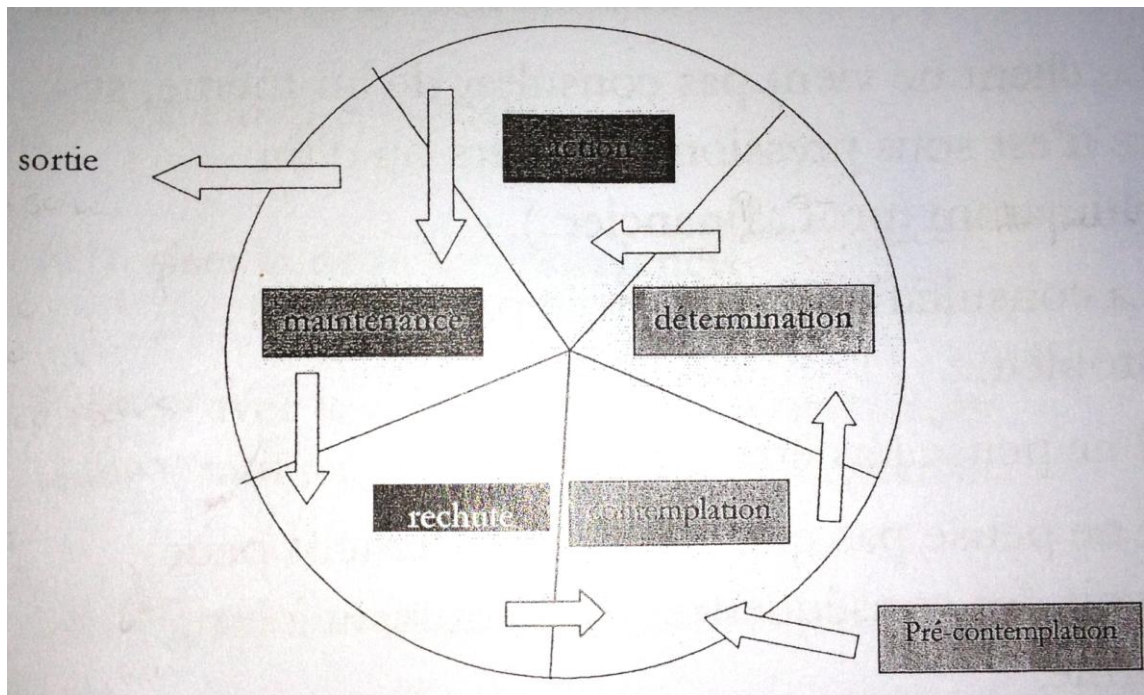
9. Annexes

9.1 Annexe A : Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir effectué ce travail personnellement, en respectant les normes et les règles de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans le cadre de ce travail sont clairement nommées et identifiées, conformément aux directives. »

Vanessa Defferrard

9.2 Annexe B : La roue du changement de Prochaska et di Clemente



Bochud, A. (s.d.). *Approche transthéorique*. [Polycopié] Fribourg : HEdS-Fr.

9.3 Annexe C : Grille de lecture critique d'un article scientifique – Approche quantitative

La grille suivante a été utilisée pour évaluer la validité des recherches afin d'inclure dans la revue les études de qualité uniquement (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

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

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

9.4 Annexe D : Grilles d'analyse des articles scientifiques

Titre	Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus : three year follow-up of a cluster randomised controlled trail in primary care
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Khunti, K., Gray, L.J., Skinner, T., Carey, M.E., Realf, K., Dallosso, H., Campbell, M., Heller, S. & Davies, M.J. (2012). Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus : three year follow-up of a cluster randomised controlled trail in primary care. <i>BMJ</i> , 344, 1-12.
Buts de la recherche / Question de recherche	Mesurer si les bénéfices d'un programme structuré d'éducation unique et d'auto-gestion pour les personnes nouvellement diagnostiquées diabétiques de type 2 sont maintenus à 3 ans
Cadre de référence (concepts, théories)	<ul style="list-style-type: none"> - éducation au diabète - self-management (autogestion) - diabète type 2 - soins en santé primaire
Population/Echantillon	604 participants souffrant de diabète de type 2 étaient admis pour le suivi.
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Essai contrôlé randomisé de groupe</p> <p>Envoi postal de questionnaires aux participants</p> <p>Praticiens contactés dans le même délai pour avoir les données biomédicales les plus récentes des participants pour voir si des différences avec les résultats biomédicaux et psychosociaux pourraient être maintenus à 3 ans.</p> <p>Le groupe intervention a reçu un programme d'éducation structuré en groupe durant 6 heures par des éducateurs professionnels de la santé. Quant au groupe contrôle, les patients ont reçu les soins habituels. L'intervention a été conçue comme un programme d'éducation en groupe, avec un programme écrit adapté à un large éventail de participants, délivré dans un contexte communautaire et intégré dans les soins de routine. Les professionnels de la santé ont suivi une formation pour délivrer le programme. Le programme était d'une durée de 6 heures, délivré soit sur un jour entier, soit sur 2 demi-jours, par 2 éducateurs. L'apprentissage a été suscité plutôt qu'enseigné, avec le comportement des éducateurs promouvant une approche non didactique. Le programme active les participants à considérer leurs propres facteurs de risque et, en accord avec les théories d'auto-efficacité, à choisir un but spécifique et réalisable pour travailler.</p> <p>Étude non aveugle</p> <p>Le suivi a eu lieu à 4, 8 et 12 mois et à 3 ans avec des données biomédicales, style de vie et données psychosociales. Des questionnaires comprenaient des questions de mode de vie sur le statut tabagique et l'activité physique. Un questionnaire évaluant la perception des gens de leur maladie et de leur habilité d'influencer le cours de leur diabète (contrôle personnel).</p>

<p>Résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> - données biomédicales collectées chez 604 participants : 332 pour le groupe intervention et 272 pour le groupe témoin - questionnaires complétés par 536 participants. 299 pour le groupe intervention et 237 pour le groupe témoin. - résultats biomédicaux : dans l'ensemble des résultats, améliorations observées dans les 2 groupes, sans différence significative entre les groupes à 3 ans. Le résultat de l'hémoglobine glyquée ne diffère pas entre les 2 groupes. - résultats style de vie : différence significative dans la proportion de non-fumeurs en faveur du groupe intervention à 12 mois, pas de différence maintenue à 3 ans. Aucune différence sur le niveau d'activité physique entre les groupes à 3 ans n'a été observée. - croyances sur la maladie, dépression, problèmes dans le diabète et qualité de vie : 4 des 5 scores de croyance de la maladie (cohérence, gravité, échéance et responsabilité personnelle) différaient significativement à 3 ans. Meilleure compréhension de la maladie et de sa gravité et meilleure perception de la durée de la maladie et de leur capacité d'influer sur le cours de leur maladie. Pas de différence observée entre les groupes au sujet de la dépression, de la qualité de vie à 3 ans. A 3 ans le nombre de personnes prenant des antidiabétiques oraux ne diffère pas significativement entre les groupes.
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Après 3 ans : impact du programme pas maintenu pour les résultats biomédicaux et du style de vie. Changements dans les croyances toujours apparents indiquant une meilleure compréhension des participants de leur diabète et de leur capacité d'influencer le cours de la maladie. - Suite au lancement du programme DESMOND → nombreuses études ont pour but d'améliorer la gestion de soi chez les diabétiques type 2. - Intervention DESMOND destinée à être incluse dans un modèle continu d'éducation et les soins cliniques... - Un aspect clé de la conception de l'étude était de montrer à quel point les avantages de l'intervention commencent à diminuer. - Hypothèse que les changements sur le mode de vie et le tabagisme ne seraient pas durable sans une intervention de maintenance. → notion de suivi à long terme. - Les participants peuvent avoir besoin de plus d'éducation et de soutien pour réussir à gérer leur maladie et pour améliorer les résultats cliniques et les comportements d'autogestion à long terme. - Les preuves d'un impact à long terme d'interventions éducationnelles structurées chez les diabétiques manquent actuellement. - Comparaison avec d'autres études. - Etudes futures nécessaires sur un temps de suivi plus long afin de pouvoir voir les effets de l'intervention au fil du temps.

<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>Forces et limites de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participants relativement bien accordés dans le groupe contrôle et le groupe intervention - Minimisation des contaminations entre les praticiens. - Tous les éducateurs participants à l'intervention = formation complète et de qualité assurée. - Taux de réponses élevé - Etude de faible puissance pour détecter des améliorations dans les résultats cliniques, par conséquent, certaines conclusions sont sujettes à des erreurs. - Les données manquantes sur les individus peuvent avoir moins d'impact dans un essai randomisé de groupe que dans un essai randomisé individuel. - Une faiblesse de l'étude → les différences significatives dans la mortalité ou les événements cardiovasculaires peu susceptibles d'être détecté dans cette étude. → cela demande un plus long suivi. - Biais de non-réponses détecté dans l'étude <p>Bonne méthodologie, les parties principales sont présentes. Le résumé permet d'avoir une vue d'ensemble de la recherche. Méthode et intervention bien détaillée. Résultats présentés thème par thème. limites et forces de l'étude séparées de la discussion.</p> <p>L'étude ne porte pas directement sur l'observance médicamenteuse. Les résultats positifs concernent les croyances que le patient a de sa maladie, celles-ci étant améliorées à la suite de l'intervention. Les croyances face à la maladie sont un des facteurs influençant l'observance médicamenteuse, de ce fait, l'hypothèse est faite que si les croyances sont améliorées, changées, ceci aura alors une influence positive sur l'observance qui pourra à son tour être améliorée ! aspect donc intéressant !</p>
--	--

Titre	Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes : A randomized controlled trail
Références bibliographiques	Wu, S.-F.V, Lee, M.C., Liang, S.Y. Lu, Y.Y, Wang, T.J & Tung, H.H. (2011). Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes : A randomized controlled trail. <i>Nursing and Health Sciences</i> , 13, 335-343.
Buts de la recherche / Question de recherche	Examiner les effets d'un programme axé sur l'auto-efficacité pour les diabétiques de type 2 à Taiwan. L'évaluation a porté sur l'amélioration dans l'auto-efficacité, des attentes de résultats et les comportements d'auto-soins.
Cadre de référence (concepts, théories)	- diabète type 2 - personnes adultes - self-efficacy → auto-efficacité - éducation
Population/ Echantillon	145 participants de plus de 30 ans atteints de diabète de type 2. 72 dans le groupe intervention 73 dans le groupe contrôle
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	Essai contrôlé randomisé Pré-tests et post-tests effectués pour évaluer les effets du programme d'intervention visant à améliorer l'auto-efficacité. Éthiquement approuvée Région → Taiwan, Chine Pour le programme → les participants voient 1 DVD de 10 min montrant une personne diabétique réalisant avec succès les activités d'auto-soins. Ils reçoivent une brochure couvrant le contrôle de l'alimentation, l'activité physique, les tests glycémiques, l'observance médicamenteuse et les soins de pieds. Participation à des séances de counseling (conseils) améliorant l'auto-efficacité. Groupes de 10-15 personnes, 4 séances par semaines d'1h chacune, contenant les compétences améliorant l'auto-efficacité, l'établissement des objectifs et le soutien par les pairs. Réalisé par une infirmière, formée aux techniques de counseling . Participation à un suivi téléphonique (à 8 et 16 sem. après le commencement du programme afin de favoriser la réalisation des performances via la persuasion verbale, appels de 10-15 min. Mesures auprès des participants faites 3 fois. Groupe contrôle : les participants complètent des questionnaires et reçoivent les soins de routine (programme d'éducation standard par une infirmière. et une nutritionniste) Groupe intervention : les participants complètent les questionnaires, reçoivent soins de routine et participent au programme d'intervention. Les 2 groupes : 3 mesures au même moment : au début, à 3 et 6 mois après le commencement. 4 questionnaires structurés utilisés (échelles). Analyse des données : utilisation d'un logiciel statistique SPSS Version 15.0

<p>Résultats</p>	<p>Les données de base ont été analysées pour l'échantillon total. Moyenne d'âge = 64.4 ans. Pas de différences significatives entre les 2 groupes dans les données de base.</p> <p>Efficacité du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attentes d'efficacité : les tests montrent des attentes d'efficacité significativement supérieures dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle au temps 2 et 3 mais pas au temps 1. • Attentes de résultats : groupe intervention = attentes de résultats significativement supérieures par rapport au groupe contrôle au temps 2 et 3, mais pas au temps 1. Appuie l'hypothèse que le groupe intervention aurait une plus grande auto-efficacité dans le management de leur maladie que dans le groupe contrôle. <p>Comportements d'auto-soins : groupe intervention = activités d'auto-soins significativement meilleures que dans groupe contrôle. Cela appuie l'hypothèse que les participants recevant l'intervention réaliseraient plus fréquemment ces activités que les autres.</p>
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<p>Les résultats indiquent que les attentes d'efficacité ont été améliorées à la suite du programme d'intervention au temps 2 et 3, ce qui appuie les résultats des chercheurs ayant examiné l'effet d'un programme d'éducation du diabète sur l'auto-efficacité. Cette étude confirme donc l'hypothèse que les participants recevant l'intervention ont une auto-efficacité supérieure dans le management du diabète que ceux qui ne reçoivent pas cette intervention.</p> <p>L'étude montre également que les activités d'auto-soins sont plus fréquemment réalisées par les patients recevant l'intervention, ce qui est cohérent avec les résultats rapportés par d'autres recherches. La teneur et les stratégies construites dans cette intervention améliorent les comportements d'auto-soins. Lorsque les patients croient qu'ils peuvent mener à bien des activités de soins (avec une plus grande auto-efficacité), ils font le meilleur parti de leurs compétences et réussissent facilement.</p> <p>Il est aussi montré qu'il est nécessaire de répéter une tâche jusqu'à ce qu'elle soit maîtrisée et que cela conduise finalement à la réussite.</p> <p>L'intervention prend plus de temps comparé à un programme de routine, mais finalement elle améliore les comportements d'auto-soins, améliore les difficultés associées et permet d'économiser sur les coûts de la santé à long terme.</p> <p>L'utilisation des services de santé a diminué au temps 3 de l'étude car le programme d'intervention assiste les patients pour maintenir les comportements de santé, pour la demande d'aide, la résolution de problème et faire un plan d'action. Cette intervention représente une amélioration de l'éducation traditionnelle de la santé pour les diabétiques.</p> <p>Cette étude montre qu'il est possible d'appliquer un programme de formation améliorant l'auto-efficacité pour les diabétiques et de renforcer leur confiance en leurs habilités aux auto-soins et au changement de comportement. Il est proposé d'incorporer à la formation des étudiants infirmiers et aux formations continues l'auto-efficacité dans l'éducation au patient. Une recherche qualitative est nécessaire pour clarifier leurs besoins. La réplication de cette étude dans des contextes divers ou avec d'autres populations et ajoutant d'autres mesures de résultats serait utile</p>

<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>Limites : suivi sur un court terme → pas assez long pour évaluer les effets durables du programme d'intervention. De plus longs suivis sont nécessaires pour déterminer si les bénéfices sont maintenus ou non au cours de la maladie. Par rapport au nombre d'hospitalisations et de visites aux urgences demandés lors de la collecte de donnée, les participants n'ont pu répondre que par oui ou non car difficile pour eux de se souvenir des chiffres exacts... par ailleurs, d'autres résultats significatifs n'ont pas été mesurés dans l'étude comme HbAc1 par exemple.</p> <p>L'étude présente une intervention permettant d'améliorer l'auto-efficacité chez les diabétiques de type 2. Montre des résultats intéressants. Ne s'axe pas directement sur l'observance médicamenteuse mais plutôt sur l'observance des thérapeutiques en général (auto-soins, régimes, activité physique, prise des ttt) → le traitement médicamenteux fait partie des thérapeutiques du diabète !</p> <p>Faiblesse de l'article : le pays (chine) qui ne correspond pas au critère d'inclusion « pays Européen » mais Taiwan peut être considéré comme une ville industrialisée ! il est alors nécessaire de prendre en compte qu'il peut y avoir des différences culturelles !!! La description des résultats est assez complexe à comprendre...</p> <p>Structure de l'article très claire, tous les chapitres principaux sont présents. Dans la conclusion des propositions concernant la formation des infirmières sont faites. Il est aussi signalé que d'autres études, sur une plus longue durée, sont nécessaires ! Dans l'introduction, une revue de littérature a également été conduite afin de faire l'état des connaissances. Dans la discussion, fait appel aux résultats d'autres études menées sur la même thématique permettant ainsi de confirmer (ou pas) les hypothèses faites au départ.</p>
--	---

Titre	Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence : a randomized controlled trial
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Bigner, H.R., Morales, K.H., De Vries, H.F. & Cappola, A.R. (2012). Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence : a randomized controlled trial. <i>Annals of family medicine</i> , vol.10, 1, 15-22.
Buts de la recherche / Question de recherche	Examiner si une approche intégrée brève et simple du traitement de la dépression et du diabète de type 2 améliore l'observance aux antidiabétiques oraux et aux antidépresseurs, le contrôle glycémique et la dépression chez les patients en soins primaires.
Cadre de référence (concepts, théories)	- Diabète de type 2 - Dépression - Observance médicamenteuse. Observance définie comme le pourcentage des doses prescrites prises. - Soins de santé primaire
Population/Echantillon	180 patients avec prescription d'antidiabétiques oraux et d'antidépresseurs, âgés de 30 ans et plus.
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Devis : essai randomisé contrôlé Région : Philadelphia, Pennsylvanie Recrutement des patients d'Avril 2010 à Avril 2011 Essai en 2 phases : phase de rodage (But : recueillir les taux d'observance pour tous les patients) et phase d'essai randomisé contrôlé → patients randomisés en 2 groupes par pile ou face :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe intervention (92) → programme individuel pour améliorer l'observance aux antidépresseurs et aux antidiabétiques oraux, reconnaissant le contexte social et culturel et l'intégration du traitement de la dépression avec la gestion du diabète. Travail en individuel. Par le biais de séances personnelles et de conversations téléphoniques. Éducation sur la dépression et le diabète de type 2. Intervention présentée aux patients comme un supplément et non un substitut aux traitements existant en soins primaires → car éducation seule pas efficace pour améliorer l'observance. Intervention en 3 temps de 30 min (au début, à 6 et 12 semaines) et 2 contacts téléphoniques de 15 min sur une période de 3 mois. • Groupe contrôle (88) → soins usuels. Au début, à 6 et 12 semaines. Mêmes évaluations que dans groupe intervention, de la même façon. <p>Tous les participants → test MMSE, évaluation. des caractéristiques sociodémographiques. TA, BMI, LDL cholestérol, status fonctionnel Observance aux médicaments mesurée pendant les 2 semaines de rodage puis à 6 et 12 semaines avec le MEMS caps. Taux d'HbAc1 mesuré au début et à 12 semaines. Symptômes de dépression mesurés à l'aide d'un questionnaire au début, à 6 et 12 semaines.</p>

<p>Résultats</p>	<p>Résultats pour l'observance : à 6 et 12 semaines, amélioration significative de l'observance aux antidiabétiques oraux et aux antidépresseurs dans le groupe intervention comparé au groupe contrôle.</p> <p>Résultats cliniques : patients du groupe intervention plus susceptibles d'atteindre un taux d'HbAc1 inférieur à 7% par rapport au groupe contrôle, à 12 semaines. Groupe intervention → amélioration significative de la variation moyenne du taux d'HbAc1 à 12 semaines.</p> <p>Les patients du groupe intervention sont plus susceptibles d'avoir une rémission de la dépression comparé au groupe contrôle, après 12 semaines.</p>
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<p>Conclusion principale : les patients du groupe intervention ont montré des taux plus élevés d'observance aux antidiabétiques oraux et aux antidépresseurs, ainsi qu'un meilleur contrôle glycémique et moins de symptômes dépressifs, lors de la visite finale de l'étude. Utilité d'une intervention de gestion de soins intégrés simple et brève pour les patients en soins primaires avec diabète type 2 et dépression.</p> <p>Adoption d'un ensemble de lignes directrices pour le traitement de la dépression et du diabète, appliqué dans un contexte de soins primaires dans lequel la majorité des adultes reçoivent leurs soins médicaux.</p> <p>Souvent, de nombreux patients ont des traitements inadéquats à cause d'une mauvaise observance.</p> <p>Améliorer la gestion du diabète et de la dépression a un impact important de santé publique sur l'état fonctionnel du patient et sur la mortalité.</p> <p>Les résultats de l'étude appellent à une plus grande accentuation de la part des systèmes de soins et des organisations politiques sur le développement et la promotion de programmes cliniques pour augmenter l'observance médicamenteuse, en particuliers chez les patients avec des maladies chroniques et dépression.</p>

<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>Limites de l'étude : 1) Résultats obtenus à partir de patients recevant des soins dans 3 sites de soins primaires, cela pourrait donc ne pas être représentatifs des pratiques de soins les plus primaires. 2) Méthode d'évaluations de l'observance contient des limitations 3) Pertinence clinique du seuil de 80% pour l'observance n'a pas été testée pour de nombreux médicaments. 4) les patients dans groupe contrôle n'ont pas eu le même nombre de contact « en personne » que dans le groupe intervention.</p> <p>Bonne structure de l'article, les parties principales sont présentées. Ne contient pas la partie « implications pour la pratique infirmière » car ne vient pas d'un journal de sciences infirmière.</p> <p>Résultats peu illustrés par des chiffres concrets, on ne peut pas voir quelle a été l'amélioration exacte du taux d'HbAc1 par exemple...</p> <p>Aborde la dépression, accompagnant très souvent le diabète. Cela ne concerne pas directement le thème de la revue de la littérature mais comme la dépression semble jouer un rôle important sur l'observance médicamenteuse, il est intéressant de voir ce que la prise en charge de la dépression chez un diabétique de type 2 amène comme résultats, qui, selon l'étude présente semble positif.</p>
--	---

Titre	Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes contrôle in urban adults
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Walker, E.A., Shmukler, C., Ullman, R., Blanco, E., Scollan-Koliopoulus, M. & Cohen, H.W. (2011). Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes contrôle in urban adults. <i>Diabetes Care</i> , vol.34, 1, 2-7.
Buts de la recherche / Question de recherche	Comparer l'efficacité d'une intervention téléphonique et d'une intervention en texte imprimé sur une période d'une année chez des adultes à faible revenu en milieu urbain.
Cadre de référence (concepts, théories)	Observance médicamenteuse Diabète type 2 Adultes Intervention par téléphone (télécommunication)
Population/Echantillon	527 adultes diabétiques de type 2, âge > 30 ans, principalement minoritaire en terme de race/ethnique, faible revenu, nés à l'étranger 228 dans le groupe « téléphone » 216 dans le groupe « texte imprimé »
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	Étude contrôlée randomisée d'intervention comportementale. Protocole de l'étude vise à évaluer les interventions chez les personnes qui pourraient avoir des difficultés à remplir en personne les programmes d'éducation d'autogestion du diabète. Randomisation faite par informatique. Groupe intervention → 10 appels à 4-6 semaines d'intervalle de la part de leur éducateur au cours de l'intervention d'une durée d'un an. Appels adaptés aux besoins des participants mais principalement axés sur l'observance au traitement du diabète et secondairement sur les changements de mode de vie grâce à une alimentation saine et une activité physique. La résolution de problème, l'établissement d'objectifs, la communication et la planification des visites médicales = éléments importants dans l'intervention. Protocole basé sur l'amélioration de la responsabilisation et l'auto-efficacité en utilisant des approches socio-écologiques . Éducateurs → utilisation d'un manuel pour guider le contenu des appels, mais les participants sont encouragés à choisir les thèmes pour chaque appel. Résultat principal = changement du taux d'HbAc1 Mesure de l'observance médicamenteuse : chaque prescription d'antidiabétiques oraux, sa classe, la date, nombre de comprimés distribués et le nombre de comprimé par jour ont été utilisés pour calculer un ratio de possession de médicaments. Type de mesure utilisé pour de nombreuses études. Une échelle de mesure a aussi été utilisée

<p>Résultats</p>	<p>527 participants au total randomisés. Participants provenant principalement de minorités en terme de race/ethnique avec faible revenu, d'âge moyen et nés à l'étranger. Taux HbAc1 moyen de base = 8.6%. Insuline prescrite pour 24% des participants.</p> <p>Groupe « téléphone » (228) → diminution de HbAc1 de 0.23% au cours de l'année d'étude comparé à une augmentation de 0.13 % pour le groupe contrôle. Après ajustement pour le taux HbAc1 de base, le sexe, l'âge et l'utilisation d'insuline, différence dans le changement d'HbAc1 entre les 2 groupes = 0.40%.</p> <p>Le changement dans l'observance médicamenteuse mesuré par des données de réclamations (claims data), mais non par mesure auto-évalués, était significativement associé avec un changement dans HbAc1. L'Amélioration de l'observance médicamenteuse est associée avec l'intervention téléphonique, mais uniquement chez les participants ne prenant pas d'insuline ! L'intervention « téléphone » n'est pas associée avec un changement dans l'observance médicamenteuse si le régime inclut de l'insuline</p> <p>Durée moyenne de chaque appel = 14.1 +/- 4.6 min. Amélioration significative du taux HbAc1 associée avec au moins 6 appels téléphoniques achevés.</p>
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<p>Une intervention comportementale téléphonique mise en œuvre par les éducateurs de santé sous supervision d'une infirmière éducatrice spécialiste en diabète certifiée, a réussi à considérablement améliorer le taux d'HbAc1 comparé à une intervention écrite.</p> <p>Cette étude fournit un modèle de réussite d'une intervention offrant un support d'autogestion à moindre coût que les études utilisant des professionnels de la santé autorisés ou des interventions plus intensives. Des éducateurs de la santé formés et supervisés par un éducateur spécialiste du diabète certifié peuvent promouvoir et maintenir des compétences d'autogestion et fournir un support essentiel nécessaire pour les individus gérant leur diabète.</p> <p>Une explication possible des différences observées dans l'efficacité de l'intervention pour l'observance médicamenteuse liée à l'utilisation de l'insuline peut être que de l'insuline prescrite en combinaison avec des antidiabétiques oraux est complexe, ce qui réduit l'observance aux antidiabétiques oraux. Autre explication possible : les éducateurs de santé, encadrés par une infirmière certifiée éducatrice en diabète, n'ont peut-être pas été aussi efficaces dans le counseling de l'observance médicamenteuse avec les participants sous divers schéma d'insuline comme ils l'étaient avec ceux ayant des antidiabétiques oraux seuls.</p> <p>Conclusion : une intervention téléphonique adaptée sur une année intégrée par des éducateurs de santé a réussi à considérablement, bien que modestement, à améliorer le contrôle du diabète comparé à une intervention « imprimée » dans une population minoritaire à faible revenu et assurée.</p>

<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>Limites : méthodologie de mesure du taux d'HbAc1 remplie par le patient et envoyée au labo a ses propres limitations, imposées par la nature du protocole de ne pas exiger des visites soumises dans un centre de laboratoire ou de recherche. Peut contribuer à la variabilité des mesures.</p> <p>Pas tous les patients ont été jusqu'au bout de l'enquête du protocole ou de l'évaluation finale du taux d'HbAc1.</p> <p>Un petit groupe de patient avaient moins de 6 appels. L'observation que seuls ces 6 avaient une amélioration statistiquement significative bien que modeste du contrôle glycémique ajoute à la confiance que le mécanisme des appels était responsable de la différence entre les 2 groupes, cependant, ceux acceptant plus d'appels peuvent être plus sensible au changement, ce qui pourrait confondre ces résultats.</p> <p>Forces : participants = homogènes, pas de barrières économiques pour les médicaments ou les visites médicales car leur syndicat/employeurs sponsorisaient les bénéfices de santé. (participants assurés).</p> <p>Biais de sélection évités</p> <p>L'éducation à l'autogestion du diabète a plus de succès quand elle est maintenue à long terme. Intervention téléphonique = intervention pratique et faisable pour aider les gens ayant des difficultés à accéder à une éducation. Cette intervention pourrait avoir plus de succès dans l'amélioration du taux d'HbAc1 si elle est intégrée dans l'un des modèles de fournisseurs ou de payeur, spécialement si en synergie avec d'autres initiatives ciblée sur l'amélioration de la qualité.</p> <p>Étude intéressante montrant l'efficacité d'une intervention téléphonique. Cette intervention semble être un moyen intéressant permettant ainsi à un plus grand nombre de personnes à accéder à l'éducation. Système de télécommunication = moderne.</p> <p>L'étude porte sur une population minoritaire, à faible revenu, population pour laquelle il est souvent plus difficile d'atteindre les objectifs de traitement. L'étude propose donc un moyen qui semble efficace et accessible aux populations ayant plus de difficultés à accéder à d'autres programmes d'éducation pour les aider à gérer leur maladie.</p> <p>Au niveau méthodologique, article bien structuré, méthode et intervention bien décrites. Résultats bien explicités. Le chapitre discussion semble intégré dans la conclusion, qui présente également les limites et les forces de l'étude de manière bien distincte. Les implications pour la pratique manquent cependant.</p>
--	---

Titre	Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Rygg, L.Ø., By Rise, M., Grønning, K. & Steinsbekk, A. (2012). Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. <i>Patient education and counseling</i> , 86, 98-105.
Buts de la recherche / Question de recherche	Évaluer l'efficacité de l'éducation continue de l'auto-gestion du diabète basé sur le groupe, développé localement pour les patients diabétiques de type 2. (étude effectuée en Norvège)
Cadre de référence (concepts, théories)	- Diabète type 2 - Education en groupe - Self-management
Population/Echantillon	146 Patients avec diabète de type 2, âgés de plus de 18 ans.
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	Essai contrôlé randomisé Pays : Norvège Éthiquement approuvée 20 médecins ont identifié les patients admissibles pour l'étude, ceux-ci ayant reçu une « invitation ». patients ok pour participer → ont donné leur consentement éclairé. Après l'entretien de base, les patients ont été randomisés par ordinateur. Les infirmières en charge du programme d'éducation ont envoyé aux participants les informations au sujet du programme. Les participants à l'étude ont été mélangés avec d'autres patients dans le même cours. 146 patients randomisés. 73 dans le groupe intervention et 73 dans le groupe contrôle Groupes d'éducation consistent en 8-10 patients. Intervention menée par des infirmières spécialisées en diabétologie. Contenu axé sur les informations au sujet du diabète et ses complications, la diète, l'activité physique et l'amélioration du contrôle métabolique. Les méthodes d'enseignement = lecture avec informations d'introduction et questions, apprentissage interactif/formation aux compétences, groupe de discussion autour de l'expérience des patients et questions se posant dans le groupe. Longues pauses pour donner le temps aux participants d'interagir entre eux. Durée du programme = 15 heures sur 3 séances avec 1 ou 2 semaines entre les séances Les participants randomisés dans le groupe contrôle ont été placés sur une liste d'attente (recevront le programme après un an). Tous les participants ont été informés qu'ils devaient continuer leurs soins de santé et leurs traitements indépendamment de l'étude. Les résultats ont été mesurés à 6 et 12 mois. TA, Poids, Hauteur, BMI taux d'HbAc1, profile lipidique (cholestérol). Des questionnaires évaluant « l'activation du patient » « la qualité de vie » « zones à problèmes dans le diabète » « la satisfaction aux traitements » « la santé globale auto déclarée » « les connaissances du diabète » ont été remplis. Pour mesurer la médication, l'utilisation des soins de santé et les compétences d'autogestion, les participants ont été questionnés par des questions simples sur l'utilisation de l'insuline ou des comprimés, ...

Résultats	<p>Participation à l'intervention : 12 patients n'ont participé à aucune séance d'éducation, 4 ont assisté à 2 des 3 jours et 57 patients ont assisté aux 3 jours. Âge moyen = 66 ans.</p> <p>Pas de différence statistiquement significative entre les groupes sur les résultats principaux après 6 mois. Cependant, ceux du groupe contrôle ont eu une détérioration statistiquement significative de leur taux d'HbAc1 entre le début et 12 mois de 0.3 % alors que dans le groupe intervention le taux de base est maintenu.</p> <p>Les 2 groupes ont amélioré leurs connaissances du diabète entre le début et 12 mois, mais les patients du groupe intervention ont montré des niveaux significativement plus élevés à 6 et 12 mois par rapport au groupe contrôle. Ils ont aussi un niveau significativement plus élevé de satisfaction au traitement à 6 mois mais pas à 12 mois.</p> <p>Dans groupe intervention, observation d'un changement significatif entre le début et 12 mois dans la proportion de patients qui évitaient l'alimentation grasse et la mesure de leur glycémie, mais pas de changement dans le groupe contrôle.</p>
Discussion / Perspectives pour la pratique	<p>Pas d'effet statistiquement significatif entre les 2 groupes sur le taux HbAc1 ou l'activation du patient, mais le taux d'HbAc1 dans le groupe contrôle s'est détérioré alors qu'il est resté inchangé dans le groupe intervention. Le groupe intervention a montré de meilleures connaissances du diabète et amélioration des compétences d'autogestion après le programme mais a montré une tendance à la qualité de vie mentale moins bonne.</p> <p>Cette étude est la première à évaluer l'effet d'un tel programme développé localement que l'on opère dans la pratique quotidienne.</p> <p>L'intervention semble avoir un meilleur effet pour ceux ayant des taux d'HbAc1 plus élevés, les personnes avec un mauvais contrôle du diabète sont plus susceptibles de connaître une issue positive de l'éducation de groupe.</p> <p>La pauvre observance ne doit pas être liée au manque de connaissances du diabète, mais à comment les personnes priorisent leur gestion du diabète. Dans cette étude, l'intervention conduit à une augmentation de connaissances au sujet du diabète et ceux avec un taux d'HbAc1 plus élevé ont amélioré leur contrôle métabolique.</p> <p>Conclusion : les programmes d'éducation de l'autogestion du diabète continus développés localement ont empêché une augmentation du taux d'HbAc1. Le groupe intervention a montré de meilleures connaissances du diabète et a amélioré les compétences d'autogestion après le programme.</p>
Commentaires critiques sur la qualité de l'étude	<p>Limites : taux d'HbAc1 plus bas que prévu...</p> <p>Étude intéressante, montrant une certaine efficacité de l'éducation en groupe, malgré des résultats un peu mitigés. Concerne la gestion du diabète en général, mais un lien avec l'observance médicamenteuse peut tout de même être fait suite à la lecture (médication = thème abordé durant les séances d'éducation), car celle-ci participe au contrôle du diabète.</p> <p>Méthodologie : étude bien structurée, toutes les parties sont présentes et bien distinctes. Résumé clair et synthétisant les parties principales de l'étude. La méthode est bien décrite, malgré le fait qu'elle n'est pas facile à comprendre (parle de 2 hôpitaux...), résultats explicites mais qui restent relativement mitigés. Étude provenant de Norvège.</p>

Titre	Influence of diabetic education on patient metabolic control
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Mollaoğlu, M. & Beyazıt, E. (2009). Influence of diabetic education on patient metabolic control. <i>Applied Nursing Research</i> , 22, 183-190.
Buts de la recherche / Question de recherche	Évaluer l'effet de l'éducation planifiée donnée aux personnes avec un diabète de type 2 sur leur contrôle métabolique.
Cadre de référence (concepts, théories)	- Diabète type 2 - Education
Population/Echantillon	50 participants diabétiques de type 2, ayant donné leur consentement
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Essai clinique contrôlé randomisé Pays : Turquie Recherche approuvée éthiquement 25 patients dans le groupe intervention 25 patients dans le groupe contrôle Données recueillies à l'hôpital avant la sortie puis à la maison 4 et 8 semaines plus tard.</p> <p>Intervention fournie par une infirmière spécialisée en diabétologie avec certificat d'éducation, ayant mené des programmes d'éducation similaires.</p> <p>Programme éducationnel = 3 séances entre l'éducateur et le patient. Valeurs métaboliques des patients des 2 groupes mesurées 3 à 4 jours avant leur sortie d'hôpital. Avant la sortie, le groupe intervention éduqué sur le contrôle métabolique par chercheur.</p> <p>1^{ère} séance à l'hôpital. Le contenu de l'éducation recouvre les thèmes suivants : qu'est-ce le diabète, les facteurs influençant le contrôle métabolique. Sous forme verbale et sous forme de questions-réponses. Parfois, formes et images utilisées. Séance de 40 minutes, les participants reçoivent également une éducative pour fournir les informations écrites.</p> <p>Les patients sont ensuite suivis à la maison, 4 semaines après la sortie d'hôpital. Un proche du patient inclus dans l'éducation. Éducation reçue à l'hôpital = répétée. Dans la 2^{ème} séance, accent mis sur le thème dont le patient a le plus besoin. Durée de 30 minutes. Les patients du groupe contrôle sont également suivis à domicile, mesure des valeurs, mais pas d'éducation.</p> <p>3^{ème} séance également à la maison. Valeurs métaboliques enregistrées pour évaluer l'efficacité des séances précédentes.</p> <p>Mesures des données : les patients reçoivent des questionnaires au sujet de caractéristiques sociodémographiques, mesure du contrôle métabolique par le taux d'HbA1c, valeur du glucose dans l'urine et du niveau de cholestérol.</p>

<p>Résultats</p>	<p>Pas de différence significative entre les 2 groupes au niveau des caractéristiques sociodémographiques et cliniques.</p> <p>1^{ère} mesure de valeur du taux d'HbAc1 dans les 2 groupes → montre un niveau de contrôle glycémique pauvre et pas de différence significative entre les 2 groupes. Mesure finale du groupe intervention montre une diminution du taux d'HbAc1 de 9.5 à 7.5%, passant d'un niveau bas de contrôle glycémique à un niveau acceptable de contrôle. Dans le groupe contrôle, pas de changement significatif, le niveau de contrôle glycémique reste bas. La différence entre les 2 groupes à la mesure finale est statistiquement significative.</p> <ul style="list-style-type: none"> - glycémie à jeun : taux principal des individus du groupe intervention tombe d'une valeur de début de 178.3 mg/dl à 137.1mg/dl (valeur finale). Taux du groupe de contrôle passe de 199.2 à 168.1. La différence entre les 2 groupes à la 1^{ère} mesure n'est pas statistiquement significative. → valeurs similaires. Lors de la mesure finale, il y a une différence entre les principales valeurs du groupe intervention et contrôle statistiquement significative. Valeur de la glycémie à jeun du groupe intervention tombe d'une valeur haute à acceptable. Les valeurs du groupe de contrôle restent hautes. - Glycémie postprandiale : différence entre les 2 groupes statistiquement significative constatée - Sucre dans les urines : les valeurs principales ont baissé dans les 2 groupes entre le début et la fin de l'étude, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes. - cholestérol : pas de différence entre les 2 groupes observée. Les valeurs principales dans groupe intervention et de contrôle ont diminué entre la 1^{ère} mesure et la mesure finale et la différence entre les 2 groupes n'est pas statistiquement significative.
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<p>Amélioration du contrôle métabolique chez adultes avec diabète type 2 atteint par l'application d'une éducation planifiée.</p> <p>Éducation → fournit connaissances et compétence permettant au patient de réaliser les auto-soins sur une base régulière. Éducation = essentielle pour atteindre un bon contrôle glycémique. Peut influencer les comportements pouvant à leur tour modifier le contrôle du diabète. Les résultats des activités éducationnelles planifiées données aux diabétiques indiquent une augmentation significative dans le contrôle métabolique chez les patients du groupe intervention. à savoir qu'avant le début de l'intervention, les paramètres métaboliques des 2 groupes ont été comparés et pas de différence statistiquement significative trouvée.</p> <p>Taux d'HbAc1 = meilleure reflet du contrôle métabolique. = considéré comme critère objectif. Dans cette recherche, un processus d'enseignement-apprentissage a été effectué pour encourager les participants à prendre la responsabilité de l'auto-soin en développant les compétences nécessaires pour régler leurs habitudes alimentaires et l'activité physique et d'observer et d'interpréter les signes et les symptômes. Le taux d'HbAc1 diminue dans le groupe intervention mais pas dans le groupe de contrôle. les résultats sont en accord avec une autre étude. Les raisons possibles de cette amélioration : répétitions à 3 reprises des thèmes d'éducation et présentation de ceux-ci en lien avec les besoins de chaque patient, inclusion d'un proche durant les séances, à la maison et empressement (dans le sens de motivation) des patients et des proches de recevoir l'éducation. Concernant les glycémies et le sucre dans urine, à la</p>

	<p>mesure finale, une différence entre les 2 groupes dans les valeurs principales est statistiquement significative. Ces résultats peuvent indiquer l'importance du support de l'aide et du counseling par le personnel de santé et l'éducation. Dans des études similaires menées en Turquie, l'éducation a montré être efficace dans l'atteinte de valeurs métaboliques acceptables en particuliers si elle est répétée. Cette étude montre que les patients peuvent être motivés à utiliser le système d'éducation centré sur le patient (éducation individuelle) et ainsi mieux gérer leur diabète. Les résultats sont cohérents avec d'autres programmes similaires. Dans cette étude, il est montré que l'amélioration de l'hyperglycémie et du taux d'HbAc1 diminue significativement le cholestérol. Pour réaliser les buts dans le contrôle du diabète, le patient doit être attentif à son alimentation, faire des changements dans son mode de vie incluant activité physique, utilisation des médicaments. Coopération avec l'équipe de soins. Cette étude met en évidence que les patients informés et motivés peuvent coopérer avec les professionnels de santé et les établissements médicaux. Il a également été signalé que certains facteurs internes (anxiété) et externes (conditions physiques du milieu scolaire) ont une incidence négative sur l'éducation du patient. Cependant, parce que le programme d'enseignement de cette étude était centré sur le patient, axé sur leurs besoins, et fourni dans le cadre naturel du domicile des patients, ces facteurs négatifs ont pu être diminués et l'efficacité de l'éducation a peut-être été augmentée. → Cette étude montre qu'une intervention à domicile axée sur les auto-soins et centrée sur le patient fournie par des infirmières peut aider les patients à atteindre et maintenir des valeurs métaboliques normales. Les infirmières doivent exercer des pressions pour l'expansion de l'intervention à domicile afin que leurs clients soient en mesure de recevoir des soins de réadaptation auto-centrés. Le processus éducatif doit être continu !</p> <p>Des études doivent être conduites dans le but de déterminer les effets de l'éducation sur les valeurs métaboliques avec un plus large échantillon et sur une plus longue durée.</p>
<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>Limites selon les auteurs : nombre limité de patients, pas d'évaluation du poids, du BMI et de la TA, d'où le besoin d'étude avec un plus grand échantillon et prenant en compte les autres valeurs métaboliques.</p> <p>Étude très intéressante montrant des résultats significativement positifs d'un programme d'éducation planifié, reçu par des patient à domicile et réalisé par des infirmières. Montre bien l'importante de l'éducation dans la prise en charge du diabète ainsi que de l'implication de l'infirmière (et du patient → notion de self-management). N'aborde pas spécifiquement l'importance de l'observance médicamenteuse, mais le contrôle métabolique du diabète passe inévitablement par le suivi du ttt, comme indiqué dans le background ainsi que dans d'autres études lues auparavant. Provient d'un journal infirmier. Étude alors retenue.</p> <p>Article bien structuré. Présente une revue de littérature sur le thème. méthode et résultats très bien décrits, facilement compréhensible. La discussion propose des implications pour la pratique infirmière. Cependant le résumé pourrait être plus structuré, mais malgré cela, permet d'avoir une vision globale du contenu de l'article.</p>

Titre	Long-term effects of self-management education for patients with type 2 diabetes taking maximal oral hypoglycaemic therapy : a randomized trial in primary care
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Goudswaard, A.N., Stolk, R.P., Zuithoff, N.P.A., de Valk, H.W. & Rutten, E.H.M. (2004). Long-term effects of self-management education for patients with type 2 diabetes taking maximal oral hypoglycaemic therapy : a randomized trial in primary care. <i>Diabetic Medicine</i> , 21, 491-496.
Buts de la recherche / Question de recherche	Efficacité à court et à long terme d'un programme éducationnel de 6 mois chez des diabétiques de type 2 traités en soins primaire, ayant des doses maximales d'antidiabétiques oraux mais un contrôle glycémique mauvais, pour évaluer l'effet net de l'éducation.
Cadre de référence (concepts, théories)	- Observance médicamenteuse (antidiabétiques oraux) - Diabète de type 2 - Education à l'autogestion - Soins en santé primaire
Population/Echantillon	54 patients, de 39 à 75 ans, traités avec des doses maximales d'antidiabétiques oraux, ayant besoin de commencer l'insuline. Avec HbAc1 >7%
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	Essai randomisé contrôlé Contexte : soins de santé primaire Région : Utrecht, the Netherlands. Éthiquement approuvée, patients → consentement éclairé par écrit. Patients randomisés en 2 groupes, par téléphone <ul style="list-style-type: none"> • Groupe intervention (25) → recevant un programme éducationnel individuel par une infirmière spécialisée en diabète. Intervention éducationnel mixte et collaborative. Axée sur les informations générales sur le diabète, le renforcement de la compliance avec la médication actuelle, l'importance de l'activité physique et de la perte de poids, les conseils nutritionnels. Sur une période de 6 mois, 6 séances données à intervalles de 3- 6 semaines, d'une durée entre 15 et 45 minutes. Après la dernière séance, les patients reprennent à nouveau les soins habituels. • Groupe contrôle (29) → recevant soins habituels par leur médecin généraliste, gestion selon l'actuel guideline néerlandais sur le diabète type 2. 3 examens mensuels axés sur les symptômes et les mesures de la glycémie à jeun, l'éducation étant donnée pendant les rendez-vous médicaux. Pendant la durée de l'étude (6 mois) le médecin ne doit pas adresser le patient à une infirmière. spécialiste du diabète, pas de modification. du traitement, seulement si symptômes de sévère hyperglycémie. Taux d'HbAc1 mesuré lors de randomisation, 7.5 mois après et 18 mois après. Dans groupe intervention, aussi mesurée après 3 ^{ème} séance. Après 1 an → demande aux médecins si des patients ont été mis sous insuline.

<p>Résultats</p>	<p>Dans le groupe intervention : 25 patients ont été jusqu'au bout des 6 séances avec l'infirmière, il n'y a pas eu de changement dans la médication pour le diabète et pas de traitement d'insuline débuté.</p> <p>Dans le groupe contrôle : 27 patients sans changement dans la médication</p> <p>Le taux d'HbAc1 est passé de 8.2% à 7.2% dans le groupe intervention et de 8.8% à 8.4% dans le groupe contrôle.</p> <p>Dans le groupe intervention 60% des patients et 17% des patients du groupe contrôle ont atteint un taux d'HbAc1 <7%.</p> <p>Après 1 an : les données sont valables pour 50 patients. La différence de variation du taux d'HbAc1 moyenne dans les 2 groupes était de 0.2% en faveur du groupe intervention, pas statistiquement significatif. Dans le groupe intervention, 17% des patients et 15% dans groupe contrôle avaient encore un taux d'HbAc1 <7%. 6 patients du groupe intervention ont du recevoir insuline et 10 du groupe contrôle.</p>
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<p>Les données du suivi ont été obtenues 18 mois après le départ, supérieures à la plupart des études sur l'éducation du diabète.</p> <p>Montre qu'à court terme, éducation individuelle structurée par une infirmière. spécialisée en diabète conduit à une amélioration significative et cliniquement pertinente du taux d'HbAc1 (-0.7% 6 semaines après intervention). 60% dans le groupe intervention vs. 17% dans groupe contrôle ont atteint un taux HbAc1 <7%, important indicateur du besoin en insuline.</p> <p>Mais 1 an après, plupart des effets sont perdus... → les résultats à long terme d'un programme éducatif sans suivi structuré sont décevants</p> <p>Les résultats sont encourageant pour les patients prenant des doses maximales d'antidiabétiques oraux qui devraient débiter l'insuline</p> <p>La détérioration après 18 mois serait sûrement due à l'arrêt du programme éducatif, plutôt qu'à l'aggravation du diabète au fil du temps. Matériel éducatif et méthode de travail responsable ? matériel simple et bon marché, cours de courte durée.</p> <p>Les résultats soulignent l'intérêt limité à court terme des programmes éducatifs dans le traitement du diabète. L'éducation dans cette forme devrait être renforcée régulièrement et intégrée dans les soins standards du diabète.</p> <p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier si de tels renforts peuvent réaliser des améliorations durables dans le contrôle glycémique</p>
<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>L'intervention est délivrée par des infirmières. compétentes avec une longue expérience dans le domaine du diabète alors que dans pratique quotidienne les éducateurs sont moins expérimentés et probablement moins efficace → généralisation limitée</p> <p>Étude de plus de 5 ans (2004) ! cependant, elle offre des données intéressantes ! de plus, d'après la dernière revue systématique de littérature Cochrane dont recherches électroniques finies en 2002, l'étude offre des données nouvelles.</p> <p>La structure de l'article est bonne, le résumé synthétise clairement les parties principales de l'étude. les parties principales sont présentes. L'introduction donne une vision globale de la problématique. Pas « d'implication pour la pratique infirmière » car</p>

	<p>pas issue d'un journal de sciences infirmières, mais concerne tout de même la pratique infirmière, l'intervention étant faite par des infirmières spécialisées dans le domaine du diabète.</p> <p>Étude intéressante car elle propose une intervention de soins effectuée par des infirmières et permettant d'améliorer de manière significative le taux d'HbAc1. Cependant cette amélioration n'est qu'à court terme, car à long terme les effets ont quasi tous disparu (1 an après la dernière séance). L'un des objectifs de l'intervention est de renforcer l'observance à la médication actuelle des patients, ce qui correspond à la question de recherche de la revue de la littérature.</p>
--	---

Titre	Motivational interviewing delivered by diabetes educators : Does it improve Blood Glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients ?
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Welch, G., Zagarins, S.E., Feinberg, R.G. & Garb, J.L. (2011). Motivational interviewing delivered by diabetes educators : Does it improve Blood Glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients ? <i>Diabetes Res Clin Pract.</i> , 91 (1), 54-60.
Buts de la recherche / Question de recherche	Déterminer si le contrôle glycémique est amélioré lorsque l'entretien motivationnel est utilisé avec l'éducation du self-management du diabète, en comparaison à une éducation du self-management seule.
Cadre de référence (concepts, théories)	<ul style="list-style-type: none"> - Entretien motivationnel - Stratégie de changement de comportement centré sur le patient - Diabète de type 2 - Éducation à l'autogestion du diabète (self-management education)
Population/Echantillon	234 patients avec un mauvais contrôle glycémique randomisés en 4 groupes
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	<p>Devis pas clairement mentionné, mais semble être un essai contrôlé randomisé.</p> <p>Étude approuvée par le comité de l'hôpital Internal Review Board.</p> <p>234 patients, divisés en 4 groupes</p> <ul style="list-style-type: none"> - groupe 1 : entretien motivationnel + l'éducation du self-management du diabète - groupe 2 : éducation du self-management du diabète seule - groupe 3 : entretien motivationnel + l'éducation du self-management du diabète avec rapport - groupe 4 : éducation du self-management du diabète seule avec rapport <p>4 éducateurs spécialistes du diabète participent à l'étude. 2 reçoivent une formation à l'entretien motivationnel. Les 2 autres pas d'autre formation spécifique.</p> <p>4 séances d'éducation sur une période de 6 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - outil informatisé d'évaluation de l'autogestion utilisé (Diabetes Self Care Profile) - changements dans l'hémoglobine glyquée comparés
Résultats	<p>234 patients randomisés en 4 groupes. Age moyen dans l'étude : 55.7+/- 10.2 ans.</p> <p>Nombre moyen des visites des éducateurs = 3.3 (pour un max de 4) sur une période de 6 mois.</p> <p>Observation de différences significatives entre les éducateurs formés à l'EM et ceux non entraînés : éducateurs formés = écoute réflexive plus intégrée, diminution des réponses incohérentes, les patients modifient plus leur façon de parler.</p> <p>Changement moyen dans le résultat principal (hémoglobine glyquée) au cours de l'intervention = -0.58 +/- 1.33% montrant que l'amélioration statistiquement et cliniquement significative s'est produite dans le contrôle de la glycémie globale. Variation moyenne du taux d'HbAc1 à la fois dans le groupe avec EM et le groupe sans EM également important.</p> <p>Variation moyenne de HbAc1 significativement plus basse dans le</p>

	<p>groupe avec entretien motivationnel n'est pas associée que dans le groupe sans entretien motivationnel.</p> <p>Aucun changement significatif n'a été trouvé entre les groupes pour la dépression, la satisfaction au traitement ou la perception de l'importance et de l'auto-efficacité en ce qui concerne les comportements cibles d'auto-soins qui ont été également examinés en tant que médiateurs potentiels du changement HbA1c.</p>
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<p>L'intervention avec EM n'est pas associée avec une amélioration du contrôle de la glycémie comparé à l'intervention sans EM. La variation moyenne du taux d'HbAc1 est meilleure dans groupe sans EM. !!</p> <p>Mécanismes psychosociaux et comportementaux de changement de la glycémie après les interventions également examinés. Pas de différence constatée entre les groupes avec EM et sans EM.</p>
<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>Formateurs en entretien motivationnel très expérimentés, permettant de former les éducateurs + utilisation du MISC (outil d'évaluation des compétences en entretien motivationnel acquises par les éducateurs spécialistes en diabète. Répartition des participants et contenu des 4 groupes peu clairs !</p> <p>Méthodologie bonne, article bien structuré, tous les chapitres principaux présents. Le résumé synthétise clairement les principales parties de la recherche. La méthode et les résultats sont bien décrits. Pas de chapitre « implications pour la pratique infirmière », l'article n'étant pas issu d'un journal de sciences infirmières.</p> <p>Est axé sur l'efficacité d'un entretien motivationnel associé à l'éducation au self-management du diabète sur le contrôle glycémique (y-a-t-il une amélioration du taux d'HbAc1 ?). Ne parle pas d'observance. Mais comme l'entretien motivationnel est une stratégie de changement de comportement centré sur le patient, nous pouvons penser que l'amélioration de l'observance fait partie d'un changement de comportement.</p> <p>Résultats cependant très mitigés....</p>

Titre	Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes, A sub-analysis of a systematic review of randomised controlled trials.
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Wens, J., Vermeire, E., Hearnshaw, H., Lindenmeyer, A., Biot, Y. & Van Royen, P. (2008). Educational interventions aiming at improving adherence to treatment recommendations in type 2 diabetes, A sub-analysis of a systematic review of randomised controlled trials. <i>Diabetes Research and Clinical Practice</i> , 79, 377-388.
Buts de la recherche / Question de recherche	Identifier l'efficacité des interventions éducationnelles visant à améliorer l'observance des recommandations de traitement médical chez les personnes atteintes de diabète de type 2, autres que les conseils hygiéno-diététiques (exercices et diète)
Cadre de référence (concepts, théories)	Définition de l'adhérence proche de celle de l'OMS
Population/Echantillon	Patients souffrant de diabète de type 2 Nombre total : 772 patients
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	Revue systématique de la littérature. Cet article présente une synthèse des études sur les interventions éducatives qui sont un sous-groupe d'études incluses dans la revue Cochrane. Recherche systématique de la littérature menée pour identifier les informations contenant les interventions sur l'amélioration de l'observance des recommandations de traitement médical. - par voie électronique la Cochrane Library y compris la Cochrane Controlled Trials Register (CCTR) et la base de données des examens de l'efficacité (DARE), le troubles métaboliques et endocriniens Groupe spécialisé Register, MEDLINE (de 1966 à Novembre 2002), EMBASE (de 1980 à Novembre 2002), Psych Info (1987 à Novembre 2002), CINAHL (de 1982 à Novembre 2002), Dissertation Abstracts (1961 à Novembre 2002), ERIC (à Novembre 2002), et de résumés sociologiques outre, Proquest Dissertations numérique, la Bibliothèque nationale de médecine Gateway and Current Controlled Trials . 21 articles retenus dans cette revue dont 8 utilisables
Résultats Plus préciser les interventions et les populations !	8 interventions éducatives visant à améliorer l'observance au traitement résumées dans ce document. Qualité globale des études incluses = moyenne à faible Les différentes études d'intervention éducative ont été regroupés par le type d'intervention: (1) éducation en face-à-face, (2) l'éducation en groupe et (3) la télémédecine. (1) Éducation en face-à-face 2 études incluses dans cette revue de littérature ont évalué l'effet d'interventions menées par des pharmaciens (par : le nombre de comprimés, des systèmes électroniques, etc.) sur l'observance auto déclarée, sur le renouvellement des ordonnances et sur les paramètres métaboliques. Une des deux études a évalué l'impact d'un modèle de prise en charge globale délivré par un pharmacien sur une population afro-américaine mal desservie. Les patients du groupe intervention ont alors reçu une éducation au diabète, des conseils sur les médicaments ainsi qu'une évaluation et un

ajustement de leur traitement hypoglycémiant. Les résultats ont alors montré une amélioration significative des taux d'HbAc1 passant de 11.5% à 9.2% dans le groupe intervention. L'état de santé et la qualité de vie n'ont pas été significativement améliorés dans le groupe intervention. La deuxième étude a rapporté les résultats d'un programme d'implication direct du pharmacien dans l'initiation d'un traitement à l'insuline dans les soins de personnes âgées. Une amélioration significative du taux d'HbAc1 a été observée après 12 mois dans le groupe intervention.

Dans une autre étude, l'effet d'une visite trimestrielle par un éducateur spécialisé en diabète a été évalué par rapport aux soins habituels après 3, 6 et 9 mois sur le taux d'HbAc1, les différents paramètres métaboliques, la tension artérielle et la compliance auto déclarée avec la médication et le régime alimentaire. Aucune différence sur les valeurs de l'HbAc1, du poids et de l'observance. Cependant, cette étude présentait des barrières importantes telles que la petite taille de son échantillon (n=39) et la faible observance dans les deux groupes due à un manque de motivation et de moyens financiers pour acheter les médicaments.

Une troisième étude comparant l'effet de consultations standards à un programme dans lequel les patients partagent les responsabilités thérapeutiques avec un suivi de 48 mois a montré un meilleur taux d'HbAc1, passant de 9.5% à 8.2%, dans le groupe suivant le programme.

Les résultats en lien avec l'éducation individuelle mis en évidence par cette revue de littérature montrent un effet positif sur le taux d'HbAc1.

(2) Éducation en groupe

Dans l'une d'entre elles, l'éducation en groupe était comparée avec les techniques de gestion habituellement utilisées, basées sur des conseils et l'éducation sur une période de six mois chez 32 vétérans. Le groupe expérimental a été divisé en trois groupes de moins de huit membres lesquels ont rencontré séparément un psychologue clinique expérimenté dans la gestion de petits groupes. Les patients de ce groupe étaient encouragés à interagir et à évaluer leur propre progrès et ceux de leurs pairs vers la gestion de leur diabète en partageant des idées, des conseils. Une diminution de 10% du taux d'HbAc1 durant les trois premiers mois de l'étude a pu être constatée. Cependant, l'effet n'a pas persisté jusqu'à la fin de l'étude. Dans la deuxième étude, un programme d'éducation en cinq parties sur une période de quatre mois a été comparé avec un cours basique par la mesure de la glycémie à jeun, du taux d'HbAc1, du cholestérol, de la tension artérielle et du poids corporel. Le programme éducationnel couvrait la définition du diabète, le contrôle alimentaire, l'action de l'insuline et des antidiabétiques oraux, les symptômes et le traitement de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie incontrôlée, etc. Dans le groupe expérimental ainsi que dans le groupe de contrôle, le taux d'HbAc1 a diminué de façon significative.

(3) Télémédecine

Deux études comparant l'effet de la télémédecine versus les soins habituels. La première a comparé l'effet de l'éducation, associée à l'utilisation de la télémédecine de façon hebdomadaire et effectuée par une infirmière, aux soins habituels. Une réduction statistiquement significative du taux d'HbAc1 de 14 % (de 9.5% à 8.2%) sur une période de trois mois a été observée. La télémédecine offre alors de

	<p>grands bénéfiques, mais les problèmes technologiques restent des obstacles majeurs à la mise en place de ce type d'intervention. La deuxième étude consiste en une intervention de gestion téléphonique automatisée menée par une infirmière de manière hebdomadaire abordant les auto-soins, l'observance médicamenteuse et les symptômes. Il en ressort une petite mais significative réduction du taux d'HbAc1 chez les patients ayant un taux initial supérieur à 8%.</p>
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<p>Pas de conclusions claires et cohérentes pouvant être tirées. Question de savoir si, malgré un effet positif global, un petit effet statistique significatif implique des effets cliniques pertinents... Besoin important d'études d'intervention et d'observation de haute qualité sur la relation entre l'éducation des diabétiques de type 2 et l'observance médicamenteuse.</p>
<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>Limites de la revue : seulement 8 études pourraient être inclus dans cette analyse → à cause de basse qualité, manque de définitions appropriées de l'observance. Manque d'instrument de mesure valide et de mesure de résultats valide. Pas en mesure d'explorer quelles interventions éducationnelles ou quelles partie d'interventions complexes ayant contribué le plus à la taille de l'effet global. Taille de l'échantillon utilisé par les études (petit nombre de participants). Pas d'aspect économique étudié. Besoin urgent de mettre l'accent sur la validité et la fiabilité de la mesure de l'observance. Des recherches sur ce thème sont nécessaires. L'efficacité de l'éducation sur l'observance et la relation entre l'observance et les résultats cliniques = pas clairs → besoin de clarification. Question de la revue reste sans réponse</p> <p>Revue intéressante car montre différentes interventions provenant de l'éducation thérapeutique, cependant leur efficacité sur l'observance n'est pas clair. Le contenu des interventions est peu voire pas du tout décrit. Cependant cette revue offre des pistes quant aux interventions pouvant être mise en place pour améliorer l'observance, et montre tout de même quelques résultats positifs. Du point de vue de la structure, cet article scientifique présente l'ensemble des parties. N'étant pas un article basé sur la pratique infirmière, la partie « implications pour la pratique infirmière » manque évidemment.</p>

Titre	Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus.
Références bibliographiques (Auteurs, année, Titre de la recherche, Journal, pages)	Duke, S.A.S., Colagiuri, S. & Colagiuri, R. (2009). Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 1. Art. No.: CD005268. DOI: 10.1002/14651858.CD005268.pub2.
Buts de la recherche / Question de recherche	Évaluer les effets de l'éducation individuelle du patient en face à face
Cadre de référence (concepts, théories)	- Diabète type 2 - Education individuelle - Education en groupe
Population/Echantillon	Participants adultes avec diabète de type 2
Devis / Méthode (outils collecte données, analyse, etc.)	Revue systématique de littérature Types d'études inclus : essais contrôlés randomisés et essais cliniques randomisés. Types d'interventions des études inclus : études dont la principale composante de l'intervention est l'éducation individuelle, spécifique pour diabétiques de type 2, en face à face uniquement, non limitée à un aspect particulier. Le groupe intervention est comparé à un groupe contrôle recevant soit une éducation en groupe, soit pas d'intervention spécifique, soit les soins habituels. Types des mesures de résultats : résultats premiers = Contrôle métabolique (HbAc1), complications, utilisation des services de santé et coûts des soins. Recherches électroniques faites jusqu'en avril 2007 sur plusieurs banques de données (Cochrane Library, Medline, CINHALL,...) Informations extraites par 2 examinateurs qui ont résumé les caractéristiques et les statistiques des résultats de chaque étude.
Résultats	Résultats des recherches : après recherches et analyses des résumés de 352 études potentielles, 9 correspondaient aux critères d'inclusion. 6 comparaient l'éducation individuelle aux soins habituels et 3 comparaient l'éducation individuelle à l'éducation en groupe. Pas d'étude à long terme. Globalement, qualité des études = basse. Toutes les études = essais contrôlés randomisés. Études incluses = 1359 participants, avec âge moyen entre 52 et 65 ans. Interventions : éducation en face à face avec un large éventail des thèmes liés au diabète. Contenu typique de l'éducation : physiopathologie, contrôle par la diète, par l'exercice, l'observance médicamenteuse, les complications, les soins de pieds, motivation et stratégies comportementales. Temps total des face à face varie considérablement, de même que la fréquence et le nombre de mois. Majorité des interventions réalisée par des éducateurs spécialistes du diabète et des diététiciennes. Effets des interventions : <ul style="list-style-type: none"> • HbAc1

	<p>- éducation individuelle vs. Soins habituels : 3 études impliquant 295 participants ont évalué le taux d'HbAc1 à 6 et 9 mois. Différence moyenne pondérée de HbAc1 à 6 et 9 mois était de -0.2% avec une tendance à privilégier l'éducation individuelle, mais pas significatif ! 4 études impliquant 632 participants ont évalué le taux d'HbAc1 à 12 et 18 mois. Pas de différence significative dans l'amélioration du taux d'HbAc1.</p> <p>- éducation individuelle vs. Éducation en groupe : 2 études de 6 à 9 mois avec un total de 148 participants et 2 études de 12 à 18 mois impliquant 112 participants. A 6 et 9 mois taux d'HbAc1 significativement réduit par rapport au départ avec l'éducation en groupe contre l'éducation individuelle, cependant pas de différence significative entre les interventions de 12 à 18 mois.</p> <p>Dans les 6 études comparant l'éducation individuelle aux soins habituels, l'éducation individuelle n'a pas amélioré de façon significative le contrôle glycémique sur une période de 12 à 18 mois.</p> <p>Dans les 2 études comparant éducation individuelle et en groupe, pas de différence significative sur le contrôle glycémique entre les 2 groupes sur une période de 12 à 18 mois. Pas de différence significative dans l'impact de l'éducation individuelle vs. Soins habituels ou éducation en groupe sur le BMI et la TA. Trop peu d'études pour effectuer une méta-analyse sur l'effet de l'éducation individuelle sur l'autogestion de l'alimentation, les connaissances du diabète, les résultats psychosociaux et les habitudes de tabagisme. Pas de données valables sur les autres mesures de résultats principaux de complications du diabète ou de l'utilisation des services de santé et l'analyse des coûts dans ces études.</p>
<p>Discussion / Perspectives pour la pratique</p>	<p>Les études incluses dans la revue étaient généralement de qualité pauvre avec une majorité ayant un risque élevé de biais.</p> <p>L'éducation individuelle comparée aux soins habituels n'a pas eu d'impact significatif sur le contrôle glycémique comme en témoigne le taux d'HbAc1 sur une période de 6 à 9 mois ou de 12 à 18 mois. Temps de face à face limité dans la plupart des études (moyenne de 2 à 4 h sur une période de 6 mois). Majorité de l'intervention sur les 3 premiers mois.</p> <p>Tendance en faveur de l'éducation individuelle sur une période de 6 à 9 mois, avec une différence moyenne pondérée de -0.2%, mais cela = pas significatif. Plus d'études sont nécessaire pour évaluer si une intervention sur une longue période serait plus efficace.</p> <p>Impact peut-être « dilué » car dans certaines études → pas de grande différence dans l'intervention entre les groupes de l'éducation individuelle et des soins habituels. Un grand nombre de participants inclus dans les études avaient un taux d'HbAc1 proche de la normale au début de l'intervention, ce qui a aussi « dilué » l'impact de l'intervention ! pas d'impact significatif de l'éducation individuel sur le BMI, la TA ou le cholestérol total.</p> <p>Seulement 3 études comparant l'éducation individuelle à celle de groupe. Globalement, qualité des études = pauvre. Différence significative dans le temps de contact avec le patient. L'éducation de groupe semble avoir un impact plus important sur le contrôle</p>

	<p>glycémique que l'éducation individuelle sur une période de 6 à 9 mois avec une différence moyenne pondérée des taux d'HbAc1 de 0.8 %. Cependant pas de différence significative entre les interventions sur une période de 12 à 18 mois. Pas de différence significative entre l'impact de l'éducation individuelle et l'éducation de groupe sur le BMI, la TA. Les connaissances du diabète se sont améliorées significativement dans les types d'éducation et pas de différence significative à 6 mois.</p> <p>Les résultats montrent les difficultés de la recherche éducationnelle...</p> <p>Implications pour la pratique :</p> <p>Avantage de l'éducation individuelle mise en évidence dans un groupe de patients avec des problèmes de contrôle glycémique et une HbAc1 initiale moyenne supérieure à 8 %. Pas d'impact sur le BMI, TA et cholestérol. Plus d'études sont nécessaires avant que toute conclusion soit faite.</p> <p>Pas de preuve dans la littérature actuelle permettant de recommander l'éducation individuelle ou de groupe. Plus de recherche de meilleure qualité sur l'effet des différentes méthodes et modes d'éducation sont vraiment nécessaires.</p> <p>Implications pour la recherche :</p> <p>Limitations considérable dans le nombre et la qualité des études valables pour cette revue. Des recherches basées sur des méthodes rigoureuses dans des études de haute qualité. Des études en plus grand nombre, sur de plus grande durée avec des interventions bien définies, documentées et claires sont vitales pour répondre à la question posée par cette revue.</p>
<p>Commentaires critiques sur la qualité de l'étude</p>	<p>Résultats pas très concluant de l'efficacité de l'éducation individuelle sur le contrôle du diabète. Peu d'études valables, qualité basse...</p> <p>Étude bien décrite, cependant il aurait été intéressant d'avoir la description des outils utilisés durant les séances d'éducation, il n'y a que le contenu de décrit... montre tout de même l'utilité de l'éducation dans la prise en charge du diabète de type 2. Aborde de manière générale la thématique de l'éducation du diabète, les aspects du diabète. Permet d'avoir des pistes d'interventions pouvant avoir un effet bénéfique sur le contrôle du diabète, plus particulièrement sur l'observance médicamenteuse.</p> <p>→ lien possible !!</p> <p>Souligne le besoin de plus de recherches basées sur des méthodes rigoureuses dans des études de haute qualité. Des études sur une plus longue durée sont également nécessaires avec des interventions clairement documentées et définies. = essentiel !</p> <p>Au niveau méthodologique, tous les chapitres sont présents. Le résumé synthétise clairement les principales parties de la recherche. Le problème est clairement défini. Il n'y a pas de question de recherche à proprement parler, mais l'objectif de la revue est clairement mentionné. Le devis de recherche est décrit tout comme la méthode qui correspond à façon de procéder habituellement. Le type de participants (l'échantillon) est décrit.</p>