

Table des matières

Résumé.....	1
Remerciements	iv
Chapitre 1 : Introduction	1
1.1 Nature du travail réalisé	2
1.2 Plan du travail de Bachelor	3
Chapitre 2 : Problématique	6
2.1 Survenue de la question.....	5
2.2 Pertinence pour les soins infirmiers.....	7
2.2.1 Métaparadigme :.....	7
2.2.2 Les savoirs infirmiers :.....	11
2.3 Revue exploratoire de la littérature.....	15
2.4 Concepts retenus	28
2.5 Perspectives pour la pratique infirmière.....	28
Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers	35
3.1 Définition des concepts :.....	32
Éducation thérapeutique	32
La résistance.....	41

Diabète de type 2	43
3.2 Choix de la théorie :	47
Chapitre 4 : Méthode.....	35
4.1 Formulation de la question selon la démarche PICOT	56
4.2 Type de question	57
4.3 Critères de sélections.....	57
4.4 Descripteurs.....	58
4.5 Stratégie des articles retenus	60
4.6 Analyse des articles.....	61
5.1 Synthèse des résultats des articles.....	63
5.1.1 Résistance.....	63
5.1.2 Formation.....	68
5.1.3 Education thérapeutique.....	72
5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT	76
5.3 Perspectives et propositions pour la pratique	79
Chapitre 6 : Conclusion	65
6.1 Apport du travail de Bachelor	84
6.2 Limites.....	86
6.3 Perspectives pour la recherche	87
Chapitre 7 : Références.....	85
Chapitre 8: Annexes:	93

Annexe 1: Requêtes dans les bases de données..... 97

Annexe 2: Grilles de Fortin des articles sélectionnés. 103

Résumé

But : Cette étude a pour objectif de donner des pistes sur la formation des soignants qui travaillent dans l'éducation thérapeutique et qui sont confrontés à des patients diabétiques de type 2 présentant des résistances psychologiques.

Problématique : Les maladies chroniques, comme le diabète de type 2, ne sont pas négligeables dans notre système de santé. Elles restent la première cause de mortalité dans le monde. Pour le patient qui en souffre, ces pathologies peuvent toucher les dimensions bio-psycho-sociales. Traditionnellement, le patient n'a pas son mot à dire dans son traitement et « le subit ». Il en résulte quelquefois peu de bénéfices pour le patient.

Un des enjeux futurs de nos systèmes de soins est de changer notre façon d'appréhender le rapport au patient : celui-ci n'est plus passif dans sa pathologie, mais prend des décisions le concernant, conjointement avec le soignant. L'éducation thérapeutique est une approche qui est centrée sur cette collaboration. Elle a pour objectifs d'aider le patient à devenir autonome et à comprendre sa maladie et ses traitements. Des entraves aux changements de comportement, appelées « résistances », peuvent survenir au cours du processus. Le soignant ne devrait pas les éliminer, mais en avoir conscience afin de travailler en les utilisant. Pour ce faire, l'utilisation du *Health Promotion Model* de Pender (2011) peut être un outil intéressant.

Malgré les preuves des bénéfices de cette approche relativement peu de soignants l'utilisent, car elle nécessite un apprentissage au préalable.

Renforcer la formation des soignants permettrait d'optimiser l'accompagnement des patients souffrant de maladies chroniques.

Concepts : Les concepts retenus pour notre travail sont les suivants : éducation thérapeutique, diabète de type 2 et résistance. Ces concepts ont été définis afin de mieux cerner la thématique.

Méthode : La population retenue cible les infirmières au contact de personnes diabétiques de type 2. Une revue de littérature a été effectuée dans les bases de données PUBMED, CINHALL, Archive ouverte de l'Université de Genève ainsi que Google Scholar. Au total, 13 études réalisées entre 2006 et 2014 ont été retenues afin d'être analysées en profondeur et de répondre à la question de recherche.

Résultats : Nous avons ressorti trois thèmes principaux qui sont les suivants : la résistance, la formation et l'éducation thérapeutique. Concernant la résistance, elle survient principalement lors de l'introduction de l'insuline dans le diabète de type 2. Il a également été relevé que les raisons dépendent grandement des croyances et des perceptions des patients. Les professionnels de santé accompagnant les patients peuvent également être résistants. De plus, ils sont responsables d'approfondir les résistances possibles chez leur patient tout en ayant une approche de partenariat. Ensuite, la formation continue des soignants existe actuellement aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) pour la Suisse romande où plusieurs études ont été menées. Elles mettent en évidence son efficacité et implique un changement d'identité des participants et du rapport entre soignant et patient. L'éducation

thérapeutique a démontré son utilité dans la prise en charge de malades chroniques. Les infirmières jouent un rôle central dans le changement des attitudes des patients. Il est important de travailler la relation et favoriser les affects positifs et le sentiment d'efficacité personnel.

Conclusion : La formation des soignants est donc essentielle et peut être utilisée dans divers contextes de soins. L'utilité de la formation en ETP a été prouvée, mais à condition que le soignant y montre un intérêt. Elle devrait être intégrée dans la formation initiale des infirmières. L'ETP a montré qu'elle induisait une meilleure qualité de vie chez le patient et moins de complications liées au diabète de type 2. De plus, la formation en ETP peut s'appliquer à de nombreuses maladies chroniques.

Mots-clés : Education thérapeutique, Formation, Résistance, Infirmières, Pender, Diabète de type 2.

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet. En premier lieu, nous remercions notre directeur de travail de Bachelor, Monsieur Pierre-Alain Charmillot qui a su nous orienter et nous conseiller dans cette démarche au travers de nos divers échanges. Ensuite, Madame Claudia Grünenfelder de l'institution Alfaset qui nous a donné l'occasion de travailler sur ce sujet. Madame Catherine Joly, infirmière spécialisée et coordinatrice chargée de formation du service d'enseignement thérapeutique pour les maladies chroniques du HUG. Nos familles et amis qui ont su nous soutenir pendant ces deux ans et qui ont contribué par la relecture de notre travail. Les professeurs de la Haute Ecole de Santé Arc qui nous ont permis de construire ce projet au travers des divers séminaires reçus et également par leurs divers enseignements. La bibliothécaire, Madame Véronique Erard, qui nous a aiguillés dans nos recherches d'ouvrages. Et pour terminer, nous remercions notre classe Bac13 avec laquelle nous avons pu partager cette expérience.

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Nature du travail réalisé

Des pays développés tels que la Suisse ont vu les maladies chroniques prendre de plus en plus d'importance. Ceci peut s'expliquer par le vieillissement de la population, le développement des technologies médicales et les changements de modes de vie. Par conséquent, c'est un problème sanitaire majeur qui préoccupe les systèmes de santé. Notre travail de Bachelor, à l'aide d'une revue de littérature, s'intéresse à une approche qui permet d'accompagner les personnes atteintes de maladies chroniques, en particulier du diabète de type 2.

En effet, l'éducation thérapeutique du patient est une démarche qui aide à accompagner les patients dans le maintien d'une qualité de vie optimale. « Pour que les gens modifient leur comportement, ils doivent modifier leur façon de penser » (Pender, 2011). Effectivement, nos comportements découlent de nos perceptions et de nos représentations. Ces dernières peuvent être la source de résistances psychologiques qui entravent des changements de comportement. Il est important pour l'infirmière d'en avoir conscience afin de travailler avec elles et d'adapter ses actions de soins en conséquence.

Pour mesurer l'efficacité des soins fournis par l'infirmière, nous nous sommes intéressés à la formation des soignants en éducation thérapeutique du patient. L'infirmière joue un rôle primordial dans le développement de l'*empowerment*, c'est-à-dire l'autonomisation du patient. Cette étude cherchera à mettre en évidence les pratiques actuelles en termes de formation.

1.2 Plan du travail de Bachelor

Pour ce travail de recherche, nous commencerons par la problématique qui aura pour but d'étoffer notre question de départ provenant d'un lieu de pratique. Pour y parvenir, nous expliquerons en quoi cette thématique est importante pour notre discipline infirmière et nous mènerons une revue de littérature au travers de multiples recherches. Au terme de ce chapitre, jaillira notre question de recherche. A partir de là, nous définirons les concepts associés et intégrerons une théorie de soins infirmiers afin d'éclairer notre problématique.

Ensuite, la partie méthode formalisera notre recherche dans les différentes bases de données. La méthode PICOT nous permettra de faire ressortir les éléments-clés de notre question de recherche. Une fois nos articles sélectionnés, nous les analyserons avec la grille de Fortin (2010).

Suite à cela, nous synthétiserons les résultats obtenus issus de nos lectures et proposerons des recommandations pour la pratique. Finalement, nous critiquerons notre présent travail en intégrant ses limites et les perspectives pour les futures recherches ainsi que notre ressenti quant à son accomplissement.

Chapitre 2 : Problématique

2.1 Survenue de la question

Notre question de départ découle de la thématique suivante : « Comment mesurer le bénéfice d'un soin chez un patient ? » issue du lieu de pratique Alfaset qui est un foyer pour personnes en situation de handicap. Cette question a été choisie parmi les différents thèmes fournis à notre école par des institutions de la région. Nous avons retenu ce thème car, durant nos stages, nous avons observé que la mesure du bénéfice d'un soin était une des préoccupations majeures des divers établissements de soins. En effet, un grand nombre de moyens étaient mis en place pour évaluer et améliorer les bénéfices du soin, car cela influence grandement la prise en charge globale des patients. La mesure du bénéfice d'un soin permet de déterminer si une action de soins est jugée favorable ou non par le patient. La notion de « bénéfice » semble donc au centre des enjeux des soins actuels.

Cependant, le concept de « soin » étant très large, nous avons décidé de nous focaliser sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Nous avons relevé dans nos stages que l'ETP est un pan des soins qui prend une place importante dans la prise en charge des patients. Par exemple, nous avons fréquemment rencontré des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète et nous avons remarqué la place centrale que jouait l'éducation thérapeutique dans l'accompagnement du patient et dans la gestion de sa maladie tout au long de sa vie.

Pour beaucoup de pathologies chroniques, le patient doit acquérir de nombreuses connaissances, adapter son quotidien en opérant des

changements dans ses habitudes. Il doit faire face à de nouveaux apprentissages théoriques, techniques et affectifs afin de développer un savoir, un savoir-faire et un savoir-être face à la maladie. Ceci dans le but de la contrôler au mieux, d'adapter ses comportements et maintenir la meilleure qualité de vie possible. Adopter de tels changements ne se fait pas toujours aisément. Quels peuvent être les freins à une éducation thérapeutique efficiente ?

Pour évaluer le bénéfice de l'ETP, il existe actuellement de nombreux critères pour mesurer sa qualité. L'évaluation de la qualité peut porter sur le processus éducatif, le contexte, les intervenants, les objectifs, les supports éducatifs, les résultats, etc. (Fournier, Pélissand & le Rhun, 2007). D'Ivernois et Gagnayre (2002) soulèvent l'importance de mettre le patient au centre, il est partie prenante dans cette démarche. En effet, l'ETP a du sens uniquement si le patient est engagé dans ce processus. La qualité d'un programme d'éducation thérapeutique dérive directement de la capacité de ce programme à faire acquérir au patient un certain nombre de compétences essentielles et lui permettre de s'approprier les ressources éducatives. La prise en compte de ses difficultés, tant relationnelles, pratiques que cognitives, représente un enjeu d'une importance capitale. De plus, l'ETP devrait être donnée par des professionnels ayant suivi une formation dans ce domaine.

Ces éléments nous ont conduits à fonder notre question de départ et à la définir de la manière suivante : Comment savoir si notre éducation thérapeutique apporte quelque chose de positif au bénéficiaire de soins ?

Cette interrogation s'inscrit dans le cadre de notre travail de Bachelor : elle nous paraît primordiale pour notre future pratique professionnelle et nous projetons de pouvoir utiliser les différentes connaissances acquises dans ce travail de recherche.

2.2 Pertinence pour les soins infirmiers

Dans cette partie, nous ferons les liens entre l'éducation thérapeutique et les fondements de la discipline infirmière afin de démontrer la pertinence de notre question de départ pour les soins infirmiers. Selon Fawcett (1984 ; dans Pépin, Ducharme & Kérouac, 2010), les objets d'études de la discipline infirmière sont au nombre de quatre, à savoir : être humain, santé, environnement et soins infirmiers. Ces derniers forment le métaparadigme infirmier. Selon Newman, Sime et Corcoran Perry (1991 ; dans Pépin & al., 2010), l'ensemble des soins infirmiers peuvent s'inscrire dans trois grands paradigmes : catégorisation, intégration et transformation. Chacune des propositions du métaparadigme varie en fonction de la philosophie de pensée dans laquelle elle est inscrite.

2.2.1 Métaparadigme :

Nous inscrivons notre question de départ dans le paradigme de l'intégration qui, selon Pépin et al. (p.13, 2010), est défini de la manière suivante :

Un changement dans un phénomène est la résultante d'une relation entre le phénomène et divers facteurs dans un contexte donné. Sous l'angle du paradigme de l'intégration, le développement des connaissances a donc pour but l'identification de multiples facteurs et leurs interactions.

L'application des connaissances vise l'adaptation de ces dernières à un contexte donné. Par exemple, divers facteurs biophysiques et le contexte dans lequel se trouve une personne au moment de l'apparition d'une infection influenceront sa réaction à l'agent infectieux et sa réponse au traitement.

Cette définition permet de considérer la personne dans son entier, comme le veut l'ETP, afin de fournir des soins optimaux.

L'être humain :

Dans le paradigme de l'intégration, la personne est l'ensemble formé de ses parties biologique, psychologique, sociologique, culturelle et spirituelle. Toutes ces parties de l'être humain sont en relation constante. La personne s'efforce de trouver les meilleures conditions pour atteindre un état de santé qu'elle juge optimal. L'infirmière s'intéresse à la personne plus qu'à la maladie, ce qui permet de se distinguer de la pure discipline médicale. Le bénéficiaire de soins n'est plus considéré comme un malade à sauver : son statut est passé de « patient » à celui de « client », la personne y gagne des droits et des devoirs. L'infirmière ne détient plus à elle seule l'autorité : le plan de soins est discuté en partenariat avec le bénéficiaire de soins (Pépin & al., 2010).

En lien avec notre question de départ, il est important que le patient soit considéré comme un ensemble indissociable afin qu'il tire un maximum de bénéfices du soin qui lui est prodigué. De ce fait, fractionner le patient en ses parties biologique, psychologique, sociologique, culturelle et spirituelle provoquera des conséquences négatives sur la qualité et le bénéfice que le soin aurait pu lui apporter. Il pourrait ne pas se sentir totalement compris dans

sa problématique de santé et pourrait ainsi se sentir uniquement comme étant un problème à régler, un organe à équilibrer. Dans ce travail, le soin est l'éducation thérapeutique. Pour que le patient puisse en tirer la totalité des avantages possibles, il est indispensable que la personne soit prise dans sa totalité afin que l'éducation thérapeutique lui soit adaptée et personnalisée. En ne se concentrant par exemple que sur l'aspect fonctionnel, biologique, de la problématique du patient, le soignant pourrait occulter tout le côté affectif, qui, comme nous le verrons plus tard, est primordial dans l'apprentissage de nouveaux comportements. Il est donc fondamental de prendre en compte cette approche afin que le patient, grâce à l'éducation thérapeutique, puisse maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

La santé :

Selon Pépin et al. (2010), dans l'orientation de l'intégration, la santé est une entité distincte de la maladie. Ces dernières coexistent et sont en interaction. La santé est moins satisfaisante lors de maladie. La santé peut être augmentée en améliorant ses facteurs déterminants. La santé est également perçue comme subjective, celle-ci dépendant de la perception de la personne bénéficiant de soins.

Dans notre question de départ, le concept de la santé doit être pris en considération comme faisant partie de la maladie chronique pour laquelle le patient est traité. La santé doit être considérée comme un état de bien-être et non comme l'absence de maladie. L'individu atteint d'une quelconque maladie

chronique peut se considérer en bonne santé malgré cette dernière. Il est important de tenir compte du sens que le patient lui donne ainsi qu'à son vécu afin que l'accompagnement et les soins respectent le patient et ses choix. Dans l'idéal, le patient devrait comprendre que les apprentissages qu'il doit développer permettraient d'éviter les complications liées à sa maladie chronique.

L'environnement :

Dans le paradigme de l'intégration, l'environnement est constitué des contextes différents inhérents à la personne. L'environnement est modifiable par l'être humain, et inversement (Pépin & al., 2010).

Dans notre question initiale, il est nécessaire que l'environnement soit pris en compte, car il a un impact direct sur le bénéfice du soin que le patient reçoit. La manière dont l'éducation thérapeutique est prodiguée au patient est influencée par son environnement, c'est-à-dire son cadre de vie bio-psycho-social. Par conséquent, il est judicieux que les interventions soient adaptées à l'image que le patient a de son environnement. Ce dernier peut être également modifiable en accord avec l'individu concerné afin de faciliter le déroulement de l'éducation thérapeutique ou favoriser le bénéfice que peut escompter le patient en fonction de son évolution ou de celle de sa maladie chronique.

Les soins infirmiers :

Pour le paradigme de l'intégration, les soins infirmiers sont les actions qui ont pour but le maintien de la santé dans toute les dimensions de la

personne (biologique, mental, social, voire spirituel). Ils prennent également en compte l'environnement dans lequel la personne se trouve, ainsi que ses perceptions sur sa santé. Les interventions de soins consistent à "agir avec" la personne afin de répondre à ses besoins (Pépin & al., 2010). Par exemple, dans l'ETP, les interventions infirmières se traduisent par des entretiens individuels ou en groupe afin de développer les compétences techniques et affectives du patient.

Pour que le patient perçoive les bénéfices du soin qui lui est prodigué, il est primordial que l'infirmière sache comment l'individu se positionne par rapport à sa santé, son environnement ainsi que face à lui-même. Cela lui permet d'offrir aux personnes qu'elle soigne des soins de qualité évoluant en fonction de ses actions et des besoins des patients afin que ces derniers en profitent pleinement. Au fil du temps, une relation entre le soignant et le soigné se crée, la confiance s'installe et des échanges s'effectuent, ce qui permet au patient de tirer un maximum de bénéfices.

2.2.2 Les savoirs infirmiers :

Afin de répondre à la prise en charge globale de la personne lors de situation de santé, la discipline infirmière s'intéresse aux soins dans le but d'améliorer leur qualité. Plusieurs auteurs s'y sont essayés, comme Benner (1982) ou Tardif (2006). Selon Chinn et Krammer (2008 ; dans Pépin & al., 2010), pour exercer une pratique performante, centrée sur la globalité de la personne, guidée par un souci d'excellence, il est important que l'infirmière intègre les différents savoirs. Le fait de les intégrer permet la compréhension



plus fine d'une situation, plus rapide, et améliore la compétence d'un soignant. Par conséquent, plus l'infirmière sera compétente, plus la qualité des soins sera augmentée.

Le terme "savoirs" est difficile à définir (Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014). Plusieurs auteurs en soins infirmiers ont tenté de les lister. Classiquement, le texte de Carper fait figure de référence. C'est pourquoi nous utiliserons ce dernier. L'auteur définit quatre modes de développement, ou savoirs : le savoir empirique, le savoir esthétique, le savoir éthique et le savoir personnel (Carper, 1978 ; dans Pépin & al., 2010).

Le savoir empirique :

Il provient de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes. L'expression de ce savoir se produit par une remise en question de sa pratique et par l'intégration des résultats de recherches dans ses interventions (Carper, 1978 ; dans Pépin & al., 2010). Ce savoir s'attelle à schématiser, décrire, prédire, théoriser les phénomènes observables. Il impose par sa forme une certaine systématique et une méthode rigoureuse. La connaissance de ces phénomènes permet de comprendre et d'adapter la pratique infirmière.

Par rapport à notre thématique, il est important que l'infirmière ait de solides bases de connaissances pour pouvoir apporter une plus-value aux soins du patient. En se basant sur le savoir empirique, l'infirmière peut s'appuyer sur

des protocoles et façons de faire judicieuses qui ont été éprouvées dans des contextes similaires et dépasser ainsi le stade de l'intuition.

Le savoir esthétique :

Il est aussi appelé *l'art des soins infirmiers*. Il est lié aux expressions de type artistique qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière : la beauté d'un geste, l'intensité d'une interaction et l'habileté à effectuer un geste technique. Il permet de comprendre la signification d'une situation et de porter un regard critique sur sa pratique (Carper, 1978 ; dans Pépin & al., 2010). Ce savoir est important pour nous, car il permettra à l'infirmière d'offrir un accompagnement personnalisé et donc d'en améliorer le bénéfice. Nous aurons une approche différente en fonction du type de personnalité que nous aurons en face de nous. Nous utiliserons des techniques d'apprentissage variées et adaptées.

Comme vu précédemment, pour fournir des soins qui soient de qualité, il est important d'adapter la méthode de communication en fonction du patient afin qu'il acquière des compétences dans les domaines cognitif, sensori-moteur et affectif. En effet, chacun a une personnalité différente qui nécessite d'ajuster l'accompagnement, comme par exemple le face-à-face individuel, l'auto-apprentissage et les méthodes collectives (Lacroix, 2007). Le soignant doit faire preuve de créativité pour que la personne se sente comprise et que la relation soignant-soigné soit la plus bénéfique possible.

Le savoir éthique :

Il prend en compte les valeurs et le sens moral exigés par les situations rencontrées. Cela concerne ce qui est juste, bon, désirable, et s'appuie sur des principes et des codes (Carper, 1978 ; dans Pépin & al., 2010). Il comprend le sens moral, la philosophie de soins que l'on souhaite poursuivre. Ce savoir englobe également l'éthique déontologique de l'infirmière. Un haut savoir éthique permet de mieux appréhender les différentes situations rencontrées, sans jugement de la personne soignée. C'est dans ce savoir que vont apparaître les valeurs et normes propres à chaque soignant. Le savoir éthique est différent dans sa forme pour chaque infirmière.

Ce savoir est primordial dans la relation à l'autre au travers d'un soin, car la pensée propre du patient est forcément différente de la nôtre. Il est important pour le professionnel de dépasser ses a priori, ses propres conceptions, afin de faire émerger une plus-value pour le patient et ne pas projeter sur lui ses propres valeurs. Les buts sont définis comme un compromis entre l'infirmière et le patient : il permet que la morale de chacun soit respectée.

Le savoir personnel :

Il se base sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique. Notre expérience permet de développer des attitudes qui nous seront utiles pour aborder le patient (Carper, 1978 ; dans Pépin & al., 2010). Selon Chinn et Krammer (2008 ; dans Pépin & al., 2010),

ce savoir est la base de l'expression de l'authenticité et du véritable soi, qui permettent un bien-être dans la relation. En pratique, il s'exprime en tant qu'utilisation thérapeutique de soi. C'est un processus dynamique, il se construit dans la relation avec autrui.

Pour l'éducation thérapeutique, il nous sera très utile pour créer une relation de confiance. C'est un élément important et recherché dans la relation entre l'infirmière et le patient. Plus l'infirmière aura de la connaissance de soi, plus le patient se confiera et posera ses questions avec plus d'assurance.

2.3 Revue exploratoire de la littérature

Dans le présent chapitre, nous avons choisi de nous intéresser aux concepts suivants : le bénéfice, l'éducation thérapeutique, ainsi que les maladies chroniques. Ils découlent de notre question de départ : comment savoir si notre éducation thérapeutique apporte quelque chose de positif au bénéficiaire de soins ? Il nous a donc paru primordial de nous intéresser au terme bénéfice, qui peut être interprété de différentes manières, et plus particulièrement au bénéfice qu'un soin engendre. Ensuite, nous avons effectué des recherches sur l'éducation thérapeutique qui est le soin intervenant dans notre question de départ. Pour terminer, nous nous sommes intéressés à la maladie chronique. Durant notre formation et nos recherches sur l'éducation thérapeutique, nous nous sommes rendu compte que l'ETP intervenait principalement, mais pas seulement, dans la prise en charge des maladies chroniques. Nous avons approfondi ces concepts afin de mieux les

définir dans le but de faire émerger notre future question de recherche en s'appuyant sur divers articles et livres.

Bénéfice :

Comme déjà mentionné, dès que l'on parle d'un soin, la notion d'intérêt à le réaliser intervient assez rapidement. Quelle est l'indication d'un soin qui n'apporterait aucune plus-value ? Dès lors la notion « de bénéfice d'un soin » intervient. Le terme de « bénéfice » est un concept complexe, pouvant s'appliquer à beaucoup de domaines différents et différents acteurs : soignant, bénéficiaire de soins, institution. D'un point de vue global, le dictionnaire Larousse (Jeuge-Maynar, 2010) le définit comme « Tout avantage produit par quelque chose (état ou action) ». En se basant sur cette définition, nous imaginons que chaque soin a son cortège de bénéfices en fonction de son but, de sa spécificité et du patient qui en profite. Pour chaque acteur, le bénéfice se traduit différemment. Pour le système de santé, il peut se calculer en termes de limitation de dépenses. Pour le soignant, le bénéfice serait de démontrer l'efficacité de ses interventions et l'importance de son rôle dans le système de santé. Et du point de vue du patient, cela serait d'évoluer positivement dans sa problématique de santé. Nous prenons le parti de nous centrer sur les bénéfices que le patient pourrait en tirer.

L'éducation thérapeutique du patient :

L'ETP est une approche humaniste centrée sur le patient (Golay, Lager & Giordan, n.d.). Elle a pour buts d'aider la personne à devenir autonome et à

comprendre sa maladie et le traitement associé. Elle peut se définir de la manière suivante :

L'éducation thérapeutique doit être comprise comme un apprentissage à des compétences décisionnelles, techniques et sociales dans le but de rendre le patient capable :

- de raisonner,
- de faire des choix de santé,
- de réaliser des projets de vie
- et d'utiliser au mieux les ressources du système de santé

(Simon, Traynard, Bourdillon, Gagnayre & Grimaldi, p.5, 2007).

A ce propos, D'Ivernois et Gagnayre (2011), précisent que l'ETP permet au patient de gérer sa maladie, ses traitements et ses soins quotidiens en coopération avec l'équipe soignante pour une durée qui varie selon son affection.

L'ETP est principalement destinée aux patients souffrant de maladie chronique. Car une fois présente, le patient doit composer avec la maladie sa vie durant. A ce sujet, Sofrà, Delgado, Masmont-Berwart et Ruiz (2014) ont relevé le fait suivant :

Selon l'OMS, les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques et le diabète constituent une grave menace pour la santé. Ces quatre maladies sont les premières causes de mortalité dans le monde, or elles sont évitables et souvent, avec un traitement adéquat, contrôlables. Jusqu'à 80% des cardiopathies, des accidents vasculaires cérébraux et du diabète de type 2 et plus d'un tiers des cancers pourraient être évités par l'élimination des facteurs de risque que ces pathologies ont en commun, à savoir essentiellement le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et la consommation excessive d'alcool.

Concernant la Suisse, l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN) (2015) a effectué un rapport qui soulève que 90% de la charge de morbidité est

représentée par les affections chroniques non transmissibles. Les plus fréquentes sont les cancers, le diabète, les troubles cardiovasculaires, les maladies des voies respiratoires et musculosquelettiques, la dépression et la démence. De plus, ces maladies constituent 80% des coûts directs de la santé en Suisse.

Nous observons que les maladies chroniques ne sont pas négligeables dans notre système de santé. Actuellement, selon l'OBSAN (2015), ce système est trop axé sur les maladies aiguës et pas assez sur les maladies chroniques. Pour pouvoir fournir des soins adéquats, les auteurs proposent de changer de paradigme en mettant de côté notre modèle traditionnel qui cherche à appliquer un traitement à un patient qui est passif et non actif dans la prise de décision. Toujours selon ce même rapport, les malades interrogés souhaitent être informés de manière fiable au sujet de leur pathologie ainsi que sur les possibilités de traitement qui s'offrent à eux. Il est également noté que la prise en compte de leur souffrance, ainsi qu'un professionnel de la santé qui soit authentique et à l'écoute sont des éléments importants pour eux. Les patients souhaitent participer à la prise de décision et demandent aussi à être traités comme des personnes et non pas comme des cas. La maladie est bien maîtrisée quand la personne peut continuer à vivre normalement et que la maladie passe en arrière-plan. Pour que cela se fasse, l'autogestion de la maladie est nécessaire.

Ces divers éléments, nous amènent à nous poser les questions suivantes : Comment l'ETP est-elle intégrée dans le travail d'une équipe de

soins non spécialisée dans le domaine ? Que faut-il améliorer dans notre système de soins pour réellement améliorer la situation sanitaire ? L'éducation thérapeutique a pour buts de permettre de répondre aux besoins des patients dans une dynamique de partenariat et de contrôler la maladie en fonction de l'environnement et des expériences de la personne. On cherche à rendre le patient autonome en développant son *empowerment*, qui sera défini plus loin. Ainsi, l'ETP peut jouer un rôle majeur ces prochaines années étant donné l'évolution des maladies chroniques comme expliqué plus haut. Ne sous-estimons-nous pas l'importance de cette approche ?

Ces dernières années, l'impact positif de l'éducation thérapeutique a été démontré au travers de la mesure de la qualité de vie des patients chroniques, dans leur implication dans la gestion du traitement, en particulier chez les patients diabétiques (Sofrà & al., 2014). Malgré la progression des maladies chroniques et de l'efficacité prouvée de l'ETP, ces auteurs ajoutent que peu de formations continues sont proposées aux professionnels de la santé. C'est un élément important à considérer car l'adhésion et l'implication du patient dépend des facteurs psychologiques, socioculturels, cognitifs, mais aussi de la relation avec le soignant. Alors ne faudrait-il pas investir des ressources financières et humaines pour former les soignants dans ce positionnement professionnel ? Peut-être que ce manque de formations continues et l'insatisfaction des patients cités par l'OBSAN (2015) sont liés. Actuellement, seuls les Hôpitaux Universitaires de Genève dispensent des formations conduisant aux certificat et diplôme en éducation thérapeutique, destinées aux

infirmières et aux médecins. Ces enseignements répondent aux recommandations de l'OMS (1998) d'intégrer l'éducation thérapeutique dans la formation des infirmiers et des médecins. En tant qu'étudiants en soins infirmiers, nous avons suivi de nombreux cours concernant l'éducation thérapeutique, tant théoriques que pratiques. Nous avons également pu pratiquer l'entretien motivationnel qui peut être un outil dans cette approche.

L'ETP est loin d'être une approche facile : elle n'est pas intuitive. Un des problèmes majeurs auxquels le soignant est confronté est la résistance psychologique du patient aux changements. Nous avons pu nous en rendre compte lors de notre formation en ETP. Le patient n'est pas le seul responsable de la résistance au changement. Il est préférable de la considérer comme le résultat d'interactions consécutives entre le thérapeute et le bénéficiaire de soins mais également entre ce dernier et ses proches, son environnement ou le contexte de soin. D'autre part, la résistance est plus souvent considérée par le soignant comme un obstacle supplémentaire, qui peut devenir une embûche relationnelle supplémentaire, contre lequel le thérapeute devra activer un processus de changement basé sur la responsabilité et l'implication réciproques (Reiner, Carrard & Golay, 2010). Par ailleurs, comme le précisent Moutet et Golay (2006), la résistance du patient peut au contraire être perçue comme un signe d'énergie vitale et devient donc pour le soignant une source de renseignements qui lui permet de s'interroger sur le fondement de l'alliance thérapeutique. Pour certains patients atteints de maladies chroniques, la résistance peut susciter une nouvelle façon d'être (Reiner & al., 2010). Le

soignant doit pouvoir dépasser l'approche biologique et développer un partenariat avec le malade et faire preuve d'empathie (Sofrà & al. 2014). Nous en concluons que la prise en compte de la résistance est primordiale dans l'ETP et qu'elle nécessite l'acquisition de certaines habiletés relationnelles.

Plus haut, nous avons relevé que l'ETP avait un impact positif sur la qualité de vie. Lager, Pataky et Golay (2009) ajoutent que l'éducation thérapeutique est un accompagnement visant à améliorer la santé par une approche bio-psycho-sociale des personnes malades. Dans ce sens, l'éducation thérapeutique consiste à permettre au patient d'apprendre nombre de connaissances et compétences, d'adapter certains comportements, ceci pouvant l'aider à améliorer certains indicateurs de santé, sa qualité de vie, et diminuer d'éventuelles complications médicales. Dans leurs études portant sur de récentes méta-analyses au sujet de l'efficacité de l'éducation thérapeutique, Lager et al. (2009) relèvent que si l'éducation thérapeutique est complexe et structurée, tout en ayant des indicateurs très précis et un groupe contrôle sans intervention éducative, un succès de l'éducation thérapeutique est démontré dans toutes les maladies chroniques prises en compte dans l'étude. Cela peut s'expliquer par le cumul de l'effet de l'éducation la plus large possible : un travail sur les perceptions et les croyances du patient, ce qui permet d'éviter certains obstacles aux modifications de comportements, relié à des thérapies cognitivo-comportementales. De plus, l'évolution positive de la relation soignant-soigné qui en découle permet une prise en charge plus précoce lors de l'apparition de complications.



Nous avons parlé de l'amélioration de la qualité de vie, mais que signifie-t-elle ? Cette vision de la plus-value qu'apporte l'éducation thérapeutique est à rapprocher du concept de qualité de vie que définit l'OMS en 1993 :

C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.

Certains auteurs ont déjà fait le rapprochement, comme la HAS (2007), qui stipule qu'outre le fait que l'ETP vise l'amélioration de la santé du patient sur les plans biologique, psychique et social, le bénéfice recherché est également centré sur l'amélioration de sa qualité de vie, ainsi que sur celle de ses proches. Cependant, il est important de garder à l'esprit que la qualité de vie est par sa nature totalement subjective puisque chaque personne a une définition propre de sa qualité de vie. Ainsi, après établissement d'une relation de confiance, il incombe aux soignants d'instaurer un dialogue avec le bénéficiaire de soins afin d'être au plus près de sa propre vision de sa qualité de vie pour adapter sa prise en charge.

Maladie chronique :

L'OMS (2006) a listé les maladies pouvant être considérées comme des maladies chroniques.

Les maladies chroniques comprennent les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et les diabètes. La baisse de l'acuité visuelle et la cécité, la baisse de l'acuité auditive et la surdité, ainsi que les affections bucco-dentaires et génétiques constituent d'autres maladies chroniques qui représentent une fraction non négligeable de la charge mondiale de morbidité.

L'évolution de la maladie chronique est irrégulière. L'école nationale de la santé publique (ENSP) française la définit comme une maladie qui « entraîne pour la personne malade et son entourage des périodes d'espoir ou de désespoir combinées à des sentiments de puissance ou d'impuissance » (Sager & Weber, p.8, 2011). Pour l'OMS (2003) : « Les affections chroniques sont des problèmes de santé qui nécessitent une prise en charge continue pendant des années voire des décennies. » De plus, la maladie chronique est la première cause de mortalité mondiale. Sa prévalence est en augmentation dans le monde entier, ceci à cause de l'avancée des technologies médicales, du vieillissement de la population et de la commercialisation de produits nocifs au niveau sanitaire comme le tabac. L'OMS (2003) précise que les affections chroniques seront, d'ici fin 2020, la cause essentielle d'incapacité sur la planète, et si leurs prises en charge ne sont pas optimales, elles seront à l'origine des principales causes de dépenses pour les systèmes de santé comme c'est déjà le cas pour la Suisse.

Selon Rat (2004), la maladie chronique se fonde sur les effets produits sur le patient. En outre, la maladie chronique comprendrait :

- La présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif ;

- Une ancienneté de trois mois à un an, ou supposée comme telle ;
- Que les patients aient un retentissement de leur maladie sur leur vie quotidienne :
 - Avoir une limitation fonctionnelle, des activités, de la participation,
 - Présenter une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle,
 - Avoir besoin des soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'évacuation ou d'adaptation.

L'évolution inconstante de la pathologie pousse le patient à des nécessités thérapeutiques particulières. Pour cette raison, la maladie chronique est une problématique délicate avec des besoins requérant des soins sans interruption et une planification (Sager & Weber, 2011). Selon d'Ivernois et Gagnayre (2011), si la maladie est considérée de façon isolée, sans prendre en considération la systémique dans laquelle elle se trouve, cela explique vraisemblablement l'accumulation des prestations de soins spécifiques et l'augmentation concordante des coûts de la santé.

Selon Barrier (2010), il est ensuite nécessaire de reconnaître que le patient atteint d'une maladie chronique est avant tout un individu vivant avec une maladie, mettant en place pour ce faire, une multitude de stratégies qui permettent au patient d'accéder à un « état d'équilibre construit » au regard de sa santé.

Selon Lager, Pataky et Golay (2009), passablement d'efforts ont été faits ces dernières décennies afin de mettre en place de nouvelles méthodes diagnostiques et de nouvelles approches thérapeutiques. Un grand nombre de

celles-ci sont valables dans les situations aiguës. Selon Chambouleryon et al. (2012), la maladie chronique ainsi que ses traitements occupent un espace dans toutes les dimensions de la vie du patient : corporelle, psychique, émotionnelle, cognitive, culturelle, familiale, professionnelle et plus fréquemment sociale. Cependant, les soignants ne réduisent-ils pas les patients à leur pathologie malgré toutes les dimensions de la personne ? A quel point les soignants sont-ils sensibilisés à la maladie chronique ? Elle est également présente dans tous les événements de la vie de la personne malade : routiniers ou exceptionnels, prévisibles ou inattendus. Le patient est donc chaque fois confronté à des obstacles, des questions, de nouveaux problèmes, à la nécessité du choix, d'adaptations, etc. Selon D'Ivernois et Gagnayre (2011), la personne doit donc développer des compétences d'auto-soins mais également des compétences d'adaptation pour aborder efficacement les épreuves et les exigences de la vie quotidienne.

Selon Ruiz (2014), l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques dont fait partie le diabète est un besoin absolu. Elle favorise l'autonomie du patient afin qu'il puisse vivre de la meilleure des manières et que ses objectifs personnels et professionnels soient réalisables malgré les contraintes de sa pathologie et de son traitement. La gestion du diabète est difficile par le patient lui-même et/ou son entourage. Les aspects socio-culturels ont des influences non négligeables dans la gestion de la pathologie et du traitement.

Résistance :

Comme vu précédemment, l'ETP consiste à mettre en œuvre de nouvelles compétences. Ainsi, durant un entretien, un patient peut se montrer résistant au changement. La résistance survient pour plusieurs raisons, lors d'un écart trop important entre les attentes du patient et du soignant, la peur de l'inconnu, la crainte de perdre ce que l'on possède et la préférence pour la stabilité (Bouvier, Cavaillé, Champenau, Pardon, & Telliez, 2008).

Selon Golay, Lager et Giordan (2007), il y a divers types de résistances. Tout d'abord, il existe des résistances qui sont dues au traitement lui-même, par exemple l'adoption d'un régime dans le cadre d'une thérapie contre l'obésité. Ensuite, il y a celles qui sont liées au patient. Une personne ne peut pas opérer des changements immédiats, elle doit passer par une série d'étapes d'acceptation de sa maladie.

Dans le modèle de Pender (2011), les résistances à l'adoption d'un comportement promoteur de santé sont principalement issues des comportements antérieurs et peuvent relever de deux causes principales : d'une part, les coûts que le changement représente en temps, énergie ou financièrement et d'autre part, la perception d'une incapacité personnelle à réussir le changement demandé, ce qui se rapproche du sentiment personnel de Banderas comme nous le verrons ultérieurement. De plus, le modèle de Pender prend en compte les affects tant positifs que négatifs du comportement de santé antérieur. Un individu sera plus enclin à recommencer un changement s'il a dans sa vie des expériences similaires qu'il juge comme positives. Toujours selon Pender (2011), ces obstacles empêchent une adhésion au

traitement ou un changement de comportement sur le long terme. Le comportement des soignants peut également jouer un rôle s'ils ont une attitude de persuasion frontale, de banalisation ou encore de jugement, ou un manque de motivation (Golay, 2015). Il existe également des résistances extra personnelles, liées à l'entourage, les valeurs, la culture et l'environnement d'un patient. Pender souligne également dans son HPM (2011) l'importance des normes de son groupe d'appartenance ainsi que le soutien social perçu. L'entourage peut induire de la résistance en voyant la personne qui leur est proche changer. Ces changements peuvent modifier la dynamique de groupe et donc se répercuter sur la personne.

Selon Bresghold (1955), il est important de ne pas enlever totalement les résistances du patient, mais de les utiliser comme de précieuses énergies. Selon Moutet et Golay (2006) en considérant la résistance comme saine et utile, il est possible de donner un nouvel élan à la guérison.

Il faut aussi garder à l'esprit que tout changement dans sa manière de penser induit une résistance au changement de manière automatique dans une grande majorité des cas (Diquemare, 2000 ; dans Bouvier & al., 2008). Comme l'ETP est un partenariat entre soignant et soigné, le soin ne peut se penser de manière unilatérale de la part du soignant (Marra & Mercadal, 2010). Ainsi, La prise en compte de cette résistance dans l'ETP est primordiale. Si cette dernière est mal gérée, elle peut amener une révolte, voire un sabotage des efforts entrepris. Mais, si elle est bien utilisée, la personne peut également

se sentir satisfaite d'avoir franchi de nouvelles limites et revalorisée (Diquemare, 2000 ; dans Bouvier & al., 2008).

Au terme de ce chapitre, nous nous posons les questions suivantes : La résistance est-elle modulée suivant l'âge du patient ? Existe-t-il une différence liée à l'âge ? Notre approche change-t-elle avec l'âge ? Dans nos recherches actuelles, nous n'avons pas trouvé de mention spécifique au sujet de l'âge des patients, si l'on met à part les patients pédiatriques, ce qui est un thème trop spécifique pour être intégré à notre travail de Bachelor.

2.4 Concepts retenus

De nos diverses recherches, nous avons retenu trois concepts : l'éducation thérapeutique, la résistance et le diabète de type 2. Nous avons choisi cette pathologie car, parmi les diverses maladies chroniques citées, c'est une maladie qui est actuellement fréquemment rencontrée dans la pratique infirmière.

2.5 Perspectives pour la pratique infirmière

Comme nous l'avons mis en évidence précédemment, l'éducation thérapeutique permet au patient d'obtenir et de maintenir les capacités et les compétences qui l'aident à vivre avec sa maladie afin d'avoir la meilleure qualité de vie possible et de rester en santé en évitant les complications. C'est un processus sans interruption dans les soins et centré sur le patient. Nous avons également pu constater que différentes études montrent que lorsque l'éducation thérapeutique est complexe et structurée, des résultats ont prouvé son bénéfice dans toutes les maladies chroniques considérées. Nous avons

relevé auparavant que la première cause de mortalité dans le monde était due aux maladies chroniques qui sont en constante augmentation pour différentes raisons précédemment citées.

Elles nécessitent donc une prise en charge optimale et contraignent le patient à adopter des besoins thérapeutiques particuliers. Il est important que le patient soit appréhendé dans sa globalité, comme partenaire, et donc pas seulement sous l'angle de la maladie chronique en question. Le paradigme de l'intégration appuie ce propos, et dans cette perspective, l'infirmière doit prendre en compte toutes les dimensions (biologique, psychologique, sociale, culturelle, environnementale, etc.) de la personne pour prétendre fournir des soins optimaux. L'éducation thérapeutique favorise l'autonomie du patient afin qu'il puisse vivre de la meilleure des façons malgré les contraintes que pourraient provoquer sa pathologie et son traitement. Dans l'éducation thérapeutique, l'aspect de la résistance n'est pas à négliger. Sans considération de ce concept, il sera difficile de faire avancer le patient. C'est pourquoi, pour accompagner au mieux le patient malgré sa résistance, le soignant doit construire une relation de confiance et d'écoute.

Lorsque les attentes du soignant et du patient sont trop éloignées, la résistance s'installe et pourrait être un obstacle au changement. Ce qui ressort de notre revue de littérature exploratoire et du paradigme de l'intégration, c'est l'écart entre ce dernier et notre pratique. Assurément, nous savons que nous devons placer le patient au centre de notre intervention et entrer dans un partenariat ; mais dans la pratique, les soignants ont du mal à quitter leur

point de vue qui est axé sur la maladie et son traitement. Cela fait partie de l'accompagnement d'informer le patient sur sa pathologie, mais pas seulement. Si on se réfère aux quatre savoirs de la discipline infirmière, il faut mettre en évidence celui de l'éthique où l'on fait référence à l'importance de prendre en considération les valeurs et les normes du patient. Ce savoir contribue à aborder avec humanité le patient et est indispensable dans l'ETP. Selon l'OBSAN (2015), actuellement, nous ne sommes pas assez à l'écoute de nos patients. Plusieurs auteurs tels que Golay et al. (2007), Sofrà et al. (2014) mentionnent que ceci est peut-être dû au manque de formation des professionnels de la santé. Par conséquent, ces personnes pourront difficilement offrir les meilleures prestations possibles et il sera difficile pour elles d'aborder des concepts comme la résistance avec les patients.

De plus, d'autres problèmes se posent : est-il nécessaire d'hospitaliser des patients « en bonne santé » car traités, afin de de leur injecter, au bon moment, la bonne dose d'insuline ? Est-ce qu'il faut un médecin jour et nuit pour conduire le traitement ? Une grande quantité de savoirs devra être transmise au malade pour qu'il soit son propre soignant ou co-thérapeute. Est-ce que la prise en compte de la résistance du patient à son traitement permettrait de surmonter ces obstacles ? Au terme de ce questionnement, il en ressort cette interrogation :

Comment former les infirmières pour améliorer leur prise en charge en éducation thérapeutique de la résistance du patient atteint de diabète de type 2 ?

Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers

3.1 Définition des concepts :

Nous avons sélectionné trois concepts qui sont l'éducation thérapeutique, la résistance et le diabète de type 2. Nous les définissons ci-dessous.

Éducation thérapeutique

Nous avons trouvé plusieurs définitions de l'éducation thérapeutique et nous en avons sélectionné deux. L'OMS (1998) définit l'éducation thérapeutique ainsi :

Méthode permettant aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent 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, d'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie.

Formarier & Jovic (p.163, 2012) définissent l'éducation thérapeutique de la manière suivante :

L'éducation thérapeutique concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou à la prévention des risques ou des complications d'une pathologie. Le but de l'éducation thérapeutique du patient est d'engager la personne qui consulte un professionnel du soin, quel que soit son état de santé, à maintenir ou améliorer, elle-même, sa qualité de vie. Respecter les choix de la personne, comprendre l'autre, l'éclairer pour qu'elle puisse faire des choix, sont des principes de la relation éducative.

Selon Assal (1996), c'est dès 1921, grâce à l'isolement et à l'administration de l'insuline à un diabétique de type 1, qui avait un pronostic

vital toujours engagé, qu'une phase nouvelle de la médecine débutait avec le besoin de créer de nouveaux paradigmes, ajustés à la maladie chronique.

L'éducation thérapeutique est née en 1972 grâce au médecin Leona Miller, dans les milieux défavorisés de Los Angeles. Celle-ci a mis en place un programme de formation pour 6000 diabétiques dans le cadre d'une étude afin de légitimer scientifiquement le bien-fondé de cette pratique. Le résultat de cette dernière a permis de prouver l'efficacité de son programme de formation en réduisant la durée moyenne d'hospitalisation, qui est passée de 5.4 jours à 1.7 jour ; dès lors, l'éducation du patient est prise au sérieux par le monde scientifique et d'autres personnes s'y intéressent (Miller & Goldstein, 1972).

Actuellement, il existe deux courants majeurs dans l'éducation thérapeutique. D'un côté, des modèles d'inspiration behavioriste, comme la thérapie cognitivo-comportementale, où la finalité est liée directement au changement de comportement (Tap, 1981). Dans cette optique, selon Lager (2009) ainsi que Foucaud, Bury, Maryvette et Eymard (2010) chaque comportement est lié à un fait observable. Ainsi, les aptitudes du patient sont mesurées grâce au comportement démontré. En ce sens, les efforts sont en priorité axés sur la suppression d'erreurs du patient qui doit être de plus en plus autonome. Le grand avantage de ce modèle est que ces comportements peuvent facilement être mesurables, quantifiables (par exemple : la perte de poids chez un patient obèse). Cependant, cette approche exclut complètement le côté émotionnel du patient. Il est donc susceptible de vivre un conflit interne : en quelque sorte la norme des comportements souhaités est définie

par la communauté médicale et l'avis du patient s'en trouve exclu. Le soignant est donc considéré comme le détenteur de la connaissance et a pour mission de faire abandonner les pratiques jugées mauvaises au profit de celles jugées bonnes du point de vue médical. C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est restée malgré tout bien souvent prescriptive (Foucaud & al., 2010).

De l'autre côté, nous avons les modèles d'inspiration constructiviste au sens large qui sont centrés sur l'apprentissage qui prend en compte le contexte biologique, psychologique, social et spirituel du patient. Le constructivisme comprend un projet de soins co-construit qui prend en compte le niveau d'expertise de chacun en n'ayant aucun rapport hiérarchique. Cela est valorisant pour les deux partenaires. Le soignant part des attentes, représentations, peurs, idées, pratiques profanes et compétences du patient afin de donner l'élan nécessaire au projet thérapeutique. Le patient est poussé à augmenter la connaissance de soi afin d'adapter au mieux la prise en charge. Morsy (1994) souligne, comme dit plus haut, que l'éducation thérapeutique développe principalement la propre connaissance de lui-même du patient dans son environnement social. L'introspection augmente inexorablement la confiance en soi, les sentiments personnels, ainsi que l'estime de soi. Ces trois éléments sont indispensables pour qu'un changement s'opère. Dans les modèles constructivistes, la part entre la théorie et la pratique est équivalente. Selon André (2005), se mettre en situation prospective en demandant au patient de lister les peurs, représentations, connaissances et réactions face par exemple à une hypoglycémie, permet d'enrichir la gamme de comportements

utiles quand la situation se produit véritablement. Ceux-ci permettent de se protéger de l'adversité, augmentent la capacité à s'engager efficacement dans l'action et par conséquent renforcent le sentiment d'autodétermination (Foucaud & al., 2010 ; Bee, 2003).

Selon l'OMS (1998), l'éducation thérapeutique a comme objectifs d'aider le patient et sa famille à comprendre la pathologie et son traitement, collaborer avec les soignants, vivre de manière plus saine et conserver ou améliorer leur qualité de vie.

Selon Lacroix et Assal (1998), l'éducation thérapeutique donne comme objectifs au patient de permettre d'accroître ses connaissances, ses compétences, de prendre conscience de son diagnostic et des risques que lui font encourir ce dernier. Elle permet d'être un collaborateur de soin à long terme dans la manière de gérer sa santé. Assal (1996) explique que le patient est instruit à identifier et interpréter certains symptômes, mettre en pratique une mesure physiologique, adopter le bon comportement en cas d'urgence ou en prévention, se faire accompagner pour modifier un comportement. Mises à part la progression de l'observance thérapeutique et la réduction des complications, l'éducation thérapeutique a pour but d'améliorer la qualité de vie des individus.

Les attitudes de l'éducation thérapeutique correspondent à une conception humaniste de la relation médicale où la dimension psycho-sociale prend en considération un grand nombre de compétences que les professionnels peuvent développer, en dehors de leurs acquis biomédicaux.

Les pratiques et les comportements pédagogiques sont souvent le parent pauvre chez les professionnels de la santé, car ils n'ont que rarement été au bénéfice d'une formation qui leur permette d'inculquer, de préparer des séquences éducatrices pour les patients. Une autre branche de compétences en rapport avec le suivi à long terme des maladies chroniques pourrait être désignée d'existentielle ou de philosophique. Il s'agit de l'expérience que le soignant acquiert lors du suivi des patients. Ces compétences peuvent se développer harmonieusement chez un seul soignant, mais plus réellement et plus couramment, elles sont développées dans une équipe pluridisciplinaire (Chambouleyron & al., 2012).

A présent, intéressons-nous au rôle infirmier et à la relation avec le patient. Formarier et Jovic (2012) décrivent l'éducation thérapeutique comme un processus continu qui est incorporé aux soins et focalisé sur le bénéficiaire de soins. Le patient est l'acteur principal, les apprentissages sont facilités par le soignant qui prend en considération les propriétés affectives et cognitives de la personne (Formarier & Jovic, 2012). Dans l'éducation thérapeutique, l'infirmière a un rôle de collaboratrice avec le patient. Elle se doit d'avoir des connaissances de la pathologie afin d'être capable d'offrir plusieurs possibilités thérapeutiques. Elle doit aussi comprendre correctement le sens de vivre avec une maladie chronique, faire preuve d'une compréhension des théories de l'apprentissage et être capable de remettre en question ses propres pratiques professionnelles. L'infirmière doit distinguer les compétences et les ressources de la personne soignée (Formalier & Jovic, 2012). La promotion de la santé

intègre le concept de l'éducation thérapeutique qui est relié aux soins infirmiers et rattache le patient à l'infirmière (Formarier & Jovic, 2012).

Plus haut, nous avons mentionné l'empowerment et nous avons trouvé indispensable d'en dire quelques mots. Un des buts de l'éducation thérapeutique est d'augmenter la capacité à s'engager ainsi que le sentiment d'autodétermination du bénéficiaire de soins. En ce sens, l'éducation thérapeutique serait un outil dans le but d'amener la personne à avoir un plus grand sentiment d'autodétermination ainsi qu'un sentiment de sécurité renforcé vis-à-vis de sa maladie. Plusieurs auteurs appellent ce processus « empowerment ». Pour l'illustrer, l'essai de définition d'Olivier Walger en 2009 semble adapté :

L'empowerment face à la maladie chronique est un processus au cours duquel la personne malade progresse et est consciente de progresser dans sa capacité à gérer sa maladie et son traitement de façon autonome, en mobilisant les ressources qui lui semblent les plus pertinentes, et en acceptant ses limites et celles inhérentes au traitement.

L'empowerment a fait son apparition officiellement dans le monde du travail social en 1976 par Barbara Solomon. Dans les années 80, Julian Rappoport l'a introduit en psychologie communautaire. C'est vers la fin des années 80 que l'empowerment fait son apparition dans la branche des sciences infirmières (Formarier & Jovic, 2012).

Dans le concept de l'empowerment, tant le professionnel de la santé que le patient participent à la prise de décision. Le renforcement du sentiment de sécurité grâce à la prise en charge sur le long terme par le professionnel

de la santé participe également de l'empowerment (Formarier & Jovic, 2012). Dans l'éducation thérapeutique, l'infirmière a pour rôle de favoriser l'apprentissage du bénéficiaire de soins et d'enranger de l'autonomie. Elle a également comme objectif de permettre au patient de développer des compétences psychosociales, d'autogestion et d'autodétermination dans la gestion de sa maladie chronique (Formarier & Jovic, 2012).

Le soignant ne prend plus la place du détenteur de la connaissance, mais agit comme un acteur du processus d'autonomisation de la personne soignée. En suivant la logique de l'empowerment, il ne faut plus raisonner en ces termes : « Quelle place serions-nous prête en tant que soignante à laisser au patient dans la gestion de sa maladie ? » Mais plutôt : « C'est au patient de nous dire jusqu'à quel point il se sent capable de prendre en charge sa maladie et les soins qui en découlent. »

Comme l'éducation thérapeutique est à la fois une action de promotion de la santé et de prévention de la maladie, il nous paraît important de définir ces deux termes. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur l'ouvrage « Les Concepts en Sciences Infirmières » de Formarier et Jovic (2009).

Nous commencerons par le volet de la promotion de la santé. « L'approche de la promotion de la santé est initiée lors de la conférence mondiale d'Alma Ata en 1978 instituant les Soins de Santé Primaire, approche communautaire de la santé ». « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». (Formarier & Jovic, 2009).

La promotion de la santé représente un mouvement social et politique global, ce dernier comprenant des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais aussi des mesures ayant comme rôle de modifier la situation sociale, environnementale et économique afin de diminuer les effets négatifs sur la santé publique et sur la santé de la population. Le concept de promotion de la santé consiste à donner la chance aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'avoir un impact positif sur leur santé. (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986). En 1986, la Charte d'Ottawa, texte fondateur, définit trois stratégies fondamentales :

- sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé
- conférer à tous les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé
- servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé.

Trois stratégies, soutenues par cinq objectifs qui se veulent opérationnels :

- élaborer une politique publique saine
- créer des milieux favorables à la santé
- renforcer l'action communautaire pour la santé
- acquérir des aptitudes individuelles
- réorienter les services de santé.

(Formarier & Jovic, 2009).

Dans la pratique professionnelle, la promotion de la santé peut avoir lieu lors d'activités qui participent à la continuité de la vie de famille ou d'un groupe de société. Ces pratiques se créent au quotidien en accompagnant les personnes avec un relais interdisciplinaire permanent et structuré. Elles font partie d'une démarche réflexive d'anticipation en mettant l'accent sur ce qui

défend le maintien et l'amélioration des environnements physiques et sociaux et dans laquelle les professionnels constituent une ressource en faveur de la communauté.

La Charte de Bangkok de 2005 met en évidence de nombreux défis à relever face aux maladies chroniques, à l'augmentation des inégalités, à l'urbanisation rapide ainsi qu'à la détérioration de l'environnement. Elle oriente d'une manière différente la promotion de la santé demandant une cohérence à la politique, des investissements et la mise en place de partenariats entre les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé dans le cadre d'engagements fondamentaux.

Pour qu'il y ait « promotion de la santé », les éléments caractéristiques sont :

- une implication participative de la communauté conjuguée à une concertation avec des politiques et à une mise à disposition des professionnels comme ressources
 - un échange de savoirs
 - une action anticipative centrée sur les processus de vie
 - une connaissance du contexte et de la population
 - un processus d'évaluation.
- (Formarier & Jovic, 2009).

Concernant la prévention de la maladie, c'est un ensemble de mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à ralentir les progrès et réduire les conséquences de la maladie (Formarier & Jovic, 2009).

Les expressions « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisées de façon complémentaire. Bien que le contenu et

les stratégies de ces deux notions se recouvrent souvent partiellement, la prévention de la maladie et la promotion de la santé sont définies séparément (Formarier & Jovic, 2009).

La résistance

Selon Miller et Rollnick (2006), la résistance est un terme que nous rencontrons en physique mais aussi en psychologie. C'est cette dernière qui nous intéresse : pour qu'il y ait résistance, il faut au moins deux personnes. Dans la relation soignant-soigné, ce terme est destiné au patient. Elle peut survenir dans une relation qui est dissonante, c'est-à-dire lorsque les personnes ne s'entendent pas sur les objectifs par exemple ou si elles ne partagent pas les mêmes valeurs. Il est important de comprendre que ce n'est pas dû uniquement à la non coopération d'une seule personne, mais qu'il en faut au moins deux. Ces auteurs résument cela ainsi : « Le comportement de résistance du client est le signal d'une dissonance dans la relation de conseil. » De plus, ils ont désigné le concept opposé comme étant le discours-changement. Les professionnels doivent prendre en compte dans quel état d'esprit est le patient pour orienter leurs interventions. Dans le cas du discours-changement, le soignant doit le renforcer et dans le cas de la résistance, le soignant doit la diminuer et ne pas tomber dans le piège en surenchérissant.

Morin (1996) définit les résistances comme « des forces qui s'opposent à la réorganisation des conduites et à l'acquisition des nouvelles compétences ou, en d'autres mots, à des forces restrictives ». Appliqué à l'éducation thérapeutique de la personne diabétique, cela se manifeste par un ensemble



de forces issues des différents acteurs et non pas uniquement « de la faute » de la personne diabétique. Il est vrai qu'une partie des résistances est reliée aux conceptions du patient, à ses idées préconçues et ses conceptions. Par exemple chez les personnes diabétiques (Golay & al., p.10, 2007) :

Nombre de personnes diabétiques ne voient dans le sucre qu'une substance néfaste. Ils ne pensent pas que le corps puisse en produire, et que le sucre soit indispensable pour vivre. Un de leur réflexe de pensée sous-jacent renforce cette conception : une substance ne peut être que « bonne » ou « mauvaise », et non les deux, suivant leur concentration, le contexte ou l'usage. La manière de penser, de raisonner, concerne ainsi la dimension infra cognitive. Il y a encore peu, les médecins ou les diététiciens eux-mêmes participaient à la même logique de sens en interdisant la prise de sucre. Pour les patients diabétiques, « le sucre, trop élevé dans le sang est mauvais » donc « il faut l'interdire ». Derrière la conception d'un patient, il y a toujours une logique. C'est vrai que trop de sucre dans le sang est mauvais, mais ce n'est pas pour autant qu'il faille le supprimer de l'alimentation. Ce type de conception très difficile à aborder avec le patient contribue énormément à une mauvaise observance.

Néanmoins, comme l'éducation thérapeutique est un soin qui est avant tout basé sur la relation soigné-soignant, il convient également à ce dernier d'être attentif à certains indicateurs qui induisent de la résistance. La conception du soignant quant à la problématique du bénéficiaire de soins fait partie d'un grand générateur de résistance. Un manque de motivation, un état d'esprit inadapté peuvent induire chez les patients des résistances. Golay et al. (p.12, 2007) définissent 12 attitudes principales qui peuvent générer de la résistance :

1. Effrayer, menacer
2. Rassurer, compatir, consoler
3. Donner des conseils

4. Fournir la solution (dire au patient ce qu'il devrait faire)
5. Persuader, argumenter
6. Ordonner, diriger, commander
7. Moraliser,
8. Juger, critiquer, blâmer, désapprouver
9. Interpréter, analyser
10. Étiqueter, humilier, ridiculiser
11. Enquêter, questionner
12. Faire de l'ironie, tourner en dérision

Moutet et Golay (2006) précisent que dans des situations de résistance, il est judicieux de s'intéresser de comprendre comment le patient résiste, à quoi et à qui. Ils ont une vision plutôt positive de la résistance en la qualifiant de signe d'énergie vitale sur laquelle le soignant doit se questionner tout en ne se faisant pas piéger. Ils évoquent aussi une force de résistance qui peut être perçue comme une « capacité psychologique et une réaction d'autonomie ». Nous avons dit plus haut qu'il fallait s'intéresser au comment, car il permet de focaliser la raison de la résistance sur la relation. Si nous nous intéressons au pourquoi nous risquons de braquer le patient.

Diabète de type 2

Comme expliqué précédemment, notre question de recherche aborde la prise en compte de la résistance dans l'éducation thérapeutique chez un patient diabétique de type 2. C'est pourquoi, il paraît nécessaire de définir le diabète. Selon l'OMS (2016) le diabète est décrit de la manière suivante :

Maladie chronique qui apparaît quand le pancréas ne produit pas en quantité suffisante l'insuline ou que l'organisme n'utilise pas convenablement l'insuline qu'il crée. L'insuline est une hormone dont le rôle est de réguler la concentration de sucre dans le sang. Une concentration de sucre élevée dans le sang, appelée hyperglycémie, est une conséquence fréquente du diabète non contrôlé qui amène progressivement à de graves atteintes sur

différents systèmes, plus particulièrement sur les nerfs et les vaisseaux sanguins.

Selon l'OMS (2016) en 2014, 9% de la population mondiale adulte (18 ans et plus) était atteinte de diabète. En 2012, 1,5 million de décès ont été causés directement par le diabète. C'est dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que plus de 80% des décès causés par le diabète ont lieu.

Il existe trois sortes de diabète : le diabète de type 1, le diabète de type 2 sur lequel la question de recherche s'arrête et le diabète gestationnel. Nous définirons principalement le diabète de type 2 et très brièvement les deux autres. Nous avons choisi de prendre en considération le diabète de type 2 dans notre question de recherche, car, selon l'OMS (2016), il représente 90% des cas de diabète présents dans le monde. De fait, c'est celui-ci que nous rencontrons le plus dans notre pratique.

Avant de commencer avec les définitions, intéressons-nous à l'histoire du diabète, retracée par Von der Weid (1994). La plus ancienne description répertoriée date de 1550 av. J.-C. (Antiquité égyptienne) sur un papyrus de Thèbes. Il y est décrit la présence d'urines très abondantes. Le mot grec *diabêtês* signifie « qui traverse ». Au II^e siècle ap. J.-C. Arété de Cappadoce fait les observations suivantes : « Le diabète est une affection grave, peu fréquente, qui se caractérise par une fonte musculaire importante des membres dans l'urine. Le patient n'arrête pas d'uriner et ce flux est incessant comme un aqueduc qui se vide. La vie est courte, désagréable et douloureuse, la soif est inextinguible [...]. Les patients sont en proie à des nausées, un état

d'agitation, une soif dévorante, et en peu de temps ils meurent. » Au fil des siècles, les informations sur la maladie deviennent de plus en plus complètes. Ce n'est qu'au XIX^e siècle que le lien avec le pancréas est découvert, grâce à la médecine expérimentale, ainsi que l'insuline au XX^e siècle. Suite à ces découvertes, le premier traitement pour le diabète fait son apparition entre 1921 et 1922.

A présent, passons aux divers types de diabète. Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui se produit lorsque les cellules bêta du pancréas, qui ont pour fonction la production d'insuline pour la régulation de la glycémie, sont tuées par le système immunitaire du corps. Il se développe principalement durant l'enfance ou chez le jeune adulte mais il peut aussi survenir à n'importe quel âge. Les personnes atteintes de ce type de diabète doivent s'administrer de l'insuline durant toute leur vie. Actuellement, il n'existe pas de traitement qui permette une guérison. Il peut être identifié lorsque la personne a une envie fréquente d'uriner, présente une perte de poids, un manque d'énergie et une soif excessive. (Association Suisse du Diabète, 2013)

Le diabète gestationnel se caractérise par un taux élevé de glucose dans le sang et se manifeste durant une grossesse la première fois. C'est une des complications fréquentes de la grossesse : environ 10 à 15 % des femmes enceintes développent ce type de diabète. (Association Suisse du Diabète, 2013)

Selon l'Association Suisse du Diabète (2013), le diabète de type 2 touche le pancréas : il produit encore de l'insuline mais en quantité insuffisante ou le corps l'exploite mal en raison d'une insulino-résistance (le corps est incapable d'utiliser l'insuline efficacement pour la transformation du glucose sanguin en énergie). Une prédisposition génétique, une surcharge pondérale, la sédentarité, et divers facteurs comme le tabagisme ou l'hypertension, favorisent l'apparition du diabète de type 2. Généralement, il se développe au-delà de la quarantaine, mais il affecte aujourd'hui un nombre croissant d'individus encore jeunes.

Au début de la maladie, il est difficile d'identifier des signes extérieurs ou des symptômes. Le diagnostic est souvent posé lorsque les premières complications de la maladie, comme des troubles visuels ou une mauvaise cicatrisation des plaies avec une tendance à s'infecter, se manifestent. Le traitement principal est une alimentation équilibrée associée à une activité physique régulière. Si cela ne suffit pas à normaliser la glycémie, le médecin prescrit un médicament per-os hypoglycémiant. Si cela ne permet toujours pas d'obtenir une glycémie équilibrée, une insulinothérapie est mise en place. Le patient diabétique surveille ses glycémies lui-même grâce à des tests d'autocontrôle qui permettent d'agir en conséquence en adaptant le traitement.

Lorsque le diabète n'est pas détecté à son début ou s'il n'est pas suffisamment traité, il peut provoquer des complications qui peuvent être

tardives, invalidantes ou même mortelles. Les complications tardives rencontrées le plus fréquemment sont :

- Artériosclérose
- Infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral
- syndrome du pied diabétique
- Rétinopathie diabétique
- Néphropathie diabétique
- Neuropathie diabétique

Les complications les plus graves que le diabète peut provoquer sont l'amputation, la cécité et la défaillance rénale.

3.2 Choix de la théorie :

Dans cette étape, nous faisons le choix d'une théorie de soins infirmiers. Le but d'une théorie est de pouvoir éclairer notre sujet de travail de Bachelor ainsi que d'y apporter des éléments de réponses. En tout temps, la pratique infirmière est influencée par les différentes théoriciennes des soins infirmiers.

Pour notre travail de Bachelor, nous avons opté pour les travaux de Nola Pender, qui est l'auteur de « Health Promotion Model » (HPM). Notre choix s'est porté sur ce modèle car Pender et al. (2010 ; dans Walger 2013) définissent la promotion de la santé ainsi : « un processus qui permet aux individus, aux groupes, aux familles, et aux communautés, d'avoir un meilleur contrôle sur ce qui détermine leur comportement de santé et d'agir en conséquence ». En lisant la définition de ces auteurs, le lien avec l'ETP nous

paraît évident. Dans l'ETP, nous cherchons aussi à développer de nouveaux comportements chez le patient afin qu'il puisse maintenir le meilleur niveau de vie possible.

Nola Pender est une infirmière qui considère que son rôle est d'aider les personnes à prendre soin d'elles-mêmes. Elle a contribué au développement des connaissances infirmières au sujet de la promotion de la santé au travers de ses recherches, ses enseignements, ses présentations et ses écrits. En 1975, elle publie un modèle conceptuel pour les comportements de santé préventifs. Ce dernier a pour but de comprendre comment les individus prennent des décisions au sujet de leur propre soin de santé dans un contexte de soins infirmiers. Ensuite, en 1982 elle publie la première édition du HPM. En 2006, elle publie la cinquième édition. La base principale de son modèle est la théorie de l'apprentissage social de Bandura. Il souligne l'importance du processus cognitif dans le changement de comportement. Un concept qui est important dans cette théorie et que Pender a repris est le sentiment personnel. Ce concept représente le jugement de ses capacités personnelles à organiser et exécuter un comportement promoteur de santé. Dans son HPM, Pender n'utilise pas la peur et la menace comme une source de motivation pour développer les comportements de santé. Un comportement promoteur de santé permet d'atteindre des résultats de santé positifs (Alligood, 2014).

Dans le modèle de Pender, tout comme en ETP, il ne s'agit pas de dicter une marche à suivre au client, mais de l'accompagner vers un mieux-être au travers d'un processus de compréhension. Ainsi, au travers du HPM, l'infirmière

peut, grâce à des indicateurs psychoaffectifs précis, mieux cibler les points saillants à travailler avec le patient. Il s'agira de soutenir le sentiment personnel du bénéficiaire de soins. Allgood (2014) explique que selon Pender, plus le sentiment personnel est grand plus la perception de barrières est faible pour un comportement aidant. Par conséquent, la personne s'engagera plus facilement dans cette démarche.

Afin d'explicitier notre choix, nous décrivons les éléments majeurs de la théorie, en nous basant sur une traduction libre de l'ouvrage de Nola Pender, *Health Promotion in Nursing Practice*. Tout d'abord, ce modèle comporte trois grandes parties : expériences et caractéristiques individuelles, affects et cognitions liés aux comportements, résultat comportemental (Pender, Murdaugh, & Parsons, *Health Promotion in Nursing Practice*, 2011). Reprenons plus en détail ces trois axes.

Expériences et caractéristiques individuelles

Chaque individu a des expériences et des caractéristiques personnelles et uniques telles que les comportements antérieurs et les facteurs personnels bio-psycho-socio-culturels qui affectent les comportements futurs.

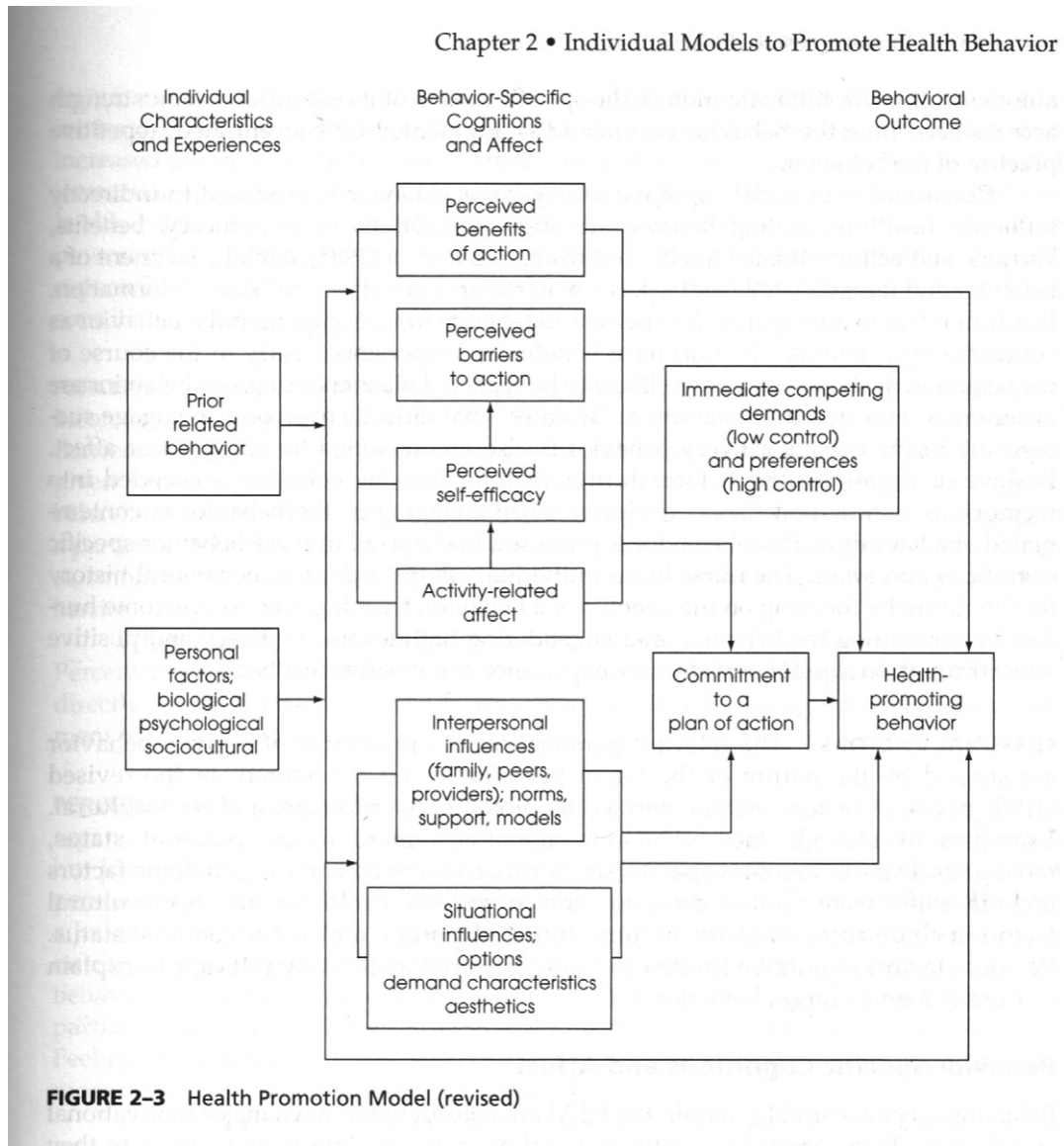
Affects et cognitions liés aux comportements

Cette partie est importante, car il est possible de modifier ces variables au travers de diverses interventions. Ces variables incluent : les bénéfices perçus à l'action, les obstacles perçus à l'action, le sentiment personnel, les

affects liés à l'activité, les influences interpersonnelles et les influences situationnelles.

Résultat comportemental

Adopter un comportement promoteur de santé est la finalité du HPM. Pour y parvenir, un engagement dans un plan d'action est nécessaire. L'engagement pousse l'individu dans l'action à moins qu'il n'y ait des demandes ou préférences concurrentielles simultanées.



(Pender & al., p.45, 2011)

Nola Pender a créé un outil pour permettre aux soignants d'utiliser son modèle. Elle a défini neuf étapes. Tout d'abord, il est important de recenser et résumer les données issues de l'évaluation initiale. Sur cette base, le soignant peut souligner les forces et les compétences du client. En collaboration avec le patient, les objectifs de santé et les différentes options de changement doivent être identifiés. Pour évaluer l'atteinte des objectifs, il est nécessaire de



mettre en évidence des indicateurs. Ensuite, dans une approche de partenariat, un plan est mis en place tout en intégrant une composante temporelle. Pour aider le patient dans ses changements de comportement, le soignant renforce la perception des bénéfices et identifie les incitations personnelles qui stimulent le patient. Il ne doit pas oublier de considérer les facteurs environnementaux et interpersonnels du patient qui peuvent avoir une incidence positive ou négative sur le processus de changement. Pour formaliser cet engagement, un contrat peut être signé par les deux partenaires.

Cette façon de faire rappelle beaucoup le concept de diagnostic éducatif en ETP, où il s'agit de définir, d'appliquer et d'évaluer des actions concrètes. Néanmoins, dans le HPM, l'accent est mis sur la promotion de la santé plutôt que sur les limites de la personne.

Le choix de cette théorie nous semble pertinent pour plusieurs raisons. Elle rejoint certains de nos concepts. Pender (2011 ; dans Walger 2013) définit le soin dans le métaparadigme infirmier comme « un travail fait en partenariat avec les patients, leurs familles et communautés afin de créer un soutien positif de la part de l'environnement dans lequel le patient peut exprimer tout son potentiel et améliorer ses comportements de santé ». C'est exactement ce que cherche à faire l'ETP. De plus, Pender et al. (2010 ; dans Walger, 2013) voient les maladies aiguës et chroniques comme des étapes de la vie. L'individu navigue avec ou sans maladie d'un état de faible santé à un état optimal de santé. Ce qui sous-entend qu'une personne malade peut tout de même être

en santé. L'un n'exclut pas l'autre. Quand une personne souffre de diabète, elle peut maintenir un bon niveau de santé si elle adopte certains comportements. L'ETP a pour but d'accompagner ces personnes.

Un de nos concepts est la résistance, Pender n'utilise pas ce terme, mais il est possible de trouver des similitudes. Dans les deux premiers axes de son modèle, « expériences et caractéristiques individuelles » et « affects et cognitions liés aux comportements », elle identifie les ressources mais aussi les obstacles à l'adoption de comportements de santé. Là où nous voulons en venir, c'est que l'approche de l'ETP s'intègre parfaitement dans ce modèle. Il est important de comprendre les conceptions et l'environnement de l'individu pour le faire progresser. Ce n'est peut-être pas un hasard, car Pender a développé son HPM entre 1975-1982, au moment où notre société prend conscience des inégalités au niveau de la santé et des déterminants de la santé. En 1978, la conférence mondiale d'Alma Ata initie la promotion de la santé. Cette dernière sera encore plus mise en avant avec la charte d'Ottawa. Concernant l'ETP, comme dit plus haut c'est en 1972 qu'elle est utilisée pour la première fois par le médecin Leona Miller. L'évolution de ces deux approches s'est faite en parallèle et elles se complètent.

Ainsi, un des objectifs pour le soignant consistera à soutenir le sentiment personnel du client. Selon Peterson et Bredow (2008), plus le sentiment d'efficacité personnel de l'individu est grand pour un comportement aidant, plus la personne s'engagera à mener à bien ce comportement. Or, comme vu précédemment, plus la personne atteinte de maladie chronique

(comme le diabète) s'engagera dans un comportement d'autonomisation éclairé, plus sa qualité de vie s'en trouvera améliorée (Ruiz, 2014).

Notre choix s'est porté sur ce modèle, car pour Pender (2011), pour modifier la façon dont les gens se comportent, il faut modifier la façon dont ils pensent. Comme vu plus haut, L'ETP d'inspiration constructiviste part des attentes, représentations et peurs du patient afin de d'élaborer le projet thérapeutique. Grâce à l'HPM, dont le focus est justement ces affects et croyances, l'infirmière peut, grâce à des indicateurs psychoaffectifs précis, mieux cibler les points saillants à travailler avec le patient. Ainsi, tout comme l'ETP, avec le modèle de Pender, il ne s'agit pas de dicter une marche à suivre au client, mais de l'accompagner vers un mieux-être au travers d'un processus de compréhension mutuelle.

Chapitre 4 : Méthode

La méthode employée pour répondre à notre question de recherche est la revue de littérature approfondie. Le but ultime est de déterminer les connaissances actuelles sur la formation des professionnelles vis-à-vis de la résistance psychologique.

4.1 Formulation de la question selon la démarche PICOT

Afin de délimiter et de préciser notre question de recherche, nous utilisons la démarche PICOT. Cela nous permettra également de cibler notre recherche dans les bases de données. La méthode PICO provient de l'Evidence Based Practice et permet de mieux catégoriser les éléments d'une question et de faciliter sa formulation (Huang, Lin et Demner-Fushman, 2006). Cette approche permet de définir de manière explicite et concrète les termes d'une question ainsi que leur thesaurus spécifique. Chaque lettre est en fait une abréviation :

P: Population, I: Intervention ; C: Comparaison ; O : Outcome (résultat) ; T : temps

Tableau PICOT	
Population	Les soignants au contact des patients diabétiques de type 2
Intervention	Formation adaptée des soignants à la résistance de l'ETP
Comparaison	Absence de formation à l'ETP adaptée des soignants
Outcomes	Diminution de la résistance psychologique du patient
Temps	Pas pertinent

4.2 Type de question

Comme mentionné précédemment, notre question est la suivante :
Comment former les infirmières pour améliorer leur prise en charge en éducation thérapeutique de la résistance du patient atteint de diabète de type 2 ?

Notre question de recherche est de type « intervention », car nous chercherons à améliorer le bénéfice des soins pour le patient en agissant sur la capacité des soignants à utiliser la résistance.

4.3 Critères de sélections

Comme demandé, nous avons sélectionné des articles dont la publication ne dépasse pas dix ans, soit de 2006 à 2016. Etant donné notre thématique sur la résistance, nous avons rassemblé à la fois des articles quantitatifs, qualitatifs et mixtes. Nous avons l'intention de choisir des articles avec le plus haut niveau de preuve existant, mais en effectuant les recherches, nous avons réalisé que les articles concernant notre thématique étaient de faible niveau de preuve scientifique. Tous les articles concernant les enfants ont été écartés. Dans les articles traités, les populations cibles sont les infirmiers, les médecins et les patients. En vue des premières recherches que nous avons menées, le critère de diabète de type 2 restreignait les résultats de nos investigations, ce qui nous a conduits à intégrer d'autres maladies chroniques : l'hypertension, l'hypercholestérolémie et l'obésité.

A partir de notre question PICOT, nous avons défini des mots-clés afin d'effectuer les recherches dans les bases de données. Le grand dictionnaire terminologique et Google translate nous ont permis de les traduire en anglais. Nous avons ensuite transformé les mots-clés traduits en descripteurs correspondant à leur propre base de données (voir tableau suivant). Cependant, comme les thésaurus étaient trop restrictifs, nous avons employé des synonymes qui ne l'étaient pas. Ces mots sont signalés en gras dans le tableau.

4.4 Descripteurs

	P	I	O
Mots-clés	Soignants Infirmiers, Diabète de type 2	Formation	Qualité de vie
		Résistance psychologique	Impact
Mots-clés anglais	Caregiver Nurse Diabetes type 2	Education	Quality of life
		Psychological resistance	Impact
Descripteurs Pubmed	Nurses, Type 2 diabetes, Diabetes, Diabetes mellitus, Chronic disease, Nursing	Self- management, Therapeutic education, Patient education, Diabetes educator, Diabetes management, Health coaching Nursing education	Quality of life

		Treatment refusal, Psychological resistance, Patient's resistance, Patients, Existing barriers	Health Impact
Descripteur CINAHL	Nurses, Diabetes mellitus type 2	Education, Nursing education, Therapeutic education, Therapeutic exercise, Outcomes of education, Education nursing associate	Quality of life
		refusal treatment	
Descripteur Cochrane library	Nurses Diabetes mellitus, type 2	Education, Nursing	Quality of life
		Treatment refusal	Impact Assessment, Health
Psycinfo OVID :	Nursing Diabetes mellitus	Education	Well being
		Psychological reactance	
Descripteur JBI	Nurses	Education, Nursing	Quality of life

	Diabetes mellitus type 2	Treatment refusal	
Google	Diabète, Infirmière	Education thérapeutique, éducation patient Formation des soignants, entretien motivationnel	Pender, HPM
		Résistance	
Archive ouverte de l'Université de Genève	Diabète	Education thérapeutique	

Dans un premier temps, nous avons effectué nos recherches d'articles dans les bases de données suivantes : Pubmed, Cinhal, JBI, Cochrane, Psychinfo et de l'Archive ouverte de l'Université de Genève. Après avoir essayé plusieurs combinaisons de descripteurs, nos recherches ont été fructueuses dans les bases de données de Pubmed, Cinhal et de l'Archive ouverte de l'Université de Genève. Pour élargir notre champ de recherche, nous avons également interrogé Google. En plus d'avoir lu les articles proposés par Google, nous avons vérifié leur présence dans Pubmed pour s'assurer qu'ils aient une certaine validité.

4.5 Stratégie des articles retenus

En premier lieu, nous avons sélectionné nos articles sur la base du titre. Nous avons également remarqué que certains articles se retrouvaient dans

plusieurs équations de recherche. Ensuite, nous avons lu les résumés, ce qui nous a permis de réduire encore notre sélection. Suite à cette première sélection, nous avons retenu 16 articles. A l'aide de la grille de Fortin (2010), nous avons analysé les articles, ce qui nous a permis de nous rendre compte que quelques-uns ne répondaient pas à notre questionnement. Nous avons également prêté attention à la méthodologie et au niveau de preuves utilisées dans l'article. La grille adaptée de Fortin (2010) est un outil qui permet une certaine méthodologie dans la lecture d'un article scientifique. Cet instrument permet également de faire ressortir les points importants d'un article scientifique. Une fois ces points extraits, nous pouvons critiquer plus facilement ces articles sur la base de critères objectifs et fiables et ainsi dépasser notre opinion personnelle pour faire émerger des aspects importants. Pour terminer, nous avons relevé l'impact factor dans la revue dans laquelle se trouvait l'article. Ce dernier n'était tout de fois pas un critère d'exclusion, car certains articles avec un faible impact factor étaient malgré tout pertinents pour notre travail. Les équations de recherches qui ont permis de sélectionner les articles que nous avons analysés se trouvent dans un tableau en annexe 1. Nous n'avons pas trouvé utile de faire apparaître celles qui n'ont pas abouti à la sélection d'articles, car leur quantité était trop importante.

4.6 Analyse des articles

Après avoir analysé nos articles avec la grille de Fortin (2010), nous avons écarté trois articles qui ne répondaient pas à notre question de

recherche. Au final, nous avons sélectionné 13 articles qui nous paraissaient les plus en lien avec notre question de recherche. Les grilles de Fortin (2010) des articles retenus se trouvent en annexe 2.

Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion

5.1 Synthèse des résultats des articles

Pour présenter les résultats de notre recherche, nous avons sélectionné trois thèmes, la résistance, la formation des soignants et l'éducation thérapeutique, qui sont en lien avec nos concepts et les termes de notre question de recherche. Ce choix a fait suite à nos lectures.

5.1.1 Résistance

Comme expliqué plus haut, la résistance est un phénomène psychologique. Elle peut être perçue comme une réaction d'opposition à un changement et qui est souvent inconsciente. Elle représente un des défis majeurs de l'ETP. En effet, si le soignant ne résout pas cet obstacle, le patient ne pourra pas progresser.

Dans plusieurs de nos articles, la résistance en lien avec le diabète de type 2 (DT2) survient principalement lors de l'introduction de l'insuline. Souvent, on cherche à réduire les charges psychologiques du diabète en général, peu d'attention est accordée lors de la transition du traitement par voie orale à l'insuline (Wang & Yeh, 2011). Nam, Nam et Song (2014) ainsi que Sorli et Heile (2014) ont relevé que le DT2 est une maladie progressive et qu'elle nécessite souvent à terme une insulinothérapie. Par contre, Wang et Yeh (2011) ont ressorti que seulement 5 à 10% des personnes atteintes de DT2 connaîtront les échecs des agents hypoglycémiants oraux. Les raisons de la résistance à l'insuline dépendent beaucoup des croyances et perceptions des patients. Par exemple, le sentiment d'échec personnel, la peur de

l'injection, la peur des effets secondaires, l'adaptation du style de vie, la stigmatisation sociale, le stress de gérer le traitement quotidiennement, l'introduction de l'insuline qui est le signe de gravité de la maladie et la crainte que l'insuline ne prenne une trop grande place dans l'existence (Brod, Kongso, Lessard & Christensen, 2009). De plus, ces auteurs ajoutent que le manque de connaissances pour le DT2 et son traitement peut conduire à la résistance. Par contre, selon Nam et al. (2014) de bonnes connaissances n'impliquent pas une gestion adéquate du diabète. Toujours en liens avec les perceptions et les croyances, Sorli et Heile (2014) vont dans le même sens. Ils citent également la complexité du traitement, la restriction du mode de vie et relèvent que l'insuline est le reflet de l'incapacité à gérer la maladie selon les patients. De leur côté, Wang et Yeh (2011) font les mêmes constatations et ajoutent que les personnes diabétiques de type 2 ne voient pas la nécessité de l'insuline et cherchent activement à garder le contrôle de la glycémie sans insuline. Brod et al. (2009) mettent en avant que les médecins peuvent se sentir incapables de gérer les résistances psychologiques de leurs patients. Valinsky et al. (2013) démontrent une corrélation négative entre le sentiment d'efficacité personnel et la résistance au traitement. Ce qui signifie que plus la résistance au traitement est élevée, plus le sentiment d'efficacité personnel est bas.

Plusieurs auteurs mentionnent également des résistances du côté des soignants. Wang et Yeh (2011) annoncent qu'il y a souvent un retard dans la transition vers l'insulinothérapie chez les personnes atteintes de DT2. Selon Sorli et Heile (2014), les soignants font preuve d'inertie clinique, c'est-à-dire

une initiation ou une intensification de l'insuline retardées. De plus, ils ajoutent un manque d'expérience et de temps pour éduquer les patients vis-à-vis de l'insuline. D'un point de vue scientifique, certains médecins ne restent pas au courant des progrès en lien avec les analogues de l'insuline et son mode d'administration. D'autres pensent que si les patients en arrivent à ce stade, c'est qu'ils n'ont pas suivi les recommandations médicales et donc le prennent comme un échec personnel (Brod & al., 2009).

L'impact de la résistance est bio-psycho-social ; elle a également une incidence sur la qualité de vie et la satisfaction au traitement (Brod & al., 2009). Une des résistances qui a un fort impact est la peur de l'hypoglycémie. Nous avons analysé un article qui traite particulièrement de cette thématique. Wild et al. (2007) ont observé que les patients avec une peur de l'hypoglycémie adoptaient fréquemment des comportements surcompensatoires tels que la diminution des doses d'insuline et l'apport en glucide volontairement plus élevé que leurs besoins. Le but de ces patients est d'éviter les hypoglycémies au détriment des conséquences à long terme. Brod et al. (2009), font également des observations similaires.

Les solutions proposées par les différents auteurs portent surtout sur l'interaction entre le patient et le soignant. Cette dernière influence l'attitude du patient vis-à-vis de l'insuline selon Brod et al. (2009). Ces mêmes auteurs conseillent aux professionnels de parler des impacts de l'insuline et des réticences du patient lors de l'initiation du traitement. L'utilisation des dispositifs récents tels que les stylos à insuline instaurent une meilleure

observance. Ils précisent que c'est le rôle du professionnel de discuter de la résistance et que la diminution de celle-ci devrait être une priorité. Le soignant doit être dans une attitude de partenariat afin d'augmenter l'engagement du patient. Sorli et Heile (2014) proposent plusieurs pistes pour lutter contre la résistance. Avant toute chose, prendre du temps pour l'éducation thérapeutique est un prérequis. Ils préconisent que l'on parle de l'insulinothérapie au moment de l'annonce du diagnostic du DT2, même si elle n'est pas encore nécessaire. De plus, l'écoute active est importante pour faire ressortir les craintes et les préoccupations du patient. Il est également primordial de mettre en avant les objectifs thérapeutiques avant d'initier l'insuline. La finalité de cette approche est d'engager le patient dans la gestion de sa maladie. Quant à eux, Wang et Yeh (2011) prônent que la nécessité de commencer l'insuline est le résultat de l'évolution naturelle du diabète et n'est pas liée aux comportements personnels. Valinsky et al. (2013) ont évalué l'efficacité de l'éducation en groupe en mesurant la résistance, car selon eux c'est une mesure sûre. Ils recommandent aux praticiens l'utilisation du questionnaire RTQ (resistance to treatment questionnaire) pour évaluer la résistance au traitement, cet outil étant jugé fiable et valide. Le RTQ est un instrument utile pour la mesure des interventions comportementales liées au diabète. D'après leur expérience, l'éducation de groupe semble positive ; cependant, on relève une absence de groupe de contrôle dans la méthodologie de l'étude. Après l'intervention préconisée, ils ont observé un meilleur contrôle de la maladie et ont également relevé que plus le niveau de résistance est

haut, plus l'intervention est efficace. Ils concluent que la diminution de la résistance est un facteur important dans l'observance au traitement. Outre leurs travaux au sujet de la résistance, les auteurs mentionnent aussi l'importance du sentiment d'efficacité personnel. Celui-ci associé à une faible résistance est bénéfique. Le sentiment d'efficacité peut aussi être une mesure. Ils ont également remarqué que s'il est élevé, cela favorise l'adhésion au traitement. Nam et al. (2014) arrivent à des conclusions similaires. Pour eux, l'auto-efficacité influe sur la relation entre le patient et le soignant, la résistance à l'insuline et l'autogestion de la maladie. Par exemple, les patients avec une forte auto-efficacité dans la capacité à gérer leur DT2 se sentent plus à même de gérer l'insulinothérapie. Ils suggèrent que la formation des patients et le soutien pour le sentiment d'efficacité personnel du diabète devraient être intégrés dans l'éducation personnelle du diabète. Ils ne précisent pas spécifiquement les interventions pouvant aider les professionnels à aller dans ce sens. Wild et al. (2007) nous proposent des interventions qui ciblent la peur de l'hypoglycémie. Selon eux, les soignants devraient aborder directement cette peur auprès des patients. Parfois intégrer les proches dans l'ETP est nécessaire si le patient est réticent à parler de sa peur d'hypoglycémie. Parfois les proches s'avèrent être un frein à une bonne gestion du diabète. En effet, ils peuvent encourager le maintien de niveau de glycémie élevé. Les soignants peuvent également enseigner des techniques d'adaptation, telles que posséder des sucres en permanence sur soi, apprendre à reconnaître et traiter les symptômes précoces de l'hypoglycémie, instaurer une surveillance plus

fréquente de la glycémie. Aborder les effets néfastes d'une glycémie élevée et chronique demeure important. Wang et Yeh (2011) recommandent d'avoir connaissance de la façon dont les gens perçoivent la maladie et le traitement avant de les guider. Ils précisent aussi que les soignants, lors de l'introduction de l'insuline, doivent aborder les aspects bio-psycho-sociaux. Individualiser le traitement et prendre en compte le contexte de la personne sont deux éléments importants. Les gens voient de multiples obstacles face à l'insulinothérapie : uniquement répondre à leur besoin en travaillant la technique pour l'injection ne sera pas efficace. Au contraire, il faut que les soignants se concentrent sur l'aspect psycho-affectif et social de la résistance vis-à-vis de l'insulinothérapie.

5.1.2 Formation

Notre deuxième thème concerne la formation des soignants. Nous avons analysé quatre articles concernant ce sujet, dont trois traitent de la formation continue en ETP à Genève. Les trois études genevoises ont évalué l'impact de la formation continue sur les soignants.

Selon Moutet-Lasserre, Dupuis, Chambouleyron, Lagger et Golay (2008), la formation continue offre de nouvelles perspectives et conduit à des remises en question et à une nouvelle identité du soignant. Ils formulent aussi que cette formation peut être importante pour les soins infirmiers, car l'ETP peut être utilisée dans différents contextes de soins et dans divers pays. Ils rendent attentifs que l'ETP n'est pas seulement un outil, mais que cela

engendre un changement qui remet profondément en question la relation soignant-soigné. En plus de bouleverser l'identité du soignant, elle modifie les perceptions de ce dernier sur le patient et de son rôle de soignant. La relation entre le patient et le soignant devient la pierre angulaire du projet de soins. Pour les auteurs, le rapport soignant-soigné est un partenariat de soins. Leur étude démontre également que les soignants ne sont pas là par hasard. Souvent, ces soignants ont été confrontés à des situations où leurs savoirs n'étaient pas suffisants. Ces mêmes auteurs avaient déjà découvert que « le sentiment d'incompétence était à l'origine d'un projet de formation continue en ETP ».

Moutet-Lasserre et al. (2008) ont remarqué que les échanges entre les participants favorisaient la transformation identitaire. L'approche individuelle a également son importance, car elle permet « d'individualiser le parcours des formations et le transfert des apprentissages ». La formation proposée à Genève a pour but d'aider les soignants à accompagner les patients dans leur processus de gestion de leur maladie. Les auteurs précisent que les participants doivent être à opérer des changements :

Amenés à repenser différemment leur propre rôle dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique, ils doivent alors réinventer une posture qui à la fois intègre la transformation de leurs valeurs professionnelles, et respecte la vision qu'ils ont de leur responsabilité professionnelle de soignant.

Toujours selon les mêmes auteurs, les formateurs sont là pour accompagner les soignants dans leur transformation identitaire en plus de leur fournir des connaissances.

Une autre étude démontre que les soignants ont tendance à se focaliser sur les facteurs biologiques (recherche d'informations médicales ou thérapeutiques) durant les entretiens au détriment des ressources (Chambouleyron, Lasserre-Moutet, Vanistendael, Lager & Golay, 2007). Par contre, après avoir bénéficié d'une formation en ETP, les soignants se focalisaient plus sur le quotidien et les ressources du patient.

Ils changent notamment leur manière de mener les entretiens, par exemple, en utilisant la reformulation. D'après les auteurs, faire prendre conscience de ses propres ressources au patient permet d'augmenter sa confiance en soi et son sentiment de maîtrise sur la maladie. Ces deux points s'inscrivent dans le processus d'empowerment. Pour les soignants, il est difficile de s'adapter à ce nouveau paradigme vis-à-vis de leur formation initiale et au nouveau rôle de partenaire de soins. C'est pourquoi les auteurs préconisent d'intégrer cette façon de faire dans la formation initiale de soignant.

Les auteurs Jeavons, Hunging et Cornford (2006) se sont intéressés aux croyances et attitudes des professionnels de la santé face aux patients qui ont un faible contrôle de leur diabète. Les participants à l'étude ont mis en évidence deux grandes façons d'agir pour augmenter le contrôle du diabète : améliorer la prestation de l'éducation et utiliser des thérapies par aversions. Il



en ressort également que les soignants faisant l'amalgame *patient en échec équivaut à non compliance* ont tendance à utiliser la persuasion pour augmenter leur compliance. Les auteurs mettent en évidence la nécessité de se spécialiser dans le diabète afin de faire face à cette maladie complexe. Ils expliquent également que si la prévalence des patients nécessitant de l'insuline augmente, les besoins en infirmières spécialisées en diabétologie augmenteront.

Comme déjà vu dans la définition des concepts, l'entretien motivationnel (EM) est un outil en ETP surtout chez les patients ambivalents. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'avoir un article à ce sujet. Golay et Scherrer-Burri (2013) préconisent l'emploi de l'EM dans la formation du soignant dans le but d'amener le patient à trouver des solutions pour ses propres changements. L'étude de ces auteurs a mis en évidence les changements chez les praticiens ayant bénéficié de la formation en EM. Ils ont relevé que les soignants utilisaient plus de questions ouvertes, ce qui a permis au patient d'être plus actif dans son processus de changement. Cependant, les soignants continuaient à questionner le patient au lieu de l'amener lui-même à réfléchir à sa situation. Ils précisent aussi que des études antérieures ont démontré l'efficacité de l'EM dans l'accompagnement du patient. L'étude fait également ressortir que la formation initiale des soignants n'est pas suffisante pour pratiquer correctement l'EM. Néanmoins, un coaching régulier permettrait d'améliorer les résultats et la satisfaction des soignants. Malgré

tout, ils notent la difficulté organisationnelle d'une telle formation. L'efficacité de cette démarche repose sur la régularité du suivi du soignant.

5.1.3 Education thérapeutique

Le troisième thème concerne l'ETP. Pour rappel, l'ETP est une approche de partenariat où le soignant accompagne le patient dans l'adoption de nouveaux comportements afin que l'individu souffrant d'une maladie chronique puisse maintenir la meilleure qualité de vie possible. Pour y arriver, les professionnels de la santé amènent des connaissances en lien avec la maladie en question, travaillent avec les représentations et croyances de chacun et intègrent également l'environnement social de la personne. Pender (2010) a mentionné l'importance de ce dernier. Trois de nos articles sélectionnés traitent de cette thématique. Le premier est en lien avec le modèle de Pender vu précédemment, le second est une étude internationale et le dernier est une recherche se déroulant à Genève.

Nous parlerons d'un article traitant du HPM de Pender mis en lien avec l'empowerment du diabète. Yin Kwan Ho, Berggren, Dahlborg-Lyckhage (2010) se basent sur le fait que les interventions infirmières jouent un rôle central dans le changement des attitudes des patients. Elles permettent de favoriser les affects positifs et d'augmenter le niveau d'efficacité. De cette étude ressortent quatre résultats principaux qui influent sur un empowerment efficace. Premièrement, les patients doivent avoir confiance dans les compétences des infirmières. Ensuite, les patients doivent recevoir un certain

nombre de connaissances pour améliorer le contrôle de leur maladie. De plus, les rencontres avec les pairs favorisent le soutien, augmentent le contrôle sur soi et contribuent à l'apprentissage. Finalement, l'attitude de l'infirmière doit être empathique et adaptée aux différentes cultures : elle doit prendre le temps d'écouter. La pierre angulaire de l'autogestion du diabète est la modification des comportements et du mode vie et ceci est lié au sentiment d'efficacité personnel du patient. Selon Pender, les principaux obstacles pour un changement de comportement sont des obstacles perçus (79%), les influences interpersonnelles (57%) et les influences situationnelles (56%). Ces obstacles rendent les modifications du style de vie difficiles. Comme les infirmières sont à la base d'un changement de comportement, il est important qu'elles en aient conscience. L'article définit les obstacles de la manière suivante :

- Obstacles perçus : Les informations qui ne sont pas décrites dans des termes simples, la langue et le niveau d'instruction des patients.
- Obstacles influences interpersonnelles : L'environnement social de la personne, par exemple, la famille, les professionnels de la santé, influe directement et indirectement par le biais de pressions sociales.
- Obstacles influences situationnelles : L'environnement physique de la personne joue un rôle sur l'adoption de comportements de santé qu'elle peut avoir : par exemple, avoir des fruits et légumes disponibles dans sa maison encourage des comportements alimentaires sains.

De plus, les individus ont tendance à investir du temps et des ressources pour les activités dont on espère des résultats positifs. Cela est à prendre en compte dans notre pratique. Selon les auteurs, il est avantageux d'utiliser le modèle de Pender dans l'empowerment du diabète, car il fournit un cadre pour expliquer les comportements de santé du patient. Traiter les variables modifiables (les affects, les influences) permettent de surmonter les obstacles des patients et ainsi d'augmenter leur efficacité personnelle.

Le second article présente une étude observationnelle effectuée dans 27 pays de l'Europe, de l'Asie, de l'Afrique et de l'Amérique latine et qui a pour but de montrer l'efficacité de l'ETP chez les DT2 en comparant un groupe ayant bénéficié de l'ETP et un groupe contrôle (Gagliardino & al., 2012). Cette étude a été motivée par la prévalence de personnes diabétiques dans le monde et leurs conséquences socio-sanitaires et économiques. Il en est ressorti que les patients avec une ETP avaient de meilleurs résultats d'HbA1C selon les normes internationales. La diminution des valeurs d'HbA1C réduit le risque de développer des complications micro vasculaires de 25%. De plus, ils ont relevé un indice de masse corporelle (IMC), une tension artérielle et des lipides plus faibles dans le groupe éduqué. Ils ont aussi démontré une plus grande utilisation de l'insuline et un autocontrôle plus fréquent de la glycémie chez les patients éduqués. L'IMC est également inférieur, ce qui indique que l'insuline n'a pas induit une augmentation de poids pour eux. Il y a une plus grande participation active des patients éduqués dans le contrôle et le traitement de la maladie, un meilleur respect du traitement et une meilleure performance de

l'auto-soin. Par conséquent, cela induit un taux significativement plus faible d'ulcères de pied et de maladies vasculaires périphériques. De plus, ces améliorations ont un impact favorable sur leur vie professionnelle. On observe un plus grand pourcentage d'emploi à plein temps et des salaires plus élevés chez les patients éduqués. Par contre, la consommation des ressources a été significativement plus élevée, par exemple plus de visites annuelles chez les médecins spécialistes. Les auteurs concluent que les résultats devraient aider les fournisseurs des soins et les politiciens à intégrer l'ETP dans la gestion du diabète comme une stratégie efficiente.

Finalement, une troisième étude met en évidence que l'ETP avec une approche behavioriste a des limites. Lagger, Sittarame, Lasserre-Moutet, Chambouleyron, Giordan et Golay (2013) disent que « expliquer, montrer, démontrer, questionner, exercer, résoudre des problèmes ne suffisent pas à changer les comportements des patients ». Donc, les dimensions émotionnelles et perceptives devraient être intégrées. Les résistances se situent dans les représentations et les conceptions des patients. Le but des auteurs est de donner des pistes au soignant-éducateur pour améliorer l'accompagnement des patients en identifiant leurs obstacles et leurs ressources pour l'apprentissage. De cette étude il résulte que les entretiens semi-dirigés permettent au soignant de faire ressortir les conceptions des patients. Ils peuvent être un puissant levier pour faire évoluer le patient. Il faut aussi prêter attention aux conceptions du soignant qui pourraient influencer celles des patients. Le langage doit être compréhensible pour les

patients. Lager et al., (2013) font plusieurs recommandations. Les patients peuvent faire preuve de beaucoup de connaissances sans que celles-ci soient logiquement reliées entre elles. Pour cette raison, le soignant doit investiguer sur les conceptions du patient afin de les vérifier. Cela permet de mieux cibler les éléments à travailler avec lui et ainsi de le faire évoluer.

5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Dans ce chapitre, nous discuterons des résultats en lien avec notre question PICOT, qui est la suivante : « Comment former les infirmières pour améliorer leur prise en charge en éducation thérapeutique de la résistance du patient atteint de diabète de type 2 ? ». Pour mieux structurer notre travail, nous reprendrons les trois thèmes soulevés dans le chapitre précédent.

Concernant la résistance, plusieurs auteurs soulignent qu'elle survient principalement lors de l'introduction de l'insuline particulièrement dans le diabète de type 2. Nous avons mis en évidence que la résistance à l'insuline dépend des croyances et des perceptions des patients. Elle peut être mise en lien avec la peur de l'hypoglycémie. La résistance peut aussi se trouver du côté du professionnel car elle peut être induite par un manque d'expérience, de connaissances, de temps et un sentiment d'incapacité à gérer cette résistance. Plus la résistance au traitement est élevée, plus le sentiment d'efficacité personnel est bas. Nous avons remarqué que la résistance peut conduire à des comportements inadéquats qui favorisent les complications du diabète, d'où la nécessité de la diminuer. Nous en déduisons que la problématique de la

résistance se trouve tant au niveau du patient que du soignant, ce qui confirme ce que nous avons mentionné dans le concept de la résistance.

Il en ressort aussi que la formation continue en ETP change l'identité du soignant et offre passablement de remises en question quant à sa relation avec le patient. Moutet-Lasserre et al. (2008) ont soulevé que cette formation peut être importante pour les infirmières car l'ETP peut être utilisée dans différents contextes de soins. Cependant, pour les soignants il est difficile de s'adapter à ce nouveau paradigme vis-à-vis de leur formation initiale. Cette dernière n'est souvent pas suffisante pour pratiquer correctement l'ETP. Il est intéressant de relever que les soignants choisissant cette formation ont fait l'expérience du sentiment d'incompétence. De plus, Chambouleyron et al. (2007) ont mis en évidence que les soignants avaient tendance à se focaliser sur les aspects biologiques du patient au détriment de leurs ressources avant la formation. Nos articles ont démontré l'utilité de ces formations, mais aussi que le soignant doit se montrer intéressé par cette approche. L'EM peut être vu comme un outil dans l'ETP. Il se montre très utile lorsque le soignant fait face à un patient ambivalent face au changement. Les infirmières jouent un rôle central pour accompagner les patients dans l'adoption de nouveaux comportements.

Idéalement, nous devrions être dans une approche constructiviste afin d'accompagner au mieux le patient. L'approche behavioriste a ses limites. Cependant, nos recherches ont mis en évidence que les soignants n'étaient pas constamment dans cette perspective constructiviste. Il est très important

d'investiguer sur les perceptions et les croyances du patient. Pour ce faire, il est avantageux d'utiliser le HPM car il fournit un cadre pour expliquer le comportement du patient.

Gagliardino et al. (2012) ont prouvé qu'avec l'ETP les patients avaient une meilleure qualité de vie et développaient moins de complications liées au DT2. Ces auteurs confirment d'autres études qui démontrent l'efficacité de l'ETP. Malgré ce témoignage, l'utilisation de l'ETP n'est pas systématique.

Notre population-cible est les infirmières, mais peu d'articles en parlaient spécifiquement. Certaines études englobaient également les médecins, les physiothérapeutes, des diététiciennes et des étudiants.

Pour conclure, l'ETP devrait être intégrée dans la formation initiale des infirmières afin qu'elles soient mieux préparées à prendre en charge les patients souffrant de DT2 dans une approche de partenariat. Le but étant qu'elles soient sensibilisées à la notion de résistance, car c'est un frein au changement, et à son origine qui découle de l'interaction soignant-soignée. Le HPM peut être un guide qui permet d'identifier les ressources et les obstacles du patient qui sont modifiables. Il ne faut pas s'intéresser uniquement au côté biologique de l'individu mais le considérer dans une perspective holistique. La formation continue est nécessaire à la fois pour l'apprentissage de l'ETP et à la fois pour développer des connaissances précises quant à la matière à enseigner. Cependant, le message est important et la façon de le dire aussi. Au final, nous avons observé que cette formation ne s'applique pas seulement au DT2 mais qu'elle a l'avantage de s'adresser à toute une gamme de maladies

chroniques ce qui est intéressant au vu de la situation sanitaire actuelle. En effet, la majorité des coûts actuels de la santé s'expliquent par la prévalence des maladies chroniques.

5.3 Perspectives et propositions pour la pratique

Les articles analysés nous ont donné des pistes concernant la formation des infirmières en ETP pour qu'elles puissent, entre autres, faire face à la résistance des patients.

Cela fait partie du rôle du professionnel de discuter de la résistance avec le patient afin d'augmenter l'autogestion de la maladie tout en prenant le temps nécessaire (Brod & al., 2009 ; Sorli & Heile, 2014). L'écoute active est un outil important pour l'atteindre, il serait donc judicieux de l'employer davantage dans la pratique (Sorli & Heile, 2014). Valinsky et al. (2013) proposent également l'utilisation de questionnaire RTQ afin d'évaluer la résistance du patient. Ils ont également relevé que l'éducation de groupe semble positive malgré l'absence de groupe-contrôle. Les soignants pourraient également développer des techniques d'adaptation avec le patient afin de surmonter les peurs de l'hypoglycémie (Wild & al., 2007). Lors de l'introduction de l'insuline, Wang et Yeh (2011) conseillent aux professionnels de prendre connaissance des perceptions des patients concernant la maladie et le traitement afin d'identifier les éventuelles résistances. De plus, ils recommandent d'individualiser la prise en charge, car chaque patient a sa propre histoire. Jeavons et al. (2006) préconisent qu'en cas d'augmentation

des patients diabétiques, il sera également nécessaire d'augmenter le nombre d'infirmières spécialisées en diabétologie.

Les articles traitant de la formation continue ont démontré son efficacité auprès des professionnels. Actuellement, elle existe uniquement à Genève pour la Suisse Romande comme nous l'a confirmé Madame Joly, coordinatrice de la formation des soignants en ETP aux HUG. Etant donné, la forte prévalence des maladies chroniques, il est légitime de s'interroger si cela est suffisant. Madame Joly nous a également transmis que 18 personnes suivaient un CAS et une dizaine de personnes un DAS pour cette année 2016. La formation proposée, dans les articles analysés, amène des informations théoriques mais les soignants sont suivis sur le terrain afin que leur pratique soit critiquée. Travailler sur ces deux aspects permet cette acquisition de compétences en ETP. Moutet-Lasserre et al. (2008) ont également relevé que les échanges entre les apprenants facilitent la transformation identitaire. Ils ajoutent également que les formateurs se soucient d'apporter des connaissances et surtout ils accompagnent les transformations de l'identité professionnelle ayant lieu au cours des formations en ETP. Chambouleyron et al. (2007) avaient pour objectif d'augmenter la résilience des patients en formant des soignants. Il est ressorti de leur étude que suite à cette formation, les soignants modifiaient leur manière de mener un entretien. Cependant, cela restait difficile pour les participants de passer du statut « d'expert » à celui de « facilitateur » : d'où l'utilité d'intégrer l'ETP dans la formation initiale.

Grâce à nos diverses expériences professionnelles, les cours que nous avons reçus sur l'ETP, nous pouvons formuler également certaines perceptives pour la pratique. En effet, durant nos trois années d'études en soins infirmiers, des cours sur l'ETP nous ont été dispensés. Au cours des périodes de formation pratique, nous avons souligné que les infirmières formées il y a plusieurs années n'avaient pas eu la chance de recevoir cet apport théorique. De ce fait, un décalage apparaissait parfois. Certes, notre formation en ETP n'est peut-être pas encore suffisante pour une prise en charge maximale, mais elle offre une plus-value non négligeable. Pour ces raisons, nous recommandons de mettre en valeur cet enseignement et de le développer davantage ainsi que de promouvoir les formations continues. De plus, nous avons observé que le temps accordé à l'ETP pour le patient était souvent trop restreint. Soit l'infirmière ne consacre pas suffisamment de temps au patient, soit la charge de travail ne le permet pas. Nous avons remarqué que si le patient est sous stress lors d'une ETP, les bénéfices reçus en seront moindres. C'est la raison pour laquelle nous préconisons que les différents professionnels prévoient un certain temps lors d'une ETP. Cette approche telle que nous l'avons définie est rarement utilisée. Parfois les infirmières pensent agir conformément à l'ETP alors qu'elles apportent uniquement de l'information au patient. Concernant la résistance, nous avons réalisé que dans de nombreux services, les patients qui avaient recours à l'ETP n'avaient pas qu'une seule infirmière référente mais plusieurs. De ce fait, une relation de confiance n'était pas toujours facile à construire, ce qui empêchait parfois le patient de faire part de ses craintes et

des raisons de sa résistance. Dans la mesure du possible, nous pensons qu'il serait bénéfique pour le patient qu'une infirmière choisie en particulier lui prodigue l'ETP pour qu'une relation de confiance s'installe entre le professionnel et le bénéficiaire de soins afin que ce dernier puisse pleinement se livrer et se sentir à l'aise. Pour nous, la formation des professionnels, le temps accordé au patient et l'aspect relationnel sont des points-clés pour une ETP de qualité.

Chapitre 6 : Conclusion

6.1 Apport du travail de Bachelor

Au terme de ce travail, nous avons relevé différents éléments facilitants et contraignants que nous avons rencontrés tout au long de l'élaboration de ce projet. Nous commencerons par décrire les difficultés et pour ensuite continuer avec les facilités.

Au commencement de ce travail, nous ne savions pas comment agir face à l'ampleur de la tâche. Notre manque d'expérience dans ce domaine a sans doute joué un rôle malgré l'apport théorique que nous avons reçu. Avant d'effectuer cette démarche d'analyse de littérature, nous pensions qu'une démarche scientifique consistait principalement en une recherche d'articles dits « scientifiques » sur des bases de données reconnues et de les appliquer à la lettre car ils étaient « la bonne façon de faire ». Au fur et à mesure de notre travail, nous nous sommes rendu compte que malgré des données publiées dans des revues, des résultats d'articles peuvent contenir de gros biais (financement par des groupes pharmaceutiques pour induire des résultats, méthodologie incomplète) et être ainsi faussés. De plus, après avoir trouvé des articles se contredisant, nous nous sommes aperçus qu'il était primordial de croiser les sources afin d'avoir l'information la plus valide possible. Cette recherche nous a permis de travailler d'une façon scientifique. Aujourd'hui, le plus important pour nous est de garder un œil critique.

De plus, la question de départ qui nous a été proposée par l'institution *Alfaset* (*Comment mesurer le bénéfice d'un soin chez un patient ?*) était

complexe. Dans un premier temps, nous nous sommes orientés sur le concept de qualité des soins. En rencontrant des spécialistes de la qualité de l'Hôpital du Jura, nous nous sommes rapidement rendu compte qu'il était nécessaire d'affiner notre question. Un autre élément problématique a été de faire émerger notre question de recherche au travers de toutes les informations que nous avons concernant l'ETP, le bénéfice et la résistance. La recherche d'articles sur les bases de données a également été difficile. Beaucoup de nos équations de recherches se sont révélées infructueuses. De ce fait, il a fallu élargir notre champ de recherche. En regard du peu d'articles obtenus, nous avons dû en choisir avec de bas niveaux de preuve et de faibles impacts factors. Les articles obtenus en anglais nous ont également demandé passablement de temps pour les traduire et les critiquer.

Une des composantes centrales de ce travail de Bachelor a été la collaboration qui fut à la fois une aide et un frein. Trouver du temps en commun, s'accorder sur certaines idées et nos différentes personnalités ont parfois été des obstacles à la dynamique de groupe. Cependant, cela nous a permis de faire émerger des pistes de réflexion, de se répartir les tâches et de profiter des aptitudes de chacun. Au final, nous aurons pu développer des compétences telles que la collaboration ou la communication.

La liberté qui nous a été donnée pour compléter notre thématique nous a amené à choisir un thème au cœur de l'actualité et qui convenait à l'ensemble du groupe. En effet, nous étions très intéressés par l'approche de l'ETP, ce qui nous a motivés à compléter nos compétences. De plus, un des pionniers en

ETP est le professeur Alain Golay, responsable de l'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques aux HUG, ce qui nous a conduits vers de nombreux ouvrages et articles en français. Nous avons aussi pu compter sur notre directeur de travail de Bachelor qui nous a orientés et soutenus tout au long de ce processus de réflexion.

6.2 Limites

Dans cette partie du travail, nous développerons les limites de notre présente étude.

Comme mentionné dans le point précédent, le niveau de preuve de nos articles n'est pas optimal. Cela signifie que les données n'ont pas été obtenues dans les meilleures conditions. Les résultats de ces études sont à considérer avec un œil critique. Par exemple, les études avec des « Focus Group » n'avaient pas de groupe contrôle. De plus, certaines études possédaient un faible échantillon de patients et ne pouvaient pas être représentatives du phénomène. Deux études étaient financées par des entreprises pharmaceutiques. Tous nos articles concernant la formation des infirmières ont été rédigés par des professionnels HUG. Il nous a été très difficile de diversifier nos sources à propos de cette thématique. Trouver des articles consacrés spécifiquement aux infirmières n'a pas été aisé : par conséquent, nous avons intégré d'autres spécialistes des soins. Nous pouvons supposer que cela est dû au fait que les sciences infirmières s'intéressent encore peu à ce sujet et que l'ETP est beaucoup axée sur le patient au détriment du soignant.

6.3 Perspectives pour la recherche

De notre travail de Bachelor, nous pouvons ressortir des pistes pour les recherches futures. Aujourd'hui, en Suisse, nous nous trouvons dans une période de transition dans la formation en ETP. D'un côté les infirmières formées au niveau Bachelor reçoivent un enseignement en ETP dans leur formation initiale. De l'autre, il existe encore des infirmières qui n'en n'ont pas bénéficié. Il serait donc intéressant de comparer leurs rapports respectifs vis-à-vis du patient souffrant d'une maladie chronique.

Nous avons aussi observé au travers de nos recherches que la formation en ETP pouvait être destinée à différents professionnels des soins. Il serait judicieux de se tourner vers l'aspect interdisciplinaire tout en intégrant les patients dans les programmes de formation en ETP, comme nous en avons discuté avec Madame Joly. S'intéresser aux bénéfices de l'intervention de plusieurs praticiens prodiguant l'ETP aux mêmes patients, à leur collaboration entre eux et à l'impact sur les clients serait également une recherche fructueuse à effectuer.

Les coûts de la santé sont une préoccupation majeure de la société actuelle. Nous avons relevé qu'une majorité des ressources financières étaient destinées aux soins curatifs et très peu à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé. Pourtant cet aspect préventif permet d'éviter l'apparition de maladies ou de complications. Comme l'ETP fait partie de cette approche, il serait utile de mesurer son impact à long terme sur les coûts de la santé. En Suisse, une formation CAS coûte 7'000 francs et les DAS 15'000

francs. Selon Madame Joly, il vaut une personne avec un DAS que deux personnes avec un CAS dans une équipe soignante.

Dans les différents articles que nous avons sélectionnés, le ressenti des patients sur l'ETP n'est pas mis en exergue. Nous n'avons pas trouvé d'étude qualitative à ce sujet. Nous pensons donc qu'évaluer ce que ressent le patient, les bénéfices qu'il perçoit et ce que l'ETP signifie pour lui est une prochaine recherche que nous suggérons. En effet, le patient est l'une des pièces maîtresses de l'ETP. Il est par conséquent essentiel qu'en plus des améliorations que nous pouvons percevoir à propos de l'évolution de sa maladie, son avis et la façon dont il vit l'ETP soient également considérés.

Chapitre 7 : Références

- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2014). *Nursing theorists and their work*. Maryland Heights, Mo: Mosby/Elsevier.
- André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche En Soins Infirmiers*, 82, 26-30.
- Assal J.-P. (1996). *Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge*. Paris; Encycl Méd Chir, Elsevier.
- Association Suisse du Diabète. (2013). *Diabète mellitus "l'essentiel en quelques mots"*. Repéré à <http://www.diabetesschweiz.ch/fr/le-diabete/brochures/questions-medicales-autour-du-diabete/diabete-mellitus/>
- Barrier, P. (2010). *La blessure et la force: La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bee, H. L. (2003). *Psychologie du développement: Les âges de la vie*. Bruxelles: De Boeck.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82, 3, 402-7.
- Bouvier, L., Cavallé, J., Champenaud, A., Pardon, C., & Telliez, J. (2008). La conduite du changement. *Psychactu*, 4, 1-14.
- Bresghold E. (1955). *La résistance en gestalt-thérapie*. 2e éd. Bordeaux : Exprimerie.
- Brod, M., Kongsø, J. H., Lessard, S., & Christensen, T. L. (2009). Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 18(1), 23-32.
- Chambouleyron, M., Joly, C., Lasserre-Moutet, A., Lataillade, L., Lager, G., & Golay, A. (2012). patients, Construire un programme d'ETP en lien avec la réalité des. *Diabète & Obésité*, 59, 168-173.
- Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Vanistendael, S., Lager, G., & Golay, A. (2007). Un nouveau programme en éducation thérapeutique : former des soignants pour favoriser la résilience des patients. *Pédagogie Médicale*, 8, 199-206.
- CNGOF. (2015). *Niveaux de preuve scientifique & grande des*



recommandations (HAS). Accessible à :
http://www.cnfos.asso.fr/D_PAGES/PUNP_02.HTM

- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2002). Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient. *Actualité et dossier en santé publique*, 39, 14-16.
- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient, Approche pédagogique*. Paris, France: Maloine.
- D'Ivernois, J.-F., & Gagnayre, R. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient: Une proposition. *Education Therapeutique Du Patient*, 3.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon: Mallet conseil.
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon: Arsi.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Foucaud, J., A. Bury, J., Maryvette, B. D., & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis: INPES.
- Fournier, C., Pélicand, J., & Le Rhun, A. (2007). Évaluer la qualité d'un programme d'éducation du patient: réflexion à partir d'une recherche sur les pratiques éducatives autour du diabète de type 2. *INPES, coll. Évaluations en prévention et en éducation pour la santé*, 18p.
- Gagliardino, J. J., Aschner, P., Baik, S. H., Chan, J., Chantelot, J. M., Ilkova, H., Ramachandran, A., ... IDMPs investigators. (2012). Patients' education, and its impact on care outcomes, resource consumption and working conditions: data from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). *Diabetes & Metabolism*, 38(2), 128-34.
- Golay, A. (2015). *Le Temps de l'Education Thérapeutique du Patient*. Genève, Suisse.
- Golay, A., Lager, G., & Giordan, A. (n.d). Motiver pour changer: un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique. *Laboratoire de Didactique et d'Epistémologie des Sciences*. Repéré à <http://www.lides.unige.ch/rech/eduThera/publi.htm>

- Golay, A., Lager, G., & Giordan, A. (2007). Une education therapeutique en quatre dimensions pour diminuer la resistance au changement des patients obeses. *Medecine Des Maladies Metaboliques*, 1(1), 69-76.
- HAS (Haute Autorité de Santé). (2007). *Recommandations, Education thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser?*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
- Ho, A. Y. K., Berggren, I., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2010). Diabetes empowerment related to Pender's Health Promotion Model: A meta-synthesis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 259-267.
- Hoffman, C., Rice, D., & Sung, H. (1996). Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA*, 1473-1479.
- Hôpitaux Universitaires Genève. (2015). *Enseignement thérapeutique pour maladies chroniques*. Repéré à <http://www.hug-ge.ch/enseignement-therapeutique-pour-maladies/histoire-chiffres-du-service>
- Huang, Xiaoli, Lin, Jimmy, & Demner-Fushman, Dina. (n.d.). *Evaluation of PICO as a Knowledge Representation for Clinical Questions*. American Medical Informatics Association.
- Jeavons, D., Hungin, A. P., & Cornford, C. S. (2006). Patients with poorly controlled diabetes in primary care: healthcare clinicians' beliefs and attitudes. *Postgraduate Medical Journal*, 82(967), 347-50.
- Jeuge-Maynard, I. (2010). *Le petit Larousse illustré*. Paris: Larousse.
- Lacroix, A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? *Santé Publique* 19, 270-282.
- Lacroix, A., & Assal, J.-P. (1998). *L'éducation thérapeutique des patients: Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris: Vigot.
- Lager, G. P. (2009). Efficacite de l'éducation thérapeutique. *Revue Medicale Suisse* 196, 688-690.
- Lager, G., Pataky, Z., & Golay, A. (2009). Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Revue Médicale Suisse : Revue Officielle De La Société Médicale De La Suisse Romande Et De La Société Suisse De Médecine Interne*, 5, 688-90.
- Lager, G., Sittarame, F., Lasserre-Moutet, A., Chambouleyron, M., Golay, A., & Giordan, A. (2013). La dimension infra-cognitive peut interférer avec l'apprentissage. *Education Therapeutique Du Patient*, 5(2), 219-227.

- Marra, D., & Mercadal, L. (2010). Quels bénéfices peut-on attendre de l'éducation thérapeutique chez le sujet transplanté? *Les nouveaux visages de l'insuffisance rénale chronique*, 37-41.
- Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, 1, 1-10.
- Miller, L. V., & Goldstein, J. (January 01, 1972). More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *The New England Journal of Medicine*, 286, 26, 1388-91.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel: Aider la personne à engager le changement*. Paris: InterEditions.
- Morin, E. M. (1996). *Psychologies au travail*. Montréal: G. Morin.
- Morsy, Z. (1994). *Thinkers on education: 3*. Paris: UNESCO : Bureau international d'éducation.
- Moutet, M., & Golay, A. (2006). La résistance du patient: "à quoi", "contre qui?". *Revue Médicale Suisse : Revue Officielle De La Société Médicale De La Suisse Romande Et De La Société Suisse De Médecine Interne*, 59.
- Nam, S., Nam, S., & Song, Y. (2014). Role of Self Efficacy in the Relationship Between Patient-Provider Relationships and Psychological Insulin Resistance Among Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of contemporary diabetes research*, 1(1), 1-15.
- Observatoire Suisse de la Santé. (2015). La santé en Suisse - le point sur les maladies chroniques: Rapport national sur la santé 2015. Bern: Hogrefe.
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa, Promotion de la santé 1986*. Ottawa : OMS
- OMS (2016). *Diabète, Aide-mémoire N°312*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>
- OMS. (1998). *Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*. Copenhague: OMS.
- OMS. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 153-9.
- OMS. (1997). *The World health report 1997*. Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la santé., & Agence de santé publique du Canada. (2006). *Prévention des maladies chroniques: Un investissement vital*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

- Ongolo-Zogo, P., & Habiba, G. (2013). *Améliorer l'Accueil et la Prise en Charge dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU) des Hôpitaux Nationaux et Régionaux au Cameroun*. Yaoundé.
- Patout, C., Birke, J., Horswell, R., Williams, D., & Cerise, F. (2000). Effectiveness of a Comprehensive Diabetes Lower-Extremity Amputation Prevention Program in a Predominantly Low-Income African-American Population. *Diabetes Care*, 1939-1942.
- Pender, Nola J. (2011). *Health Promotion Model Manual*.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (éd. 6). New Jersey, USA: Pearson Edition.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal: Chenelière éducation.
- Peterson, S. J., & Bredow, T. S. (2008). *Middle range theories: Application to nursing research*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reiner, M., Carrard, I., & Golay, A. (2010). L'entretien motivationnel dans la thérapie cognito-comportementale des patients obèses. *Revue Médicale Suisse* 6(242), 677-81.
- Rat, A. C. (2004). *La maladie chronique*. In Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Direction générale de la Santé, Santé publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels. Paris : Direction générale de la Santé.
- Ruiz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient diabétique revisitée. *Revue Médicale Suisse*, 10(433), 1241-4.
- Sager, T. C., & Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Rueil-Malmaison: Éd. Lamarre.
- Scherrer-Burri, F., & Golay, A. (2013). Développer les compétences des soignants en entretien motivationnel par le coaching. *Soins*, 58(772), 23-26.
- Sofrà, D., Delgado, H., Masmont-Berwart, S., & Ruiz, J. (2014). L'éducation thérapeutique pour tous: programme de sensibilisation pour professionnels de la santé. *Revue Médicale Suisse*, 10(433), 1249-50.
- Sorli, C., & Heile, M. K. (2014). Identifying and meeting the challenges of insulin therapy in type 2 diabetes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 267-82.
- Tap, P. (1981). *Hommage à Henri Wallon : Pour le centenaire de sa naissance*. Toulouse: Université de Toulouse-le Mirail, Service des publications.

- Tardif, J., Fortier, G., & Préfontaine, C. (2006). *L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement*. Montréal: Chenelière-éducation.
- Simon, D., Traynard, P.-Y., Bourdillon, F., Gagnayre, R., & Grimaldi, A. (2007). *Éducation thérapeutique: Prévention et maladies chroniques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Valinsky, L., Mishali, M., Heymann, A., Endevelt, R., Preiss, R., & Dopelt, K. (2013). Reducing resistance to treatment, through group intervention, improves clinical measurements in patients with type 2 diabetes. *Bmc Endocrine Disorders, 13*(1), 1-7.
- Von der Weid, N. (1994). Diabète. *Le fait médical, 25*. Repéré à: <http://www.lefaitmedical.ch/fr/articles/petite-histoire-du-diabete-11-46>
- Walger, O. (2009). Empowerment et soutien social des personnes vivant avec un diabète : développement d'un outil d'évaluation à usage clinique. *Diabète éducation, 4*-12.
- Walger, O. (2013). *Le modèle infirmier de la promotion de la santé Nola Pender, 1982, revu en 1996*. [PDF]. Neuchâtel : HEdS-Arc.
- Wang, H. F., & Yeh, M. C. (2012). Psychological resistance to insulin therapy in adults with type 2 diabetes: mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 68*(4), 743-57.
- Weid, N. V. (2009). *Petite histoire du diabète*. Repéré à Lefaitmedical: <http://www.lefaitmedical.ch/fr/articles/petite-histoire-du-diabete-11-46>.
- Wild, D., von, M. R., Brohan, E., Christensen, T., Clauson, P., & Gonder-Frederick, L. (2007). A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Education and Counseling, 68*(1), 10-15.

Chapitre 8: Annexes:

Annexe 1: Requêtes dans les bases de données

Remarque: les requêtes ont été effectuées entre mars et mai 2016.

Base de données : PUBMED					
Requêtes	Filtres	Articles trouvés	Articles retenues	Auteurs, titre et année de parution	Impact factor
type 2 diabetes AND psychological resistance AND nursing	Full text 10 years	6	2	<p>Nam, S., Nam, S., & Song, Y. (2014). Role of Self Efficacy in the Relationship Between Patient-Provider Relationships and Psychological Insulin Resistance Among Patients with Type 2 Diabetes. <i>Journal of contemporary diabetes research</i>, 1(1), 1-15.</p> <p>Wang, H. F., & Yeh, M. C. (2012). Psychological resistance to insulin therapy in adults with type 2 diabetes: mixed-method systematic review. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 68(4), 743-57.</p>	2.16 1.741
type 2 diabetes AND patients AND existing barriers	Full text 10 years	33	1 (non retenu après l'analyse de la grille de Fortin)	Nakar, S., Yitzhaki, G., Rosenberg, R., & Vinker, S. (2007). Transition to insulin in Type 2 diabetes: family physicians' misconception of patients' fears contributes to existing barriers. <i>Journal of Diabetes and Its Complications</i> , 21(4), 220-226.	3.01

patient's resistance AND therapeutic education	Full text 10 years	34	1	Sorli, C., & Heile, M. K. (2014). Identifying and meeting the challenges of insulin therapy in type 2 diabetes. <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare, 7</i> , 267-82.	0.00
diabetes mellitus AND psychological resistance	Full text 10 years	117	2	Brod, M., Kongsø, J. H., Lessard, S., & Christensen, T. L. (2009). Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. <i>Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 18</i> (1), 23-32. Wang, H. F., & Yeh, M. C. (2012). Psychological resistance to insulin therapy in adults with type 2 diabetes: mixed-method systematic review. <i>Journal of Advanced Nursing, 68</i> (4), 743-57.	2.486 1.741
diabetes management AND health impact AND patient education	Full text 10 years	215	2	Gagliardino, J. J., Aschner, P., Baik, S. H., Chan, J., Chantelot, J. M., Ilkova, H., Ramachandran, A., ... IDMPs investigators. (2012). Patients' education, and its impact on care outcomes, resource consumption and working conditions: data from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). <i>Diabetes & Metabolism, 38</i> (2), 128-34. Wild, D., von, M. R., Brohan, E., Christensen, T., Clauson, P., & Gonder-Frederick, L. (2007). A critical	3.267 2.199

				review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. <i>Patient Education and Counseling</i> , 68(1), 10-15.	
diabetes educator AND diabetes AND nurses	Full text/ 10 years	55	1 (non retenu après l'analyse de la grille de Fortin)	Levich, B. R. (2011). Diabetes management: Optimizing roles for nurses in insulin initiation. <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i> , 4, 15-24.	0.00
chronic disease AND self-management AND health coaching	Full text/ 10 years	72	1 (non retenu après l'analyse de la grille de Fortin)	Willard-Grace, R, Devore, D, Chen, EH, Chen, EH, Hessler, D, Bodenheimer, T, & Thom, DH. (2013). The effectiveness of medical assistant health coaching for low-income patients with uncontrolled diabetes, hypertension, and hyperlipidemia: Protocol for a randomized controlled trial and baseline characteristics of the study population. <i>BMC Family Practice</i> , 14(27), 1-10.	1.669

Base de données : CINHAL					
Requêtes de recherche	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus	Auteurs , titre et année de parution	Impact factor
nursing education AND therapeutic education AND diabetes mellitus type 2	10 ans	53	1	Jeavons, D., Hungin, A. P., & Cornford, C. S. (2006). Patients with poorly controlled diabetes in primary care: healthcare clinicians' beliefs and attitudes. <i>Postgraduate Medical Journal</i> , 82(967), 347-50.	17.45
education AND refusal treatment AND diabetes mellitus type 2	10 ans	6	1	Valinsky, L., Mishali, M., Heymann, A., Endevelt, R., Preiss, R., & Dopelt, K. (2013). Reducing resistance to treatment, through group intervention, improves clinical measurements in patients with type 2 diabetes. <i>Bmc Endocrine Disorders</i> , 13(1), 1-7.	1.71

Base de données : GOOGLE SCHOLAR					
Requêtes de recherche	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus	Titre et auteurs des articles	Impact factor
éducation thérapeutique AND formation des soignants AND résistance	Full text 10 years	4950	1	Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Vanistendael, S., Lager, G., & Golay, A. (2007). Un nouveau programme en éducation thérapeutique : former des soignants pour favoriser la résilience des patients. <i>Pédagogie Médicale</i> , 8, 199-206.	0.00
éducation thérapeutique du patient AND formation des soignant	10 years	12700	1 (2 premières pages consultées)	Lassere Moutet, A, & Dupuis, J,& Chambouleyron, M, & Lager, G, & Golay, A. (2008) Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. <i>Pédagogie Médicale</i> , 9, 83-93.	0.00
Pender HPM AND article AND diabetes	Full text 10 years	291	1	Ho, A. Y. K., Berggren, I., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2010). Diabetes empowerment related to Pender's Health Promotion Model: A meta-synthesis. <i>Nursing & Health Sciences</i> , 12(2), 259-267.	1.04
Éducation patient AND infirmière	Full text 10 years	1010	1	Scherrer-Burri, F., & Golay, A. (2013). Développer les compétences des soignants en entretien motivationnel par le coaching. <i>Soins</i> , 58(772), 23-26.	0.0

AND entretien motivationnel					
-----------------------------------	--	--	--	--	--

Base de données : ARCHIVE OUVERTE DE L'UNIVERSITÉ DE GENEVE					
Requêtes de recherche	Filtres	Articles trouvés	Articles retenus	Titre et auteurs des articles	Impact factor
éducation thérapeutique et diabète	2006 – 2016	7	1	Lagger, G., Sittarame, F., Lasserre-Moutet, A., Chambouleyron, M., Golay, A., & Giordan, A. (2013). La dimension infra-cognitive peut interférer avec l'apprentissage. <i>Education Therapeutique Du Patient</i> , 5(2), 219-227.	0.0

Annexe 2: Grilles de Fortin des articles sélectionnés.

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Vanistendael, S., Lagger, G., & Golay, A. (2007). Un nouveau programme en éducation thérapeutique : former des soignants pour favoriser la résilience des patients. *Pédagogie Médicale*, 8, 199-206.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise la population cible (les soignants) ainsi que les concepts clé: la formation de ceux-ci, ainsi que la résilience chez les patients
Résumé	<p><i>Problématique</i> : les soignants interrogent les signes pathologiques et les symptômes chez les patients, mais délaissent souvent les aspects psychosociaux ainsi que leurs ressources. Le but de cette étude est d'évaluer si une formation spécifique des soignants et médecins en ETP (centrée sur la résilience et l'empowerment) influe sur la pratique de ceux-ci vers une plus grande recherche de ressources chez les patients.</p> <p><i>La population</i> : 2 médecins et 3 infirmières</p> <p><i>La méthode</i> : les participants ont participé pendant 11 mois à une formation continue centrée sur ces concepts. 6 entretiens de patients diabétiques ont été enregistrés avant et après la formation par un pédagogue non impliqué.</p> <p><i>Résultats</i> : après la formation, les soignants recherchent davantage les ressources des patients. Il y a moins de recherches d'informations biomédicales complémentaires, plus de reformulations. La durée des interviews n'est pas significativement rallongée.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Le but de l'étude est d'évaluer si une formation en ETP centrée sur la résilience et l'empowerment influe sur la pratique des soignants vers plus de recherche de ressources chez le patient. L'étude explique le concept d'éducation thérapeutique et plus largement celui de résilience.</p> <p>Les auteurs posent le soignant comme « tuteur de résistance ». Elle parle de l'importance de se concentrer également sur des éléments positifs du patient, comme les ressources plutôt que de se baser uniquement sur les éléments biologiques, plutôt jugés négatifs. D'après eux, ce</p>

	<p>rôle incombe au soignant. L'étude ne fait pas mention de l'empowerment, ne définit ni ne l'explique à aucun moment. Un lecteur novice pourrait ne pas pouvoir suivre le raisonnement sans ces informations. Le lien entre la résilience et les ressources pourrait être plus développé, la description s'attardant trop sur la résilience au détriment d'autres concepts.</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? <p>Le problème est approprié dans les connaissances actuelles. Cependant, ils semblent que les auteurs aient déjà un parti pris avant le début de l'étude : les soignants sont bénéfiques pour le patient en faisant ressortir les ressources. Les auteurs semblent exclure le monde médical de l'approche psychologique. D'après eux, les médecins se concentreraient plus sur une approche biologique et négativiste du problème</p> <ul style="list-style-type: none"> Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés? <p>Les postulats sous-jacents sont clairement explicités. Les auteurs stipulent qu'en faisant une anamnèse biologique et psychologique auprès du patient, son accompagnement serait plus efficace qu'actuellement.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> Une recension a-t-elle été entreprise ? <p>Une recherche sur les principaux concepts a été faite : résilience, éducation thérapeutique... Cependant, l'étude ne mentionne pas de recherche similaire effectuée par le passé. L'étude ne parle d'écrits autour du concept, pourtant elle l'utilise dans ces concepts</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? <p>Il n'est pas possible de se faire une idée objective de l'état de la question au vu de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-t-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? <p>La recension est trop lacunaire, elle ne fait pas mention de travaux similaires. Des éléments qui nous semblent indispensables sont passés sous silence. (historique, définition des concepts, études similaires, autres bases scientifiques probantes).</p> <ul style="list-style-type: none"> La recension présente-t-elle des sources primaires ? <p>Oui, sur différents thèmes spécifiques : l'éducation thérapeutique, la résilience. Elle cite des auteurs comme Vanistendael</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?

	<p>Certains concepts son explicité, mais pas tous. Il nous manque des informations pour réussir à suivre les auteurs. Les liens entre les concepts ne sont pas tous le temps évident, les transitions pourraient être retravaillées.</p> <p>Est-ce, que les concepts clés s’inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l’étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l’étude?</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de cette étude est d’évaluer l’impact d’une formation de soignant aux concepts et principe de l’éducation thérapeutique du patient, focalisé sur l’empowerment et la résilience</p> <p>Le but de cette étude s’appuie sur les concepts d’empowerment dans la maladie les patients ont besoins d’un facilitateur de comportements pour les aider à gérer eux-mêmes leur problématique de santé dans un moment ou ils sont fragilisés.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise? L’échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée? La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p>La population est décrite de façon concise : 2 médecins et 3 infirmières, sans formation préalable à l’éducation thérapeutique pour les médecins alors que les infirmières oui le temps de pratique de chaque professionnel est décrit. Les infirmières de l’échantillon sont des infirmières du service.</p> <p>La méthode ne décrit pas comment la population cible n’a été déterminée, ni recrutée. Nous n’avons pas d’information sur la validité du choix de l’échantillonnage. La population cible est très restreinte (seulement 6 participants) pour une étude qui n’est pas purement qualitative.</p> <p>Dans le plan d’échantillonnage, l’auteur va-t-il envisager des moyens d’accroître la représentativité de l’échantillon ? La méthode d’échantillonnage utilisée a-t-elle permis s’ajouter des renseignements significatifs et d’atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>Les auteurs ne précisent pas explicitement si la population cible pourrait être élargie. La population cible n’est pas définie par des critères statistiques. Les auteurs ne mettent pas en rapport la taille de l’échantillon avec les résultats attendus.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Les auteurs ne décrivent pas comment ils sont arrivés à cette taille d'échantillon. Il ne se base sur aucune donnée statistique. Nous n'avons pas de justification sur la taille de la population.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats? <p>Un consentement écrit des patients a été demandé</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants? <p>Les participants ont été filmés pendant leurs entretiens, cependant, ils ignoraient la nature sur laquelle il allait être questionné.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés? <p>Les critères pour atteindre le but n'ont pas été directement décrits. La grille de recherches d'informations a été créée après un premier visionnage des vidéos. A la base, on peut supposer que l'équipe ne savait pas exactement ce qu'elle recherchait.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses? <p>Le devis n'est pas clairement explicité. On peut penser à un devis de recherche exploratoire qualitatif, dans le sens où les auteurs n'avaient pas d'indicateur précis avant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité). <p>Les grilles d'analyses ont été faites par les mêmes personnes qui ont fait cette étude (M. Golay entre autres.) La neutralité n'est pas garantie. La présence d'un groupe contrôle aurait été nécessaire. Comme les grilles ont été créées pour l'occasion, il est possible d'interpréter les résultats avec d'autres indicateurs.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Les outils de mesures sont décrits : il s'agit de grilles d'observation faite sur la base d'entretiens vidéo. Les variables décrites peuvent être mesurées : chercher plus les ressources chez un patient et ne pas se focaliser uniquement sur les aspects biologiques.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Sont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p>L'observation du phénomène est bien décrite : il s'agit de comparer des questions sur la recherche de ressources chez le patient et de ne pas se focaliser sur les aspects biologiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Les auteurs restent flous: ils disent que la grille a été créée pour l'occasion, puis parle de l'utilisation d'une grille validée • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Non, l'absence de groupe contrôle induit un gros biais : comment être sur que c'est bien nos interventions qui font que les soignants se concentrent plus sur les ressources du patient et pas d'autres facteurs externes ? (Le fait d'être filmé, d'avoir fait 2 entretiens, la plus grande expérience entre les deux interviews ?).</p>
Conduite de la recherche	<p>La formation, qui dure 2 heures par semaine, met l'accent sur le thème de la résilience et de l'empowerment chez le patient (sur 40 séances, 10 en parle spécifiquement).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Le processus est bien décrit, il s'agit de visionnage de vidéos des entretiens afin d'en faire sortir des éléments clés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Une personne externe à l'étude à récolter les données sur la base du visionnage de vidéos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante ? <p>La variable indépendante est bien décrite : il s'agit d'une formation de 11 mois, à raison de 2 heures par semaines, afin de mieux former les soignants à l'éducation thérapeutique en les entraînant à mieux cibler les ressources du patient.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? <p>L'étude met en avant les logiciels utilisés pour effectuer les analyses statistiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? <p>Pas mentionné explicitement</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? <p>Le résumé met en avant les résultats attendus.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Un tableau qui regroupe l'ensemble des statistiques est présent.</p> <p><i>Avant la formation :</i> Les soignants recherchaient essentiellement des informations médicales ou thérapeutiques. Recherche d'informations sur les ressources quasi-inexistence.</p> <p><i>Après la formation :</i> Les soignants posent moins de questions sur les aspects biomédicaux, mais plus sur les aspects quotidiens et les ressources du patient. Les professionnels adoptent plus une attitude d'empowerment. Les éléments les plus significatifs sont relevés chez les médecins.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>De façon générale, après la formation les soignants modifient assez profondément leur façon de mener ces entretiens. Ils passent d'une succession de question/réponse à un entretien basé sur la reformulation. Néanmoins, le temps global des entretiens ne varie pas. Le temps de parole du soignant diminue alors que celui du patient augmente. Les informations biomédicales sont plus ciblées, les informations biomédicales se trouvant souvent déjà dans le dossier de soins</p> <p>Après la formation, les soignants explorent plus les ressources personnelles ou environnementales des patients. Ils deviennent attentifs dans le discours du patient, d'éléments révélant une ressource potentielle et la mettent en lumière.</p> <p>Pour les patients, prendre conscience de ces ressources et capacité à faire face est propre à augmenter son sentiment de maîtrise et de confiance en soi. Le patient va pouvoir s'engager dans les trois processus d'empowerment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Un meilleur besoin de maîtrise (prise de contrôle) ➤ Un meilleur besoin de cohérence (lâcher prise) <p>Un besoin de relation (être en lien)</p>
Conséquences et recommandations	<p>Pas exprimé spécifiquement.</p> <p>Comme le souligne Anderson dans l'étude, il est difficile pour les soignants d'adopter des paradigmes différents de</p>

	<p>ceux auquel ils ont souscrit au cours de leur formation initiale. Il est difficile de changer son rôle « d'expert » en celui de «facilitateur» !</p> <p>On peut donc facilement penser à la plus value de former les patients directement au rôle de facilitateur dans leurs formations initiales.</p>
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Gagliardino, J. J., Aschner, P., Baik, S. H., Chan, J., Chantelot, J. M., Ilkova, H., Ramachandran, A., ... IDMPS investigators. (2012). Patients' education, and its impact on care outcomes, resource consumption and working conditions: data from the International Diabetes Management Practices Study (IDMPS). *Diabetes & Metabolism*, 38(2), 128-34.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre mentionne les concepts, l'éducation des diabétiques de type 2 et l'impact sur les soins. La population est les diabétiques de type 2 mais il n'y pas plus d'information à ce sujet.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche mais avec les sous-titres suivants :</p> <p><u>Objectif</u> : Évaluer l'impact de l'éducation prodigué aux patients atteints de diabète de type 2 à partir de l'étude observationnelle (dans les conditions réelles de suivi des patients) de la qualité des soins et de leurs coûts, exprimés en dépenses de soins et en journées de travail perdues.</p> <p><u>Méthodes</u> : Étude transversale et longitudinale ayant pour but de recueillir des données des patients concernant leur profil socioéconomique, le traitement du diabète et de ses complications et les coûts. Cette étude appartient à la seconde vague de l'International Diabetes Management Practices Study (IDMPS) (2006). Les patients ont reçu des informations relatives au diabète de la part d'une infirmière, d'un diététicien, d'un éducateur spécialisé ou grâce à un programme d'éducation spécifique. Chaque programme mettait l'accent sur les modifications hygiéno-diététiques et la prise en charge active de la maladie et de son traitement par le patient lui-même. Les diabétiques de type 2 qui avaient reçu ou non cette éducation ($n = 592$ dans chaque groupe) étaient appariés selon l'âge, le sexe, et la durée de diabète. Les patients avaient été recrutés par randomisation par les médecins traitants de 27 pays de l'Europe de l'Est, de l'Asie, de l'Amérique Latine et d'Afrique. Les données recueillies étaient cliniques (poids, taille, périmètre abdominal, pression artérielle,</p>

	<p>examen des pieds), métabolique (HbA_{1c}, profil lipidique) et biologiques. Les objectifs de traitement étaient ceux définis par les recommandations de l'American Diabetes Association.</p> <p><u>Résultats</u> : L'éducation diabétique apportée aux diabétiques de type 2 augmente significativement le pourcentage de patients atteignant les objectifs de traitement définis par les recommandations internationales. Les patients qui avaient reçu une éducation diabétique utilisaient davantage l'insuline et se prenaient mieux en charge. Ils présentaient un plus faible pourcentage de complications chroniques. Une augmentation modérée des coûts de traitement fut notée, associée probablement à des salaires plus élevés et à une productivité légèrement plus élevée.</p> <p><u>Conclusion</u> : L'éducation diabétique est efficace et améliore le devenir des patients sans élévation importante des coûts de traitement.</p>
--	--

INTRODUCTION

<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé et approprié. Il est directement en liens avec la profession infirmière :</p> <p>Le diabète de type 2 (DT2) affecte un grand pourcentage de personnes adultes partout dans le monde et est responsable de l'utilisation d'une grande partie des ressources du service de santé, principalement en raison de la présence de ses complications macro vasculaires. La maladie est également associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité prématurée des maladies cardiovasculaires ainsi que des conditions qui ont un impact négatif sur la qualité de vie et la productivité individuelle. Bien que ces coûts puissent encore être abordables dans les pays développés, ce n'est pas le cas dans de nombreux pays en développement et, dans un avenir proche, ils peuvent devenir inabornables même dans les pays développés. Cependant, les preuves suggèrent que ce scénario peut être atténué par la mise en œuvre agressive et effective des stratégies de prévention, telles que l'amélioration de la qualité des soins. Dans ce contexte, la participation active des patients dans le contrôle de leurs maladies et de leur traitement en les responsabilisant avec une autogestion réussie peut jouer un rôle clé dans l'optimisation métabolique des risques, des facteurs de contrôles et de leur qualité de vie. Bien que l'éducation des patients peut être cruciale dans l'encouragement et le soutien des patients à assumer une telle responsabilité active, dans de nombreux endroits, les patients n'ont pas un accès facile aux programmes d'éducation sur le diabète. Le traditionnel modèle médical dans lequel les patients sont simplement des bénéficiaires passifs des soins n'explique que partiellement la situation. Les programmes éducatifs développés dans le monde</p>
--	--

	<p>entier ont montré qu'une base théorique solide et l'utilisation de recadrages cognitifs sont associées à de meilleurs résultats. A cet égard, The Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed (DESMOND) a récemment étudié et rapporté qu'un programme de groupe structuré pour l'éducation des patients nouvellement diagnostiqués DT2 ont conduit à une grande amélioration dans la perte de poids et la cessation du tabagisme, ainsi que des croyances plus positives sur la maladie avec aucune différence niveau de l'HbA1C jusqu'à 12 mois après le diagnostic. Cependant, beaucoup de gens prétendent encore que la preuve disponible pour l'efficacité de toute approche éducative des patients atteints de DT2 est maigre.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une revue de littérature a été entreprise. Elle permet d'identifier qu'un programme de groupe structuré pour l'éducation des patients nouvellement diagnostiqués DT2 a conduit à une grande amélioration de la perte de poids et la cessation du tabagisme, ainsi que des croyances plus positives sur la maladie avec aucune différence des niveaux d'HbA1C jusqu'à 12 mois après le diagnostic. La plupart des données publiées proviennent d'études de recherche contrôlées mises en œuvre pour de relativement petites populations ou des cohortes de patients et qu'il y a peu ou pas de données pour des résultats d'éducation des patients DT2 dans « des conditions réalistes » dans le monde entier. En réponse à cette critique, nous avons évalué l'impact de l'éducation sur le diabète dans les études non contrôlées sur la qualité des soins, la consommation des ressources et des conditions d'emploi. Les données obtenues révèlent une amélioration significative dans les indicateurs de soins dans une grande population des patients atteints de DT2 instruits et recrutés de différents pays d'Afrique, d'Asie, d'Europe orientale, du Moyen Orient et en Amérique Latine, avec des indicateurs de valeurs de soins de proximités et des objectifs de traitement recommandés par The European Association for the Study of Diabetes/American Diabetes Association (EASD/ADA) guidelines.</p> <p>La recension des écrits semble être une base solide pour l'étude et présente l'état des connaissances actuelles sur le problème de l'étude.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont le diabète de type 2, l'augmentation de la morbidité et de la mortalité, les coûts du diabète et l'éducation du patient. Ils sont décrits de manière adéquate mais ne sont pas suffisamment développés. Cette recherche s'appuie sur des études antérieures et tente d'apporter des résultats dans des conditions plus réalistes avec des plus grandes cohortes et dans le monde entier.</p>

<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est clairement énoncé : Nous avons évalué l'impact de l'éducation sur le diabète dans les études non contrôlées sur la qualité des soins, la consommation des ressources et des conditions d'emploi. Les données obtenues révèlent une amélioration significative dans les indicateurs de soins dans une grande population de patients atteints de DT2 instruits et recrutés de différents pays d'Afrique, d'Asie, d'Europe orientale, du Moyen Orient et en Amérique Latine, avec des indicateurs de valeurs de soins de proximités et des objectifs de traitement recommandés par The European Association for the Study of Diabetes/American Diabetes Association (EASD/ADA) guidelines.</p> <p>Il n'y a pas d'hypothèses ou de questions de recherche énoncées.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est définie de façon précise et suffisamment détaillée :</p> <p>Les participants à The international Diabetes Management Practices Study (IDMPS) ont été recrutés dans 27 pays de l'Est de l'Europe, d'Asie, d'Amérique latine et de d'Afrique en novembre et décembre 2006 (tableau1). Les médecins ont été invités à inscrire les dix premiers patients atteints de DT2 et les cinq premiers patients avec un diabète de type 1 (DT1) qui leur ont rendu visite à leur cabinet pendant les 2 semaines de recrutement. Les détails des critères utilisés pour les patients et les médecins de la sélection ont été signalés ailleurs. Pour la présente étude, les données de 11,384 patients atteints de DT2 ont été utilisées ; au sein de cette population, les patients qui avaient reçu une éducation sur le diabète, mais avec des caractéristiques différentes de l'enseignement et des degrés d'intensités (patients « éduqués ») ont été identifiés. Par la suite, les patients des deux groupes ont été jumelés selon l'âge, le sexe et la durée du diabète avec 5692 patients finalement attribués à chaque groupe.</p> <p>Il n'y a pas mention que l'auteur est envisagé d'accroître la représentativité de l'échantillon.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude ne mentionne pas de moyens pris pour sauvegarder les droits des participants ou l'anonymat des participants.</p> <p>Le protocole d'étude IDMPS a été approuvé par des comités d'éthique règlementaires et appropriés dans tous les pays participants et les centres. En conséquence, tous les participants ont fourni un consentement éclairé écrit avant d'entrer dans l'étude.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>C'est une étude transversale et longitudinale quantitative en cours, de 5 ans avec cinq phases. Chaque phase se</p>

	<p>compose d'une période de section transversale de 2 semaines et d'un suivi longitudinale d'une période de 9 mois. La présente étude est basée sur les données enregistrées lors de l'étude en coupes transversales de la deuxième phase (2006). Ainsi, les pratiques incluses ici représentent un large éventail de soins de routine actuellement disponibles dans les pays participants. Au cours de la période en coupes transversales, les médecins recueillent des informations sur les caractéristiques démographiques et sur le profil socio-économique des patients, leurs antécédents médicaux pertinents (complications chroniques associées aux facteurs de risque cardio-vasculaires et aux facteurs de comorbidité), aux traitements antérieurs et actuels de l'hyperglycémie et aux facteurs associés des risques cardio-vasculaires, à l'éducation liée à la maladie et les conditions d'emploi et de la performance.</p> <p>Le devis utilisé permet d'atteindre le but de l'étude, la méthode est appropriée à l'étude du problème posé. Il y a mon sens assez de temps passé sur le terrain et auprès des participants.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont clairement décrits ainsi que les analyses effectuées. La procédure est cohérente avec les mesures effectuées :</p> <p>Les données cliniques (poids corporel, la taille, le tour de taille, la pression artérielle, l'évaluation des pieds) ont été recueillies lors des visites. Les mesures de contrôle métaboliques ont inclus des niveaux d'HbA1c et des profils de lipides sanguins (cholestérol total, lipoprotéines de haute densité du cholestérol (HDL-C), lipoprotéines de basse densité du cholestérol (C-LDL) et des triglycérides). Des échantillons de sang ont été prélevés et testés localement, en appliquant la même méthodologie dans tous les pays participants afin de maximiser la robustesse des données et de permettre des comparaisons régionales. Les objectifs du traitement ont été définis en fonction des directives de l'ADA (HbA1C inférieur à 7%, la pression artérielle (BP) inférieur à 130/80 mmHg, LDLC inférieur à 100 mg/dL).</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Le processus de collecte de données est décrit :</p> <p>Les centres participants ont offert des stratégies d'éducation de diabète diverses : consultation face à-face avec une infirmière praticienne, un diététicien ou un éducateur (67%) ; la référence à un enseignement de groupe structuré ad hoc un programme avec des groupes-éducatifs de différents degrés de complexités et un nombre de sessions interactives (22%) ou les deux (11%). Toutes les stratégies mises fortement sur l'accent des changements de mode vie saine (planification des repas et d'épisodes réguliers d'activités physique), l'auto-soin et la participation active du patient dans le contrôle et le</p>

	<p>traitement des maladies. Les contenus éducatifs incluent des concepts généraux de DT2, les effets de l'obésité sur la demande en insuline et les avantages de la perte de poids, la performance de l'auto-surveillance de la glycémie (SMBG) et l'auto-surveillance clinique, des changements physiologiques des niveaux de glucose dans le sang et les symptômes de l'hypo/hyperglycémie. La fréquence minimum du contrôle clinique et des tests de laboratoire nécessaires pour de bons soins du diabète a également été inclus. Le protocole d'étude IDMPS a été approuvé par l'approprié réglementaire des comités d'éthique appropriés et réglementaires dans tous les pays participants et des centres. En conséquence, tous les participants ont fourni un consentement éclairé écrit avant d'entrer dans l'étude. La mise en œuvre a été développée sous les conseils d'un comité de pilotage qui a aussi proposé des analyses statistiques et a passé en revue et validé les données d'enregistrement. L'étude a été coordonnée par Sanofi-Aventis Intercontinental. Dans chaque pays participant, l'étude a été suivie par le personnel de Sanofi-Aventis qui a aidé les coordonnateurs locaux et les enquêteurs dans la collecte des données à travers une étude sous forme de cas rapport.</p> <p>Comme l'étude a été coordonnée par Sanofi-Aventis Intercontinental et qu'elle a été suivie par le personnel de Sanofi-Aventis pour aider les coordonnateurs locaux, cela laisse supposer qu'il pourrait y avoir un biais dans l'étude.</p>
Analyse des données	<p>Les données ont été analysées à l'aide des tests de Wilcoxon et Chi-carré pour les variables, respectivement continues et catégorielles.</p> <p>Il n'y a pas de facteurs susceptibles d'influer sur les résultats décrits. Il n'y a pas de résumé de résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux ainsi qu'avec un texte narratif. Les thèmes sont logiquement associés entre eux :</p> <p>Il n'y avait pas de différences significatives entre les personnes instruites et les groupes non-éduquée en termes d'âge, de sexe et sur la durée du diabète, en raison du processus d'appariement utilisé pour sélectionner les patients compris dans les deux branches de l'étude. Cependant, le pourcentage de personnes illettrées était significativement plus élevé chez les instruits VS les patients non éduqués (9.9% vs 8.3%, respectivement) et dans ce dernier groupe, le pourcentage de patients supérieur/formation de niveau universitaire était plus élevé (27.8% vs 25.1 % dans le groupe éduqué). Aucune différence significative n'a été enregistrée entre les</p>

groupes en ce qui concerne les habitudes tabagiques actuelles ou antérieures. L'indice de masse corporelle (IMC) et les valeurs de circonférence de la taille moyenne étaient significativement plus faibles chez les patients éduqués. En outre, le pourcentage de ceux qui ont un IMC au sein de la gamme normale a également été significativement plus élevé dans ce groupe, alors que la situation inverse a été observée chez les patients qui étaient en surpoids/obèses. Aucune différence significative entre les groupes a été enregistrée soit les valeurs absolues de la pression systolique (SPB) ou le pourcentage de patients ayant des valeurs comprises dans les objectifs de traitement (inférieur à 130 mmHg) ; A l'inverse, la valeur moyenne et le pourcentage de patients avec des valeurs de diastolique normale BP (DBP) étaient significativement inférieurs et supérieurs, respectivement, dans le groupe instruit. De même, le pourcentage de personnes ayant une SBP et une DBP à des valeurs cibles était significativement plus élevé chez les groupes de personnes instruites. En outre la performance du contrôle HbA1C était significativement plus élevée chez les patients éduqués qui avaient significativement de plus faibles valeurs moyennes et médianes et un pourcentage plus élevé de patients avec des valeurs inférieures à 7%. Les profils lipidiques sériques (cholestérol total, de LDL-C et de triglycérides) ont montré des valeurs moyennes significativement plus faibles chez les personnes de la branche instruite. Le pourcentage de patients avec un LDL-C sérique et des triglycérides dans la gamme normale était aussi significativement plus haut dans ce groupe. D'autre part, des niveaux de HDL-C comparables ont été mesurés dans les deux groupes de patients.

En ce qui concerne les complications chroniques, aucune différence significative entre les groupes n'a été enregistrée dans le pourcentage de ceux ayant une insuffisance cardiaque ou un AVC. Cependant, des pourcentages nettement inférieurs de la protéinurie (13.3% vs 16.7% ; P inférieur à 0.001), l'ulcère du pied (2.4% vs 3.5% ; P inférieur à 0.002) ont été enregistrés dans le groupe éduqué. La consommation de ressources est résumée dans le tableau 3. Dans le groupe des patients éduqués, le nombre annuel de visites de spécialistes (21% plus élevée ; P inférieur à 0.001), ainsi que la performance moyenne de jeûne (3% plus élevée ; p inférieur à 0.001) et postprandiale (52% plus élevée ; P inférieur à 0.001) SMBG ont tous augmenté de façon significative. En effet, les différentes performances en SMBG étaient encore plus grandes lorsque les plus hautes fréquences mensuelles ont été considérées. En ce qui concerne l'emploi et la performance au travail, le pourcentage des personnes ayant un emploi à temps plein était plus élevé dans les personnes instruites que dans le groupe non-instruit (35.0 vs 34.2% ; P inférieur à 0.002 par le test du chi carré). En

	<p>outre, bien que pas significativement différentes, les chiffres annuels d'absentéisme étaient de 15% plus élevé chez les patients non éduqués que les patients éduqués (6.24 plus ou moins 31.45 vs 5.41 plus ou moins 23.91 jours/an, respectivement ; P inférieur à 0.12 par le test du chi carré).</p> <p>L'auteur ne mentionne pas une évaluation des résultats par les participants ou par des experts.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche, ils sont conformes aux résultats d'analyses et les limites de l'étude sont définies. Les conclusions découlent des résultats.</p> <p>La fréquence des mesures d'HbA1C et le pourcentage des patients avec des niveaux de HbA1C à des valeurs cibles, selon les directives internationales, étaient significativement plus élevés dans le groupe instruit, avec une concentration médiane à 1 point cible au-dessous. Selon The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) et Action in Diabetes and Vascular Disease : Preterax et Diamicon à libération modifiée d'évaluation contrôlée (ADVANCE) des résultats d'essai, une telle diminution des valeurs de l'HbA1C, à son tour, réduit le risque de développer des complications microangiopathiques d'environ 25%. De même, les marqueurs des autres facteurs de risque cardiovasculaire à savoir, les profils IMC (obésité), et BP et des lipides-mesurés- ont également été plus faibles dans le groupe éduqué. Bien que de faible ampleur, ces changements étaient statistiquement significatifs et dans l'intervalle rapportés dans les études d'éducation de diabète contrôlées. D'après les données rapportées dans la littérature, de telles valeurs plus basses peuvent réduire le risque de maladies cardio-vasculaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Albu et al. ont rapporté que, dans les analyses transversales, à la fois l'IMC et le tour de taille étaient indépendamment associés à un risque accru d'arthérombose dans le centre de cohortes obèses, comme le Bypass Angioplastie Revascularization Investigation 2 Diabetes (BARI 2D) patients atteints de DT2, et la maladie de l'artère coronaire; - Une réduction de BP diminue les événements micro vasculaires et macro vasculaires ; - A la fois l'étude Helsinki Heart Study et la Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) ont montré que les hauts niveaux de HDL-C et les faibles niveaux de LDL-C contribuent efficacement à la prévention des maladies coronariennes ;

- The Steno-2 trial, qui a abaissé simultanément le HbA1C, BP et les lipides chez les patients atteints de DT2, a démontré à long terme la réduction pertinente des maladies cardio-vasculaires et la mortalité.

En ce qui concerne le type de traitement, nos dossiers ont montré un plus grand pourcentage d'utilisation de l'insuline ainsi qu'un pourcentage plus élevé de fréquence SMBG chez les patients éduqués. En outre, malgré la plus grande utilisation de l'insuline, il convient de mentionner que leur IMC était inférieur à celui du groupe non instruit, ce qui indique que l'administration de l'hormone n'a pas induit une augmentation de poids corporel comme il le ferait normalement. Dans leur ensemble, ces différences indiquent une plus grande participation active des patients éduqués dans le contrôle et le traitement de la maladie, ainsi que d'un meilleur respect du traitement prescrit (y compris de planification des repas) et l'amélioration de la performance de l'auto-soin. Comme on le voit précédemment et, ainsi, par conséquent, prévu, ces profils de meilleurs indicateurs de contrôle étaient accompagnés par des taux significativement plus faibles de l'ulcère du pied et de la maladie vasculaire périphérique. Evidemment, les caractéristiques mentionnées ci-dessus ont aussi eu un impact favorable sur les chances des patients éduqués de gagner des salaires plus hauts : significativement un plus grand pourcentage avec des emplois à plein temps et bien que légèrement pas significatif, le taux d'absentéisme inférieur de travail a été enregistré dans ce groupe. Ces données concordent avec les résultats précédents montrant comment le faible contrôle de la maladie et le développement de complications chroniques avaient des impacts négatifs sur la productivité des travailleurs. D'autres par, la consommation de ressources a été significativement plus élevée chez les patients instruits ; le nombre annuel de visites chez un spécialiste était de 21% plus élevé, comme l'utilisation d'insuline (40%), et la performance de jeûne (30%) et postprandiale (9%) SMBG. Cependant, l'augmentation du coût des soins représentés par cette consommation n'était pas estimée dans les valeurs monétaires de notre étude. Comme les personnes du groupe instruites ont également eu des taux inférieurs de complications chroniques, le principal moteur entraînant une élévation des coûts, nous supposons que ce serait bientôt bénéfique pour les fournisseurs de soins de santé en raison de la baisse de coûts des soins pour ces patients dans un avenir proche. Cette situation bénéfique pourrait, en outre, avoir une incidence sur les familles des patients instruits, car ils sont plus susceptibles de gagner un revenu plus élevé (emploi à temps plein) et dépensent moins d'argent de leur poche pour le traitement de la maladie. Il convient de garder à l'esprit, cependant, que le développement et la progression des complications chroniques sont également touchés par d'autres facteurs,

tels que l'enseignement général et les niveaux socio-économiques. La qualité de vie n'a pas été évaluée dans l'IDMPS; Cependant, sur la base d'autres études indiquant que l'éducation améliore la qualité de vie, des résultats similaires seraient attendus parmi nos patients instruits.

Les limitations et les difficultés de mise en œuvre des essais pragmatiques d'interventions dans un cadre de soins primaires sont bien reconnues (38,39) ; par conséquent, nos conclusions sont soumises à un certain nombre de contraintes. L'une concerne la nature de la présente étude qui était de l'observation plutôt qu'un essai contrôlé randomisé. Les derniers essais sont considérés comme supérieurs aux études d'observation car ils éliminent le biais de sélection et réduisent les facteurs de confusion. Cependant, du point de vue de la généralisation, les données provenant d'études d'observation sont généralement applicables à de beaucoup plus larges populations et sont souvent même la base de la population. Néanmoins, dans le cas présent, comme généralement les limites par le fait que les données enregistrées dans les différents pays ne sont pas nécessairement représentatives, est l'une des raisons pour lesquelles les résultats doivent être appliqués avec précaution. D'autres limitations sont l'hétérogénéité des procédures d'éducation utilisées, les différences dans l'accessibilité à l'éducation des soins, les différences dans les milieux de soins de santé et les différentes prédispositions culturelles dans chaque pays participants. En fait, notre étude est portée sur une grande variété de méthodologies et de durées d'interventions par rapport aux programmes d'enseignements standardisés. Cela pourrait représenter un sérieux défi, comme un effet positif sur le contrôle métabolique est fortement corrélé avec la motivation des patients, le nombre de séances de formation, et la qualité des relations entre le patient et le soignant instructeur. Cependant, on pourrait faire valoir que même si nos patients n'ont pas reçu d'éducation thérapeutique multidimensionnelle identique, l'éducation qui a été reçue était suffisante pour atteindre des niveaux d'HbA1C comparables à ceux enregistrés dans des études bien contrôlées. Pour cette raison les différences trouvées dans notre présente étude pourraient avoir été d'ampleur encore plus grande si les procédures normalisées avaient été mises en œuvre. Aussi, étant donné notre taille d'échantillon (le plus grand jusqu'ici rapporté) et la comparaison appariée à fonctionner, toutes les limitations mentionnées ci-dessus pourraient être atténuées, si non enlevées complètement, prêtant ainsi le support supplémentaire de l'impact favorable de l'éducation des patients sur des résultats de soin de diabète.

Conséquences et recommandations	<p>Les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline sont indiquées, l'auteur mentionne des applications pour la pratique et des recommandations : En bref, les données IDMPS démontrent que chez les patients atteints de DT 2, l'éducation au diabète impliquant différents caractéristiques et degrés d'intensités et mises en œuvre dans le monde entier et dans une large population au niveau des soins primaires, les pourcentages significativement accrus de patients atteignant les valeurs cibles fixées par la ligne directrice internationale. Parmi les patients éduqués, le taux de complications de maladies chroniques était plus faible tandis que l'utilisation de l'insuline et de la performance d'auto-soins était plus élevée, ce qui entraîne une augmentation relativement modeste des coûts des soins de ce groupe. Ces résultats devraient aider les fournisseurs des soins de santé et les décideurs politiques pour arriver à la décision d'inclure l'éducation sur le diabète comme une routine efficace et un outil thérapeutique dans les stratégies utilisées pour contrôler et traiter les patients avec un diabète.</p>
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Ho, A. Y. K., Berggren, I., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2010). Diabetes empowerment related to Pender's Health Promotion Model: A meta-synthesis. *Nursing & Health Sciences*, 12, 2, 259-267.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ?</p> <p>Le titre précise les concepts principaux : l'empowerment du diabète, le modèle HPM de Pender. Il dit aussi sur quel principe il se base : une méta-analyse</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Cette étude est basée sur le fait que l'empowerment chez la personne diabétique est un moyen de gestion du diabète efficace.</p> <p>Méthode : cette étude synthétise 9 études qualitatives en vue d'une meilleure compréhension de ce que les clients perçoivent comme étant importants dans les stratégies d'empowerment du diabète.</p> <p>La synthèse d'argumentation suggère la nécessité d'une évaluation du système pour définir les connaissances liées au diabète du client, les croyances de santé, les émotions négatives et aussi les résultats de l'intervention.</p> <p>Sur la base du HPM de Pender, cette étude met l'accent sur les faits que les professionnelles de la santé ont besoin de comprendre et de traiter les variables spécifiques aux comportements modifiables.</p> <p>Résultat : L'étude suggère qu'une stratégie d'autonomisation efficace serait d'utiliser l'affect relié à l'activité, ainsi que les influences interpersonnelles et situationnelles liées à l'activité, comme un moyen de faciliter les comportements promoteurs de santé des clients.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'empowerment est un pilier central dans les soins de la personne diabétique. Néanmoins, beaucoup de questions reste encore en suspens : pourquoi certaines personnes ne s'engagent t'elle pas un comportement sain sur le long terme ? Quels sont leurs obstacles ?</p> <p>Le but de l'étude est de contribuer à une meilleure compréhension de ce que les clients perçoivent comme étant importants dans l'empowerment du diabète.</p>

<p>Recension des écrits</p>	<p>Les auteurs font mention principalement 3 méta-synthèses :</p> <p>Celle de Paterson et al (1998) qui a comme métaphore centrale « l'équilibre ».</p> <p>Pour eux, l'objectif d'un équilibre de vie saine plutôt que le contrôle de la glycémie motiverait les clients dans leur autogestion du diabète.</p> <p>Celle de Campbell et al. (2003) à fait ressortir 6 concepts clé: le temps, l'expérience, la confiance en soi, la conformité non stratégique avec des médicaments, un soutien efficace des soignants, la reconnaissance que le diabète est grave.</p> <p>Celle de Vermeier et al. (2007) à identifier que les facteurs de non-adhérence (au cours du DT2) sont l'information, la personne et le contexte, la conscience du corps, la relation avec les soignants</p> <p>Les auteurs stipulent que malgré un grand nombre d'études sur la facilitation de l'autonomisation des patients, il existe de nombreuses lacunes sur les connaissances et les stratégies de responsabilité efficaces.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les auteurs définissent plusieurs concepts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le diabète ➤ L'autogestion du diabète ➤ Le Health promotion model. <p>Ils le définissent comme suit :</p> <p>Le Modèle de Promotion de la Santé de Pender (HPM) (formulé première fois en 1982, puis révisée en 1996) est un modèle explicatif du comportement de santé qui met l'accent sur le rôle des attentes dans l'adaptation du comportement (Pender, 1996 ; Pender et al., 2006).</p> <p>Le HPM se concentre sur trois domaines : les caractéristiques individuelles et des expériences, la cognition spécifique aux comportements et affect, ainsi que les résultats comportementaux (Pender, 1996).</p> <p>L'ensemble des variables spécifiques aux comportements, qui constituent un « noyau » central de l'intervention, peut modifier par des interventions infirmières. Celles-ci jouent un rôle central en aidant les clients à « façonner une histoire de comportement positif pour l'avenir en mettant l'accent sur les avantages d'un comportement, enseigner aux clients comment surmonter les obstacles à la réalisation du comportement, et engendrer des niveaux élevés d'efficacité et d'affect positif au travers de l'expérience de la performance réussie et des feedbacks positifs » (Pender et al, 2006 : 52).</p>

Buts et question de recherche	La question de recherche est de contribuer à une meilleure compréhension de ce que les clients perçoivent comme étant importants dans une stratégie d'empowerment efficace pour l'autogestion du diabète.
METHODE	
Population et échantillon	Recherche dans CINAHL et Medlin avec les mots clés « études qualitatives ET empowerment ET diabète » Article depuis 2000 en anglais, revue par les pairs, avec le point de vue du client. Au total, 9 articles
Considérations éthiques	Ne s'applique pas, c'est une revue de littérature
Devis de recherche	Méta-analyse sur la base d'article déjà écrit.
Modes de collectes de données	Une recherche systématique a été effectuée dans les bases de données CINAHL et Medline. Les mots clés utilisés étaient « étude qualitative » ET « empowerment » ET « diabète ». Un total de neuf articles a été choisi après test avec une version adaptée Critical Appraisal Skills Programme (CASP) quality assessment tool Les articles ont été inclus s'ils ont été publiés depuis 2000, en anglais, revus par les paires, et ont eu un point de vue du client.
Conduite de la recherche	Ne s'applique pas
Analyse des données	Une fois les études trouvées, les auteurs ont utilisé cet algorithme : <ol style="list-style-type: none"> 1. La lecture des articles 2. Déterminer comment les études sont liées 3. « Traduire » les études dans une autre 4. Synthétiser les traductions Exprimé la synthèse
RESULTATS	
Présentation des résultats	Les auteurs ont fait ressortir des études quatre métaphores centrales, ceux-ci influent l'empowerment efficace : <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>La confiance dans les compétences et la sensibilité de l'infirmière</i> Il a été prouvé que les infirmières spécialistes du diabète sont compétentes pour fournir des informations probantes sur le diabète aux patients. Le langage doit néanmoins être compréhensible pour le patient. Un entraînement aux compétences psychologiques telles que les jeux de rôle ou de résolution de problème peut aider l'infirmier à aider le patient à s'autonomiser.

	<p>L'utilisation d'internet, encadré ou non par les infirmiers, a souvent été cité.</p> <p>Le manque d'enseignement est souvent cité comme un facteur limitant.</p> <p>Les facteurs importants à prendre en compte sont la façon d'enseigner «sur mesure» de l'infirmière, la façon de trouver des informations et la prise de conscience qu'ont les patients diabétiques dans le cadre de leur maladie.</p> <p>➤ <i>La recherche de contrôle</i></p> <p>Les personnes diabétiques vivent souvent de la détresse psychologique et émotionnelle dans la vie quotidienne, causé par plusieurs facteurs (comme l'hypoglycémie, la stigmatisation). Plusieurs formes de coping ont été décrites pour y faire face: centrée sur des émotions positives, sur un contrôle alimentaire et d'exercice physique. D'autre forme de coping, dite négative ont été citées : l'évitement, des croyances fatalistes.</p> <p>Les patients luttent pour le contrôle, les facteurs importants à considérer sont la glycémie, les habitudes alimentaires et les complications futures.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Un désir de partager les expériences</i> <p>Les personnes atteintes de diabète ont besoin de soutien de groupe, d'un soutien émotionnel. Elles souffrent d'un risque de dépression augmentée. L'apprentissage participatif contribue à améliorer la connaissance et la compréhension, à exercer le contrôle sur soi. Les facteurs importants sont les interventions par les paires et de groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'attitude et la capacité de l'infirmière à personnaliser. <p>Les attitudes des soignants sont souvent décrites comme froides, manquant d'empathie. Le décalage entre les cultures est également souvent cité. Le temps alloué au temps d'entretiens est également important. Il est important pour les infirmières de faire attention à l'empathie, aux compétences culturelles et à prendre le temps d'écouter.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La pierre angulaire de l'autogestion du diabète est la modification de comportement et du mode de vie, qui est fortement lié à l'auto-efficacité du client. Plusieurs outils pour évaluer l'efficacité personnelle existent : le MIS, Le diabète self-Management Assesment Report Tool », des méthodes basées sur l'évaluation des risques</p> <p>Selon Pender, les principaux obstacles pour un changement de comportements sont les obstacles perçus (79 %), les influences interpersonnelles (57 %) les influencent situationnelles (56 %) comme les infirmières sont à la base d'un changement de comportement (via les</p>

	<p>4 métaphores décrites plus haut), il est nécessaire que les infirmières comprennent et intègrent ces variables.</p> <p>Les obstacles perçus :</p> <p>Sont lié à une connaissance insuffisante et limitée du diabète par les clients. Les personnes avec une faible connaissance ont souvent une faible autogestion de leur diabète. Les principaux obstacles perçus trouvés dans cette étude sont: l'information pas décrite dans des termes simples, des obstacles de langues, le niveau d'instructions des patients. Une approche basée sur internet donne de bons résultats. Une alimentation saine était l'objectif le plus souvent défini par les patients eux-mêmes, avec le moins bon taux d'adhérence mesurée. Il a été montré que les conseils diététiques sont donnés de façon trop générale et ne s'adapte pas au goût, ni aux préférences culturelles des patients. Reconnaître et intégrer les préférences des clients et permettre une flexibilité dans le plan de repas peut augmenter l'adhésion des clients au plan de traitement.</p> <p>Influence interpersonnelle :</p> <p>Selon Pender, les membres de la famille, le professionnel de la santé influe sur le patient directement et indirectement par le biais de pression sociale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'empathie, la possibilité de réunions avec des pairs peuvent favoriser l'autogestion efficace. Les feedbacks positifs et les encouragements, même petits, en relevant les succès par exemple favorisent l'autogestion. • Les professionnelles de la santé doivent avoir une approche centrée sur le client, une collaboration, un partenariat de soutien basé sur la confiance, le respect, la prise de décision partagée peut faciliter la réalisation d'objectifs réalistes à courts et longs termes. • Ils devraient également être au courant des préférences culturelles de chaque région, par exemple le fait de vouloir avoir des réunions entre membres de même sexe. <p>Affect relié à l'activité :</p> <p>La modification du style de vie est une tâche difficile pour de nombreux diabétique. Selon le HPM, les individus ont tendance à investir du temps et des ressources à des activités qui ont des résultats positifs attendus. Plusieurs techniques pourraient être employées en se basant sur ce principe: utiliser des feedbacks physiologiques positifs reliés à l'autogestion de la glycémie, utiliser l'activité physique comme outils clés dans la stratégie d'empowerment (car il génère un sentiment de bien-être et agit comme un catalyseur du changement et donc pourrait le soutenir), faire de l'activité physique ou d'un changement alimentaire une habitude et graduellement</p>
--	--

	<p>façonner le comportement souhaité (par exemple en augmentant progressivement la durée et la fréquence de marche rapide...)</p> <p>Comme l'habitude renforce les pratiques répétées, les changements de style de vie seront soutenus au fil du temps</p> <p>Influences situationnelles :</p> <p>Des « repères », comme avoir des fruits et légumes disponibles dans la maison, encouragent des comportements alimentaires sains. Le règlement « interdiction de fumer » dans les zones publiques encourage à ne pas fumer. Selon Pender, les soignants devraient élaborer des stratégies pour utiliser efficacement cette influence situationnelle.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les auteurs recommandent un cadre d'évaluation composé de plusieurs points :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluation initiale : Evaluer les connaissances initiales du client sur le diabète, sur ces croyances de santé, sur ces émotions positives ou négatives. 2. Programme et intervention d'éducation structurée : Education de groupe pour fournir des connaissances sur le diabète Formation individuelle à la technique d'autosuivi avec des infirmiers spécialisés, tenue d'un carnet d'autosoins 3. Session pour aider les clients à résoudre leur problème avec des paires, et des membres de l'équipe pluridisciplinaire 4. Programme et activité sur la résolution de problème, sur le coping 5. Programme d'éducation au diabète adapté à la culture, conseil diététique spécifique à la culture avec un professionnel bilingue 6. Soutien émotionnel, groupe de soutien, soutien psychologique 7. Evaluation des résultats à intervalle régulier 8. Cours de perfectionnement des compétences pour les soignants, cours de connaissance culturelle.
<p>Limites de l'étude:</p>	<p>Les auteurs mentionnent que chaque méta-synthèse est dépendante des compétences, connaissances et expérience de l'auteur. Par conséquent, ils précisent que le choix des articles peut être un biais.</p> <p>Néanmoins, ils ont utilisé une version adaptée de l'outil CASP pour évaluer la qualité des articles retenue.</p> <p>De plus, l'expérience et la précompréhension des phénomènes de la part des auteurs peuvent être considérées comme un avantage.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Nam, S., Nam, S., & Song, Y. (2014). Role of Self Efficacy in the Relationship Between Patient-Provider Relationships and Psychological Insulin Resistance Among Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of contemporary diabetes research*, 1(1), 1-15.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
<p>Titre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? <p>Le titre est peu clair. Lors de sa première lecture, il est difficile de comprendre de quoi cette étude va parler. Il aurait été plus clair en modifiant certaine notion comme : « rôle de l'efficacité personnelle dans la relation entre l'interaction patient-soignant et la RPI chez les patients DT2»</p>
<p>Résumé</p>	<p><i>Introduction :</i></p> <p>La résistance à l'insuline psychologique (PIR) affecte les comportements d'auto-soins et la qualité de vie des patients en raison du retard de traitement à l'insuline pour un contrôle glycémique optimal. Bien qu'on ait démontré que la communication et les relations efficaces entre les patients et les soignants peuvent pour améliorer l'ensemble de l'adhésion et de l'attitude envers le traitement des patients, on en sait peu sur les mécanismes potentiels par lesquels une communication efficace entre patient et soignant et les relations patients-soignants peuvent diminuer PIR et si ces relations sont influencées par l'auto-gestion du diabète</p> <p>Le but de cette étude est d'examiner si l'auto gestion du diabète chez les patients atteints de diabète de type 2 (DT2) influent les relations entre la PIR et les relations perçues patientes-soignants.</p> <p>Un total de 178 patients atteints de DT2 a participé à une étude transversale. Les données ont été obtenues par entrevue avec le patient en utilisant des mesures validées de l'attitude vis-à-vis du diabète, les connaissances sur le diabète, l'auto-efficacité, et de la communication patient-soignant. La PIR a été mesurée en utilisant une mesure validée, le questionnaire « Obstacles au traitement à l'insuline ».</p> <p>Un modèle d'équation structurelle a été développé pour estimer les effets directs et indirects de la relation patient-soignant sur la PIR lorsque l'auto-efficacité a été contrôlée en tant que qu'influenceur. Les connaissances sur le diabète et l'attitude ne sont pas significativement associées à PIR. Une meilleure relation patient-soignant a été directement associé à PIR inférieure ($\beta = -.40, p = 0,008$).</p>

	<p>Lorsque l'auto-efficacité sur le diabète a été incluse en tant que potentialisateur, l'effet direct entre la relation patient-soignant et la PIR ont changé ($\beta = -.27$, $p = 0,034$), ce qui indique que l'amélioration de la relation patient-soignant qui réduit PIR est dû à une plus grande auto efficacité du contrôle diabète.</p> <p>Les résultats suggèrent que le développement des programmes d'interventions visant à améliorer l'auto-efficacité du diabète, qui peuvent être positivement corrélée avec une meilleure relation patient-soignant sont nécessaire pour réduire la PIR.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Malgré un traitement oral antidiabétique et une modification du mode de vie améliorant le contrôle glycémique, de nombreux patients ont besoin d'un traitement à l'insuline.</p> <p>De nombreux patients attend de DT2 sont réticent à commencer un traitement d'insuline, souvent appelé: résistance psychologique à l'insuline» ou PIR</p> <p>Le retard d'initiation de l'insuline, à cause de la PIR , peut augmenter les complications du diabète et nuire à la qualité de vie.</p> <p>De fausses croyances au sujet de l'insuline (comme étant un échec personnel de ne pas avoir pu gérer leur diabète autrement) ainsi que l'attitude des soignants (fournissant comme message que c'est le dernier recours) affectent la PIR.</p> <p>Accepter un traitement à l'insuline semble difficile pour les patients qui ont travaillé pour leur prise en charge diabétique depuis de nombreuses années.</p> <p>Une meilleure compréhension de la PIR pourrait diminuer le nombre de complications chez les personnes diabétiques</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits sur la PIR a été entreprise. Les auteurs citent plusieurs études qui ont comme conclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'auto-efficacité du diabète du patient est un facteur prédictif de l'observance thérapeutique. ➤ L'auto-efficacité est un influenceur potentiel dans l'adhérence au traitement ➤ Les facteurs ethniques affectent la PIR
Buts et question de recherche	<p>Hypothèse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'attitude vis-à-vis du diabète, ses connaissances, son auto-efficacité et la relation soignant-patient sont associées à la PIR • L'influence entre la relation soignant-soigné et la PIR est influencé par l'auto-gestion du diabète. Autrement dit, une meilleure relation patient-

	<p>soignant est associée à une plus grande auto-efficacité du diabète</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'effet influenceurs de l'auto-efficacité du diabète serait différent selon le sexe ou l'ethnie. <p>Le but de cette recherche est de mieux comprendre la PIR en: d'examinant si l'auto gestion du diabète chez les patients atteints de diabète de type 2 (DT2) influent les relations entre la PIR et les relations perçues patientes-soignant.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>82 hommes et 96 femmes recrutées dans les zones résidentielles urbaines de la baie de San Francisco. Les participants ont été recrutés par des dépliants affichés dans deux cliniques pour médecines générales, dans un centre d'enseignement aux diabètes dans l'université de Californie, deux cliniques communautaires et trois églises. Les critères d'inclusion sont les suivants : 18 ans ou plus, diagnostique de diabète type 2 (DT2), agent oraux antidiabétiques, être capable de parler anglais. Les critères d'exclusions sont les suivants : Diabète de type 1, une maladie psychiatrique grave (schizophrénie active, dépendance aux drogues)</p>
Considérations éthiques	<p>L'approbation éthique pour l'étude a été obtenue à partir de l'Institutional Review Board de l'Université. Tous les participants ont donné par écrit leur consentement éclairé.</p>
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? <p>Il s'agit d'une étude quantitative, avec une base statistique. Les données ont été obtenues par l'auto-rapport des patients ainsi que par leur dossier médical.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p>Oui, beaucoup de variables ont été mesurées : les connaissances du diabète, l'auto-efficacité du diabète, les relations entre le patient et le soignant et la résistance à l'insuline.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Pas exprimé spécifiquement. Les auteurs ont utilisé le téléphone ainsi que des interviews physiques.</p>
Modes de collectes de données	<p><i>Données démographiques et biomédicales</i></p> <p>Des données démographiques et biomédicales ont été obtenues par le rapport médical du patient. Le taux</p>

	<p>d'HbA1c (la valeur la plus récente au cours des 4 derniers mois), les comorbidités et maladies chroniques (par exemple l'insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique ou l'arthrite) et les complications liées au diabète (néphropathie, rétinopathie, neuropathie) ont été obtenus à partir de l'auto-évaluation du patient et les dossiers médicaux.</p> <p><i>L'attitude vis-à-vis du Diabète</i> L'attitude envers le diabète a été mesurée grâce à l'échelle du diabète Attitude (DAS-3) (Anderson, Fitzgerald, Funnell, & Gruppen, 1998).</p> <p><i>Les connaissances du Diabète</i> Les connaissances ont été mesurées avec le test validé DiabetesKnowledge (DKT) (Fitzgerald et al., 1998). Le DKT comporte deux volets: un test général de 14 points et une sous-échelle de 9-point sur l'utilisation de l'insuline. Seul le test général de 14-point a été administré à ces participants.</p> <p><i>L'auto-efficacité du diabète</i> L'auto-efficacité a été mesurée avec le diabète auto-EfficacyScale (DSES) (Rapley, Passmore, & Phillips, 2003).</p> <p><i>Relation patiente soignant</i> La relation entre le patient et le soignant a été mesurée avec les processus interpersonnels de soins Survey-18 (IPC-18) (Stewart, Napoles-Springer, et Perez- Stable, 1999). Les répondants ont répondu sur les soins qu'ils avaient reçus de leurs fournisseurs au cours des 12 derniers mois. La mesure comprenait trois grands domaines: la communication, la prise de décision, et le style interpersonnel; chacun possède plusieurs sous-domaines</p> <p><i>La résistance à l'insuline psychologique (PIR)</i> La PIR a été mesurée avec les obstacles au traitement à l'insuline (BIT) (Pettrak et al., 2007). L'échelle de mesure BIT divers aspects des barrières psychologiques à un traitement à l'insuline et l'attitude envers le traitement à l'insuline chez les patients DT2. Le questionnaire du BIT comprend 14 articles.</p>
Conduite de la recherche	Les données ont été recueillies par interview en face à face dans les cabinets de médecins ou entrevue téléphonique et les dossiers médicaux ont été examinés pour les données cliniques liées au diabète.
Analyse des données	Les statistiques descriptives, univariée et analyses bivariées, et la régression linéaire multiple ont été effectuées en utilisant le programme statistique pour les sciences sociales (SPSS).

	Les auteurs décrivent les différentes analyses statistiques effectuées avec les données.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les caractéristiques des participants (n = 178) sont présentées dans des tableaux. L'âge moyen des participants était de 64,3 ans et il y a 54 % de femmes. La diversité ethnique de l'échantillon comprenait 32,6 % d'Asiatiques, 31,5 % de Blancs, 25,3 % des Afro-Américains et 10,6 % d'autres. Le taux d'HbA1c moyenne était de 6,98 % (SD = 0,99; intervalle = 5,2 à 11,0). Il n'y avait pas de différence significative du taux d'HbA1c par différents groupes raciaux. La durée moyenne du diagnostic de diabète était 7,03 (\pm 4,07) ans. Tous les participants prenaient le traitement contre diabète par voie orale.</p> <p>Les auteurs ont trouvé que l'auto-efficacité du diabète influence partiellement la prédiction des obstacles au traitement de l'insuline</p> <p>Les résultats ne confirment pas l'hypothèse que l'effet influenceur de l'efficacité du diabète sur la résistance psychologique à l'insuline serait différent selon le sexe et les groupes raciaux.</p> <p>Autrement dit, il n'y avait aucun effet influenceur important de groupes de sexe et de race.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats de l'étude montrent que de meilleures relations patient-soignant sont associées avec une plus basse PIR et que l'auto-efficacité du diabète des patients influence partiellement la relation entre le patient-soignant et la PIR.</p> <p>Néanmoins, le mécanisme de la relation patient-soignant et de la PIR est inconnu.</p> <p>Les résultats de l'étude soutiennent que certains soignants peuvent transmettre un message plus efficace aux patients sur la façon de pratiquer l'autogestion du diabète, ou de fournir un meilleur soutien affectif et d'informations pour les patients et donc augmenter à son tour l'auto-efficacité du diabète du patient.</p> <p>De plus, les patients avec une forte auto-efficacité dans la capacité à gérer le diabète peuvent sentir qu'ils peuvent également prendre en charge le traitement de l'insuline et ont une faible détresse liée à l'insuline au travers l'autogestion de leur diabète</p> <p>La relation entre la surprotection et l'auto-efficacité du diabète a été plus forte pour les patients dont le contrôle glycémique était moins bon, ce qui implique que chez les patients ayant un mauvais contrôle glycémique, la</p>

	<p>surprotection par un partenaire est plus fortement associée à l'auto-efficacité que chez les patients ayant un bon contrôle glycémique (Schokker et al., 2011). (= chez les patients avec un mauvais contrôle glycémique, il s'appuie plus sur la partenaire)</p> <p>Les connaissances sur le diabète n'ont pas été associées soit avec l'auto-efficacité du diabète, la relation patient-soignant ou la PIR des patients. Donc, la présence d'une meilleure connaissance du diabète ne conduit pas toujours à de meilleurs comportements d'auto-soins.</p> <p>Des études ont montré que les patients qui ont une attitude positive envers la gestion de leur diabète sont plus susceptibles de modifier leur comportement afin de contrôler leur taux de glucose dans le sang que ceux qui ont des attitudes négatives (Farmer, Kinmonth, et Sutton, 2006; Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011). Dans l'étude, l'attitude du diabète n'a pas été associée à PIR.</p> <p>Les femmes ont signalé plus de détresse liée au diabète que les hommes (Fisher et al, 2008; Helgeson et Novak, 2007). Des études ont montré que les femmes ont tendance à être affectées ou se fonder sur les aspects interpersonnels orientés vers la relation, tel que le soutien des autres et les relations interpersonnelles ont un impact plus fort sur la perception de la maladie chez les femmes par rapport aux hommes (Kawachi et Berkman, 2001). Dans notre étude précédente, les femmes ont également eu plus de peur de l'injection d'insuline que les hommes (Nam et al., 2010); les auteurs n'ont pas trouvé de différences significatives entre les races ou le sexe vis-à-vis de la PIR.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les résultats suggèrent que la formation et le soutien pour l'auto-efficacité du diabète devraient être intégrés dans l'éducation personnelle du diabète.</p> <p>Pour les auteurs il est important de développer des interventions que peuvent fournir les soignants en étoffant la formation en intégrant des interventions visant à améliorer l'auto-efficacité des maladies chroniques, dont le DT2.</p> <p>Cette étude démontre que l'auto-efficacité est un influenceur du rapport entre les relations soignant – soignés et avec la PIR. Cette découverte a des implications cliniques importantes telles que les interventions sont conçues pour améliorer l'auto-efficacité chez les personnes atteintes de DT2 pour un contrôle optimal de la glycémie par l'introduction de l'insuline en temps opportun.</p>

	<p>(en résumé, il faut choisir le moment opportun pour introduire l'insuline pour avoir un meilleur traitement)</p> <p>Ils suggèrent également la nécessité d'une plus grande attention sur le rôle des fournisseurs de soins de santé, en particulier l'importance de leur style de communication, et le soutien dans le renforcement de l'auto-efficacité des patients et réduire les obstacles à un traitement à l'insuline.</p>
Limites	<p>Les auteurs mentionnent plusieurs limites à leurs études :</p> <p>Il existe plusieurs limitations dans l'étude actuelle. Bien que l'échantillon d'étude comprend divers groupes ethniques/raciales, ces données à partir d'un petit échantillon de convenance, dont le diabète est relativement sous contrôle, peuvent ne pas représenter exactement les individus avec un DT2 et ne sont pas de taille d'échantillon suffisante pour tester plusieurs hypothèses.</p> <p>Leurs tailles d'échantillons sont trop restreintes pour représenter parfaitement les individus avec un DT2 d'un point de vue démographique. Il ne peut également pas servir à tester plusieurs hypothèses.</p> <p>Les patients atteints de haute HbA1c peuvent avoir une PIR inférieure que ceux avec un meilleur contrôle de leurs diabètes (au travers de la recherche d'un traitement du diabète plus efficace, après avoir fait l'expérience des effets d'agent oraux). Par conséquent, l'étude ne peut pas se généraliser à des patients atteints de diabète sévères ou souffrant de diabète avec de graves complications.</p> <p>Une autre limitation est que la conception de l'étude transversale ne peut pas établir une relation causale entre la relation patient-soignant et l'auto-efficacité.</p> <p>Malgré les limites, les auteurs insistent sur le fait que les résultats de cette étude donnent, un aperçu important sur quels facteurs est nécessaire pour cibler et pour réduire la PIR.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Levich, B. R. (2011). Diabetes management: Optimizing roles for nurses in insulin initiation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 15-24.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise les concepts clés : la gestion du diabète, le rôle et l'optimisation de l'infirmière dans l'initiation à l'insuline mais ne précise pas la population de l'étude.

Résumé	<p>Le résumé est synthétisé et clairement résumé mais les différents points tels que la méthode et les résultats n'y figurent pas clairement.</p> <p>Résumé : le diabète de type 2 est un problème majeur de santé publique. Le dépistage et le diagnostic précoce suivi par des interventions de traitement rapides et agressives peuvent aider dans la progression du diabète et de ses complications. Les infirmières sont souvent les premiers membres de l'équipe de soins de santé à interagir avec les patients et sont appelées à appliquer leurs connaissances spécialisées, la formation et les compétences pour éduquer et motiver les patients diabétiques sur l'utilisation de l'insuline et des moyens pratiques pour atteindre les objectifs de traitement. Les infirmières cliniciennes spécialisées possèdent la formation et des compétences spécifiques pour fournir ce niveau de soins, tandis que le personnel ou les cabinets d'infirmières peuvent être formés par des médecins pour remplir un rôle spécifique à la tâche. Ce manuscrit examine les avantages du contrôle glycémique intensif dans le diabète de type 2, les objectifs thérapeutiques et les lignes directrices, les progrès de la thérapie à l'insuline et la contribution des infirmières à surmonter les obstacles à l'initiation à l'insuline et les aspects connexes de soins du diabète. Les infirmières sont particulièrement bien placées pour combler les lacunes et améliorer l'efficacité des soins de santé liée au diabète en aidant les patients atteints à l'initiation à l'insuline et à d'autres aspects de l'autogestion de la glycémie.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement formulé, et approprié dans le contexte actuel et est en lien avec la discipline infirmière qui joue un rôle de première ligne dans cette problématique :</p> <p>Le diabète est un problème de santé publique très préoccupant associé à long terme à de graves conséquences et à l'escalade des coûts des soins de la santé, avec une incidence sans cesse croissante (-90% entre 1997 et 2007) ainsi que sa prévalence (4.8 à 9.1 pour 1000 aux US) Avec ces statistiques alarmantes, le rôle des infirmières pour aider les patients à contrôler leur diabète de type 2 associé à la morbidité et la mortalité est de plus en plus important. Les infirmières, sur les lignes de front, peuvent dépister les patients pour le diagnostic précoce de diabète, reconnaître et prendre des mesures correctives pour les régimes de traitements inadéquats, aider les patients à définir et à atteindre des objectifs thérapeutiques et évaluer les complications liées au diabète à mesures qu'elles surviennent. Ce faisant, elles peuvent jouer un rôle actif dans l'éducation des patients au sujet de la nature progressive du diabète de type 2 et</p>

	<p>l'importance en premier, de la thérapie intensive. Basé sur une prépondérance de la preuve d'un certain nombre d'études historiques, un traitement intensif pour obtenir un contrôle glycémique optimal est associé à une moindre incidence des maladies cardiovasculaires et des complications micro vasculaire. Les organisations professionnelles du diabète, telles que l'American Diabetes Association (ADA), The American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), and the European Association for the Study of Diabetes (EASD), ont fixé des objectifs agressifs dans leurs lignes directrices pour le contrôle glycémique. Parce qu'environ 2 personnes sur 3 ne parviennent pas à répondre à l'objectif cible de l'HbA1C à 6.5% ou moins, 20 gestionnaires du diabète peuvent profiter plus profondément, d'une participation plus directe des infirmières.</p>
Recension des écrits	<p>Cet article est un guideline.</p> <p>De ce fait, cette recension ne permet pas de dire si elle constitue une base solide pour l'étude et si elle est cohérente et clairement en lien avec le problème et le but de l'étude.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts ne sont pas clairement mis en évidence. Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente ne sont pas explicitées.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but est clairement défini : Le but de ce manuscrit est de passer en revue les avantages des contrôles glycémiques intensifs dans le diabète de type 2, les buts thérapeutiques et les lignes directrices, les progrès de la thérapie à l'insuline et la contribution des infirmières à surmonter les obstacles à l'initiation à l'insuline et les aspects connexes des soins du diabète.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche ou d'hypothèse énoncées.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La méthode n'est pas explicitée dans l'article. L'on peut déduire que la population étudiée est les personnes qui souffrent de diabète de type 2.</p>
Considérations éthiques	<p>Il n'y a pas d'information à ce sujet.</p>
Devis de recherche	<p>-</p>
Modes de collectes de données	<p>Il n'y a pas d'information sur la sélection d'articles.</p>
Conduite de la recherche	<p>Il n'y a pas d'information sur la conduite de recherche d'articles.</p>
Analyse des données	<p>Il n'y a pas de méthode d'analyse décrite.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	Les résultats sont présentés à l'aide de graphiques, de tableaux et par un texte narratif.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Différents thèmes sont expliqués, analysés et des recommandations sont données à propos de l'initiation à l'insuline, des résistances et des réticences des patients et du rôle de l'infirmière à ce propos.</p> <p>L'initiation précoce de l'insuline pour améliorer la gestion du diabète</p> <p>Le dysfonctionnement des cellules bêta et la résistance à l'insuline est le défaut physiologique principal responsable du développement de l'hyperglycémie. Chroniquement, une glycémie élevée compromet davantage la fonction de la cellule bêta, pour aboutir finalement à un arrêt complet de la production d'insuline. Dans le stade précoce du diabète de type 2, les patients peuvent être en mesure d'hyperglycémie de contrôle avec la thérapie par médicament antidiabétique oral (OAD). Cependant, la nature progressive du diabète de type 2 exigera que la plupart des patients changent finalement pour l'association médicamenteuse qui inclut l'insuline ou se convertissent complètement à l'insuline. Utilisée dans des doses adéquates, l'insuline est un des médicaments pour le diabète des plus efficaces, car elle peut diminuer le niveau élevé de l'HbA1C, ou le rendre très proche du but thérapeutique. Cela vaut pour les patients qui sont symptomatiques ou qui ont une HbA1C à 8.5%. Pour les patients sans symptôme ou avec des niveaux d'HbA1C qui sont mieux contrôlés, l'ajout d'une sulfonylurée peut être une seconde étape. Chez les patients traités dont l'HbA1C reste à 7.0% l'insulinothérapie doit être initiée ou la dose progressivement augmentée. Pour les patients avec une HbA1C initiale à 10%, l'insuline est recommandée comme traitement de première ligne. Le tableau 3 résume les principales différences entre les traitements par voie orale, des nouvelles thérapies pour la gestion du diabète (par exemple, les thérapies à base d'incrétine), les formulations d'insuline et des dispositifs d'injection commodes pour la délivrassions d'insuline. Les approches d'initiation à l'insuline devraient être personnalisées aux besoins des patients. Le tableau 4 donne un aperçu de 3 façons communes d'initier l'insuline. L'information sur le dosage spécifique dépend de la méthode utilisée, et les informations de prescription doivent être consultées, notamment pour des produits d'insuline qui sont choisis et individualisés pour le patient.</p>

La flexibilité dans le traitement du diabète et la qualité de vie : impact de l'insuline analogue et des stylos

Les préoccupations des patients au sujet de la flexibilité et le mode de vie, tels que les perceptions erronées au sujet des horaires des repas et de la nécessité de porter des flacons d'insuline, des aiguilles et des seringues, peuvent être des obstacles majeurs à l'initiation à l'insuline. Les infirmières peuvent intervenir et aider les patients à identifier et transiter vers des thérapies qui sont flexibles, simples, pratiques et bien adaptées aux modes de vie de leurs patients afin que l'adhérence et la qualité de vie soient maximisées. Les vieilles formulations d'insuline (par exemple la protamine neutre Hagedorn (NPH) et l'insuline régulière) sont caractérisées par la pharmacocinétique imprévisible et le profil de temps d'action par la pharmacodynamique qui produisent des effets variables. Quand la physiologie ou le cours normal de la réponse insulinique à l'apport alimentaire ne se reproduit pas, l'hypoglycémie et le gain de poids peut se produire. Ces effets indésirables, à leur tour, peuvent entraîner un faible degré de satisfaction et une mauvaise observance thérapeutique. Heureusement, les choix de formulations et les systèmes de livraison d'insuline ont considérablement augmentés dans la dernière décennie. Les analogues de l'insuline ont été spécifiquement conçus pour imiter la réponse à l'insuline physiologique du corps. Les analogues de l'insuline à action prolongée (Glargine et Detemir) présentent des avantages importants par rapport à NPH. En raison de leur longue durée d'action, ils peuvent être administrés une fois par jour en tant qu'injections. L'absence d'un pic distinct de l'activité de l'insuline et une moins grande variabilité des taux d'insuline plasmatique après l'injection représentent un risque inférieur d'hypoglycémie, en particulier la nuit, quand il y a un long délai entre les repas. Malgré une efficacité similaire en termes de réduction de l'HbA1C et la glycémie à jeun (FPG), la plupart des études ont montré un risque faible d'hypoglycémie, de 22 à 47% et un risque de 25 à 34% de moins d'hypoglycémies sévères à l'insuline analogue par rapport à NPH. Pour les patients dont la préoccupation est le gain de poids supplémentaire lors de l'initiation à l'insuline, Detemir est un bon choix; il a été démontré qu'il provoque 1.4 à 1.6 kg de moins de gain de poids, en moyenne, que NPH. Dans une étude, les patients de diabète de type 2 avec un indice de masse corporelle élevé de base (supérieur à 35 kg/ m²) qui ont reçu Detemir ont perdu une moyenne de 0.5 kg par rapport à ceux recevant NPH, qui ont gagné en moyenne 2.4 kg, à des niveaux équivalents de contrôles de la glycémie. Les patients atteints de diabète de type 2 participant à une étude treat-to-target avec une insuline de bol basal ont pris significativement moins de poids (1.2 plus ou moins 4 kg)

lorsqu'ils étaient traités avec Detemir comparé à Glargine (2.7 plus ou moins 4 kg ; P= 0.001) Après 26 semaines, bien qui réalisant des réductions semblables de l'HbA1C (1.1% contre 1.3 %, respectivement) et avec une incidence d'hypoglycémie similaire). Le manque de prise de poids observé avec Detemir à action prolongée comparé avec NPH et Glargine rend idéal pour les patients diabétiques de type 2 qui ont tendance à être en surpoids et pour qui la prise de poids pourrait présenter des risques pour la santé supplémentaires.

Les analogues de l'insuline à action rapide (Lispro, Aspart et Glulisine) ont amélioré les profils de temps d'action qui offrent également plusieurs avantages par rapport à l'action rapide de l'insuline régulière. Ces avantages comprennent une meilleure efficacité dans la réduction postprandiale du glucose (PPG), une sécurité accrue en raison d'un plus faible risque de retard d'hypoglycémie postprandiale, moins de variabilité du glucose dans le sang, et une plus grande flexibilité du dosage dans l'heure du repas et dans le timing des injections. Le déclenchement de l'action est compris entre 5 et 15 minutes par rapport à l'insuline régulière qui est entre 30 et 60 minutes. Les analogues à action rapide peuvent être injectés immédiatement avant, ou même après, le repas commencé. La flexibilité du repas peut avoir un impact positif sur la qualité de vie et promouvoir la satisfaction de l'adhésion au traitement.

Les analogues de l'insuline pré mélangée, contenant à la fois une longue durée d'action et une formulation à action rapide, peut offrir encore plus de simplicité et de commodité pour les patients et fournissent un excellent contrôle glycémique, bien que parfois au détriment de plus d'hypoglycémies et de gain de poids. Trois insulines analogues pré mélangées (insuline Asparte bi phasique 70/30, l'insuline Lispro 75/25 et de l'insuline Lispro 50/50) sont disponibles aux Etats-Unis et entrent dans des dispositifs de stylos faciles à utiliser. Les patients, dans une étude d'insuline pré mélangée, ont atteint des niveaux d'HbA1C plus inférieurs qu'avec l'insuline basale 1 fois par jour. (7.1% contre 7.7 % respectivement ; P, 0.001) avec une semblable de faible occurrence d'événements d'hypoglycémie (0.8 vs 0.5 par personne par mois, respectivement). Un examen complet comparant les insulines pré mélangées aux insulines basales a noté qu'une administration deux fois par jour d'une insuline pré mélangée diminue l'HbA1C entre 1% et 2.7% contre 0.4 et 2.4% avec l'insuline analogue basale (P, 0.01), avec globalement des hypoglycémies légèrement plus hautes et des hypoglycémies nocturnes similaires ou sévères.

L'utilisation d'un flacon avec une seringue peut être difficile et fastidieux, en particuliers pour les patients ayant une déficience visuelle liée aux perturbations du diabète, des problèmes de dextérité, ou des déficiences physiques. Aujourd'hui, les stylos d'insuline pré remplis plus favorable

au patient avec des insulines analogues sont discrets et commodes et peuvent aider les patients à surmonter l'embarras social associé à l'auto-injection, conduisant à une augmentation de l'adhérence. Ces dispositifs sont également équipés d'aiguilles plus petites, moins intimidantes qui ont une jauge plus mince que les aiguilles classiques et peuvent aider à dissiper l'anxiété liée à l'aiguille.

Selon un avis sur la confiance et la commodité des systèmes d'administration d'insuline, l'insuline administrée avec des dispositifs de stylos pré remplis comparée avec des flacons et des seringues traditionnelles permet d'améliorer l'adhésion, moins d'événements hypoglycémiques, de réduire les visites au service d'urgence et chez les médecins, une meilleure qualité de vie, un dosage plus précis, et des coûts de traitement annuels inférieurs, ce qui réduit un bon nombre d'obstacles associés à l'utilisation de l'insuline. Les infirmières ont signalé un niveau élevé de satisfactions des patients avec les stylos. Dans une enquête de satisfaction de 11 mois, la majorité (69%) des infirmières ont trouvé une amélioration de l'administration de l'insuline avec les stylos sur la méthode conventionnelle basée sur la commodité, la simplicité et la facilité d'emploi et le temps de préparation lors de l'administration de la dose d'insuline.

Approximativement 44% d'infirmières ont aussi rapporté qu'il a fallu moins de 15 minutes pour instruire aux patients l'utilisation des stylos tandis que 28% d'infirmières à rapportées qu'elles avaient eu besoin de 15 minutes ou moins pour instruire les patients à l'utilisation des fioles conventionnelles et des seringues.

La mise en œuvre d'un algorithme de titration d'une insuline axé sur le patient

Une fois que l'insuline est initiée, un algorithme de titration d'insuline simple, axé sur le patient peut être enseigné ce qui permet aux patients de prendre le contrôle actif de sa propre gestion du diabète. Après une évaluation minutieuse du niveau de confort du patient ainsi que la capacité à comprendre et à démontrer les informations correctement lues, les patients reçoivent un outil de titrage imprimé dans lequel ils peuvent enregistrer l'heure du coucher et de la glycémie à jeun et faire des petites doses de titrages en conséquence. Cette pratique peut augmenter le taux de contrôle de la glycémie, l'améliorer ainsi que les impliquer activement dans leur propre régime d'insuline. Les exemples d'algorithmes de titration d'insuline adressés au patient très efficaces peuvent être trouvés dans cette littérature. Dans une étude, les patients ont simplement testé leur FPG et ajusté leurs doses d'insuline basale en conséquence. Pour une FPG inférieure à 80mg/dl (4.44 mmol/L), l'insuline a été titrée en baisse de 3 unités ; si la FPG était entre 80 mg/dl et 110 mg/dl

(4.44 à 6.11 mmol/l), les unités sont restées inchangées ; si la FPG était supérieure à 110 mg/dl (6.11 mmol/dL), l'insuline a été ajusté jusqu'à 3 unités. Le contrôle de la glycémie réalisé dans l'algorithme du patient était équivalent à la thérapie d'insuline titrée par le médecin.

Le rôle unique des infirmières dans le type d'éducation et la gestion du diabète de type 2

Les infirmières cliniciennes spécialisées (CNSS), spécialisées dans le diabète et formées pour comprendre les aspects comportementaux de la vie avec une maladie chronique, sont particulièrement bien placées pour fournir l'éducation du patient et donner l'encadrement nécessaire pour promouvoir l'auto-gestion du diabète.

L'entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle est un style de conseil centré sur le patient passif qui peut être utilisée pour encourager des patients à résoudre leur propre préoccupation concernant leur santé. C'est une approche idéale pour identifier les raisons pour lesquelles les patients hésitent à s'initier à l'insuline. Les infirmières posent des questions qui sont directives, conçues pour obtenir les perceptions des patients sur les avantages et les inconvénients de la thérapie à l'insuline, ou ce qui motive le patient à changer certains comportements. Après avoir écoutées attentivement les réponses individuelles, la technique implique la répétition en arrière de ce que le patient a dit sans essayer de le persuader; offrant au lieu de cela l'acceptation et le renforcement, soulignant la liberté de choix et d'auto-direction. Structurée de cette manière, l'infirmière est mieux à même de déterminer la capacité ou l'empressement d'un patient pour le changement de la discussion. Rollnick et Meunier ont écrit, « l'interview motivationnel n'est pas une technique pour duper les gens à faire ce qu'ils ne veulent pas faire. Au contraire, c'est un style de clinique habille pour susciter chez les patients leurs propres bonnes motivations pour faire les changements de comportement dans l'intérêt de leur santé. Ça implique de guider plus la direction, danser plutôt que lutter, l'écoute au moins autant que le récit. « L'esprit » global a été décrit comme collaboratif, évocateur, et le respect de l'autonomie du patient ».

Explorer les barrières des patients à l'insuline et utiliser et détruire les mythes de l'insuline

Les infirmières peuvent utiliser l'entrevue motivationnelle dans le cadre du processus de constructions de rapports pour explorer les croyances du patient sur l'insulinothérapie et ensuite commencer doucement pour repositionner l'insuline dans une lumière positive. Les

barrières des patients tombent généralement sous un certain nombre de catégories définissables : le démenti du besoin de l'insuline ; les idées fausses sur l'insuline ; les craintes de l'injection ; la prise de poids et l'hypoglycémie et les complexités d'utilisation de l'insuline. En suivant une approche systématique, les obstacles des patients peuvent être identifiés, clarifiés et être surmontés. Certains scénarios communs relatifs aux obstacles et aux stratégies pour les aborder et les surmonter sont :

- Demandez aux patients s'ils comprennent que la plupart des patients ayant un diabète de type 2 ont finalement besoin d'insuline, puis renforcez l'idée que l'insuline, lorsqu'elle est initiée rapidement, peut aider à retarder la progression de la maladie.
- Transmettez que l'initiation de l'insuline est une stratégie de traitement bien établie. Le besoin de l'insuline ne reflète pas d'un échec de la part du patient, mais une progression naturelle de la maladie. Cela devrait aider à corriger la fausse idée que le diabète est très grave s'ils ont besoin d'insuline et devrait contribuer à assainir l'air du démenti ou de la crainte.
- Fournissez des informations sur les lignes directrices nationales et expliquez que les lignes directrices sont fondées sur des études historiques et des années de recherches. Les patients apprécieront l'apprentissage des études de l'infirmières et se sentiront probablement plus confiants et auront du pouvoir sur leur maladie.
- Identifiez et dissipez les idées fausses au sujet de la thérapie à l'insuline entraînant des complications telles que l'insuffisance rénale ou la cécité. Expliquez que ces complications peuvent effectivement être évitées si l'insuline est initiée plus tôt.
- Ecoutez les préoccupations spécifiques du patient sur le gain de poids et les hypoglycémies avec la thérapie à l'insuline. Dans ce cas, la connaissance de l'infirmière sur les insulines analogues devient une partie importante de l'éducation des patients. Profitez de l'occasion pour introduire au patient de nouvelles technologies, en expliquant que les analogues de l'insuline ont été spécifiquement conçues pour imiter la physiologie normale et qu'elle présente un risque plus faible d'effets indésirables, tout en fournissant un moyen efficace aux moyens de contrôles de l'hyperglycémie.
- Enseignez aux patients les symptômes de l'hypoglycémie et comment les reconnaître et les traiter eux-mêmes. Les préoccupations des

	<p>patients au sujet de l'hypoglycémie devraient également inciter à un recentrage de la discussion sur la nutrition. Expliquez aux patients qu'ils peuvent ressentir moins la faim et que le glucose sanguin est amélioré.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruisez les patients au sujet de l'anxiété par rapport aux aiguilles de nouvelles technologies, y compris des dispositifs de stylo et de fines aiguilles avec un revêtement qui les rendent plus confortable. Pour les patients qui expriment encore de l'anxiété face aux injections, demandez-leur de s'auto-administrer la première injection en votre présence. Si le moment ne convient pas dans la clinique/le bureau pour une dose d'insuline, encouragez l'injection de 5 « unités » de solution saline. Le plus souvent, la réponse du patient est « qu'est-ce ? Je ne l'ai même pas senti ! » L'angoisse de l'auto-injection à la maison sera nettement réduits. - Discutez des différences des jauges d'aiguilles afin que les patients expriment leurs inquiétudes sur la douleur de l'injection et sur le spectacle de la taille de l'aiguille sous-cutanée. Démontrez comment l'appareil du stylo d'insuline fonctionne par rapport au flacon et à la seringue traditionnelle pour souligner sa commodité, la petite taille de l'aiguille et la facilité d'utilisation. (69,70). Faites la même chose avec le dispositif de surveillance du glucose sanguin. - Répondez aux préoccupations au sujet de la complexité d'un régime d'insuline en discutant des insulines pré mélangées ou enseignez un algorithme dirigé vers le patient (voir la section précédente sur les algorithmes de titrage d'insuline axés sur les patients). Les dispositifs de stylos à insuline se sont également considérablement simplifiés pour l'administration de l'insuline. Parlez de la flexibilité autour de l'heure du repas et de l'action rapide que permettent les insulines à action rapide « injecter-manger ». - Renforcez le rôle du patient comme un décideur actif dans son propre traitement, tout en offrant des informations de direction et de support. <p>L'évaluation clinique de la thérapie d'insuline : un nouveau paradigme pour l'éducation du diabète et des soins par le CNS</p> <p>Les interventions éducatives organisées et exécutées par des infirmières et centrées sur l'autogestion des patients sont efficaces. Les infirmières et les médecins conviennent que les infirmières devraient jouer un plus grand rôle dans</p>
--	--

la gestion du diabète de type 2. Le CNS, avec la pratique avancée en matière d'éducation sur le diabète adulte, est idéalement adapté pour faire ceci. Les CNS ne sont souvent pas appelés à voir les patients individuellement pour l'évaluation de la thérapie à l'insuline ; cependant, il y a lieu d'utiliser les compétences de ce niveau de l'infirmière. Le bureau des infirmières du personnel est bien moins adapté pour ce rôle parce qu'il se concentre sur les soins actifs ou de soutiens de chaque médecin. L'étude DAWN suggère que, par rapport aux fournisseurs de soins primaires (PCP), les infirmières ont tendance à offrir une meilleure éducation, a passé plus de temps avec les patients, sont de meilleures auditrices et connaissent mieux leurs patients. En prenant le rôle d'un éducateur en diabète ainsi que le rôle de fournisseur de soins, une infirmière de pratique avancée comme le CNS améliorera la communication « fournisseur-patient ». Avec une formation adéquate et du temps avec les patients, les infirmières en pratique avancées seront en mesure de jouer un rôle plus important dans l'initiation et la gestion de la thérapie d'insuline. A titre d'exemple, la participation du CNS dans la gestion du diabète, les patients commencent à être renvoyés par des médecins à l'évaluation de la thérapie d'insuline (ITE) ou « le début de l'insuline » dans des cliniques dirigées par le CNSS. De telles cliniques accomplissent une variété de besoins des patients; la plupart des raisons communes aux références des patients par PCPS sont inscrites dans le tableau 6. A l'University of California Davis Health System (UCDHS), les cliniques ITE sont rattachées à plusieurs cliniques de soins primaires du réseau. CNSs marchent avec des références patientes du PCPs et voit des patients dans des incréments de 45 minutes. Tandis que la référence PCP désigne parfois un régime spécifique pour amorcer, le plus souvent, le CNS est invité à évaluer le patient et faire des recommandations pour l'initiation du traitement à l'insuline. Il n'est pas rare de voir des patients sous insuline de bol basal qui ne sont toujours pas contrôlés de façon optimale, comme en témoigne leur HbA1C. Ces patients recevront le conseil sur les hydrates de carbone, des défis nutritionnels, ou comment ajuster les doses de bol d'insuline, basées sur des niveaux de glucose sanguin utilisant des facteurs de corrections. L'utilisation de dispositifs délivreurs d'insuline et de moniteurs de la glycémie est examinée pour tous les patients en raison de problèmes techniques, les calculs et les pratiques d'injections des patients sont fréquemment rencontrés. Après chaque session de patient, les notes de soins infirmier sont entrées dans les ordres du dossier médical électronique. A l'heure actuelle, UCDHS envisage une nomination partagée de modèles dans lesquels plusieurs patients avec des renvois d'insuline sont considérés comme un groupe. Cette idée découle du Chronic Care Model (tableau 7) de 72 initiatives et devrait être une approche rentable. A plus petite échelle, le

	<p>concept ITE peut être adapté à un environnement de bureau. Le développement d'une équipe d'infirmières d'initiation à l'insuline en cabinet fournirait aux patients plus de tête à tête avec une infirmière pour l'instruction et le coaching. Les protocoles d'éducation au diabète peuvent être développés pour guider les infirmières à travers toutes les mesures nécessaires pour éduquer et responsabiliser les patients à participer à l'autogestion. L'infirmière en cabinet pourrait fonctionner d'une manière axée sur les tâches, fournissant un soutien pour les médecins ou le CNS dans un cabinet avec des réglages supervisés.</p> <p>Développer et participer à un suivi de plans de traitement</p> <p>En plus de gérer les besoins immédiats pour le contrôle du glucose (HbA1C, FPG, PPG), l'éducation et les cours pour les infirmières et des soins post-hospitaliers sont nécessaires pour aider les patients à garder le contrôle de leur diabète à long terme.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encouragez les patients à maintenir les niveaux recommandés de glucose dans le sang, la pression artérielle, la micro albuminurie et le cholestérol par le respect relatif à la thérapie. - Promouvoir le mode de vie dans les changements, tels que la planification des repas et l'exercice doux à modéré. - Etablir un calendrier pour les examens préalables de routine en temps opportun et pour les complications liées au diabète. - Préconisez la participation des patients dans des classes d'autogestion du diabète à un programme hebdomadaires de diabète reconnu d'ADA local. - Responsabilisez les patients avec toutes les informations, les outils et les formations nécessaires pour gérer avec succès leur diabète à la maison. - Renforcez l'importance du patient comme le décideur clé dans son propre soin, mais soulignez qu'il peut toujours compter sur les conseils de l'équipe de santé. - Reconnaissez que les heurts dans leur route doivent être attendus, les meilleures leçons apprises sont ceux que le patient comprend tout seul et l'autogestion des maladies chroniques nécessite une surveillance comportementale en cours. - Le stress et l'objectif de l'équipe de soins de santé tout entier est pour le patient les objectifs globaux qu'il doit atteindre et non pas la perfection.
Conséquences et recommandations	Les recommandations pour la pratique et les conclusions sont les suivantes :

	<p>Le rôle le plus précieux de l'infirmière en tant que gestionnaire de cas de diabète est d'assurer l'efficacité du traitement et de la satisfaction des patients. Les soins des patients atteints de diabète de type 2 doivent être adaptés vers des besoins individuels, à commencer par l'éducation et l'adoption d'un régime de traitement optimal. Les directives des organisations de niveau national, les composantes des routines quotidiennes des patients et les réponses individuelles à la thérapie sont parmi les nombreux facteurs à considérer lors de l'établissement d'objectifs de traitement. Pour les patients étant initiés à l'insuline, il est essentiel de comprendre et de surmonter tous les obstacles qui pourraient nuire à la réussite du traitement.</p> <p>Les analogues de l'insuline, les formulations pré mélangées d'insuline et les systèmes de délivrance de type stylo ont amélioré la sécurité, l'efficacité et la satisfaction des patients avec un diabète de type 2 et ont pratiquement éliminé la plupart des obstacles communs à la thérapie à l'insuline y compris l'hypoglycémie, le gain de poids et les inconvénients. Les infirmières devraient tirer parti de ces progrès médicaux et permettre aux patients de gérer eux-mêmes leur diabète afin qu'ils puissent améliorer la qualité de leur vie quotidienne ainsi que d'éviter des complications potentielles plus tard dans leur vie.</p>
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Jeavons, D., Hungin, A. P., & Cornford, C. S. (2006). Patients with poorly controlled diabetes in primary care: healthcare clinicians' beliefs and attitudes. *Postgraduate Medical Journal*, 82(967), 347-50.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Patients avec un faible contrôle de leur diabète dans les soins primaires : croyances et attitudes des professionnels de la santé. Titre clair à comprendre
Résumé	Le résumé comprend les points suivants : l'objectif, le design, le cadre, les participants, les résultats et la conclusion. Il est plutôt court et il n'y a pas de réelle partie sur la méthode. Cependant, on a une vue d'ensemble de l'étude menée.
INTRODUCTION	

Problème de la recherche	<p>Le diabète de type 2 affecte un grand nombre de personnes au UK. La plupart sont traités par les soins primaires. Il arrive que le traitement oral ne suffise plus à contrôler la glycémie. C'est à ce moment qu'il est recommandé de passer à l'insulinothérapie. Cependant, dans la pratique, les patients restent longtemps avec une glycémie non contrôlée.</p> <p>Il y a peu d'informations concernant les attitudes et les croyances des cliniciens dans le domaine du diabète de type 2, en particulier vers les patients qui ont un mauvais contrôle glycémique.</p> <p>Comprendre les attitudes et croyances des cliniciens en soins primaires impliqués dans les soins du diabète est important étant donné que la mise en oeuvre des lignes directrices actuelles doit être améliorée.</p> <p>Les auteurs mettent en évidence les points importants pour la compréhension de la problématique. L'introduction est construite de manière logique.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits permet de saisir la situation actuelle aux UK. On comprend qu'il y a un manque de connaissances concernant les idées des professionnels de la santé travaillant avec des diabétiques de type 2 ayant une glycémie non contrôlée. Par exemple, les auteurs se sont basés sur un rapport du diabète datant de 2004. La liste de références est présente en fin d'article. On peut observer des articles datant des années 80, cela leur a certainement permis de retrouver les recommandations de l'époque, il y en a sur la compliance, sur les traitements etc.</p>
Cadre de recherche	<p>Il n'y a pas de cadre théorique mentionné. Il est simplement dit qu'une approche exploratoire qualitative est utilisée. Elle a été jugée la plus appropriée compte tenu de la rareté des études explorant les points de vue des cliniciens de soins primaires sur les soins du diabète. Les groupes de discussion (focus group) ont été utilisés pour leur capacité à permettre aux participants de poursuivre leurs propres concepts et priorités, tout en permettant l'exploration de la façon dont les points de vue sont construits et exprimés.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement formulé à la fin de l'introduction : L'étude a pour objectif d'investiguer les idées des infirmières et des médecins au sujet des difficultés et incertitudes rencontrées dans les soins primaires dans le traitement des patients atteints de diabète de type 2 avec glycémie non contrôlée et qui reçoivent un traitement oral maximal.</p>
METHODE	

Population et échantillon	<p>4 focus groups composés de 4 à 8 participants (2 groupes avec médecins généralistes, 1 groupe avec des formateurs de médecin généraliste, 1 groupe d'infirmières). Ils sont tous du nord-est de l'Angleterre.</p> <p>Une liste des pratiques générales et des médecins généralistes a été obtenue à partir de l'autorité sanitaire. Les pratiques ont été appelées et une demande a été faite pour parler à un partenaire disponible. L'étude a été brièvement exposée et si ce médecin ne pouvait pas participer, il a été invité à désigner un de ses partenaires qui a été par la suite contacté de manière similaire. Aucune tentative n'a été faite pour inscrire les médecins ayant un intérêt particulier dans le diabète et un seul médecin dans chaque pratique a été recruté. Les médecins qui ont accepté de participer ont ensuite reçu des informations écrites sur l'étude. Les formateurs, identifiés à partir du système local de formation professionnelle, ont été contactés par téléphone et invités à participer.</p> <p>Les infirmières se réunissant régulièrement dans le cadre d'un groupe de soutien d'un groupe local de soins primaires ont été invitées, une de chaque pratique générale.</p> <p>La taille de l'échantillon n'a pas de base statistique, ici ou plus loin dans l'article cela n'est pas mentionné.</p>
Considérations éthiques	<p>Aucune mention de soumission de l'étude à un comité d'éthique. Cependant, on peut relever que les participants ont accepté de leur plein gré de participer à l'étude. De plus, il n'y pas d'expérience menée qui pourrait nuire à leur santé.</p>
Devis de recherche	<p>Etant donné que l'on travaille sur des croyances et des attitudes, un devis qualitatif a été utilisé. Le group focus permet de collecter des données allant dans ce sens. Aucune référence au temps passé avec les participants n'est précisée.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les groupes de discussion ont eu lieu dans un département universitaire et menés par l'un des auteurs (DJ) qui se présente comme un médecin généraliste menant des recherches sur la gestion du diabète de type 2. La discussion a été dirigée par un ensemble de questions ouvertes semi-structurées qui comprenait des sujets sur le rôle des soins primaires dans la gestion des patients atteints de diabète, sur ce que l'on entend par « échec du diabète », sur la compliance, sur le démarrage de l'insuline et sur les obstacles à des soins efficaces.</p> <p>Les interviews peuvent être utilisées avec les groups focus.</p>
Conduite de la recherche	<p>La discussion a été enregistrée et entièrement transcrite. Il n'est pas précisé qui a transcrit les discussions.</p>
Analyse des données	<p>Les transcriptions ont été saisies dans un logiciel pour faciliter l'analyse. Chaque groupe a d'abord été analysé de</p>

	<p>façon indépendante puis comparé entre les groupes. L'analyse a commencé après le premier groupe de discussion pour permettre aux thèmes et concepts émergents d'être incorporés et explorés dans les groupes de discussion ultérieurs. Les codes ont été élaborés directement à partir du texte en identifiant les catégories et les thèmes pertinents dans un processus itératif entre le texte et le processus d'organisation. Les transcriptions ont été codées de façon indépendante par deux des auteurs (DAJ et APSH).</p> <p>Il n'y a pas de résumé des résultats. Ils ne les abordent que dans la partie résultats.</p> <p>Les résultats complets et les sections de discussion de l'étude ont été transmis aux participants pour les inviter à commenter et à donner leur niveau global d'accord sur une échelle de Likert de cinq points avec un rappel. Sur les 23 participants, 21 ont répondu (87%). Deux participants ne sont pas contactables ayant déménagé à l'étranger. Tous ont indiqué être d'accord ou fortement d'accord avec les résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Il en ressort trois thèmes principaux : le rôle des soins primaires, la compliance et l'insuline. Aucun tableau ou figure. Les résultats sont uniquement exprimés au travers d'un texte narratif. Présence de quelques exemples de la discussion pour illustrer des propos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rôle des soins primaires : On a demandé aux participants le rôle des soins primaires dans la gestion des patients atteints de diabète → les soins primaires sont le meilleur cadre en termes de continuité, de cohérence, d'engagement et d'accessibilité pour la routine de la gestion du diabète. Néanmoins, des idées exprimées contredisaient cette image plutôt optimiste. Un manque de ressources a été mentionné, avec des demandes déjà débordées sur la podologie et la diététique. Cela a été jugé susceptible d'être de plus en plus problématique avec la prévalence croissante du diabète et l'utilisation croissante de l'insuline → augmente la charge de travail infirmier. Les infirmières ont été considérées comme très motivées et bien placées pour offrir la plupart des soins avec les médecins généralistes (en particulier ceux qui ont un intérêt dans le diabète) qui gèrent la gestion des problèmes complexes. Il a été estimé que les médecins généralistes manquaient d'expérience notamment dans le démarrage de l'insuline. • La compliance : L'animateur a déclaré que trop de patients semblaient mal contrôlés et a demandé

	<p>aux participants de définir "l'échec dans le diabète". On leur a demandé ce qu'ils pensaient de la gestion de ces patients, comment ils les ont gérés, les obstacles à une bonne prise en charge et, vers la fin de la discussion, ils ont été interrogés sur la compliance → beaucoup de définitions sur l'échec dans le diabète : définition biochimique, progression de la maladie comme étant la cause, une mauvaise observance. Tout au long des entretiens des exemples de bonne et de mauvaise observance ont été utilisés. Il y avait une implication morale claire avec des patients et des médecins qui étaient en faute : contrôle glycémique de plus en plus pauvre et le manque d'effort adéquat.</p> <p>Il semblait y avoir une incertitude sur la taille et la cause du problème de la compliance. Certains participants ont cité la littérature sur l'ampleur de la non-compliance, d'autres ont tiré de leur expérience des patients qui ne prenaient pas les prescriptions en temps opportun, et d'autres ont blâmé la compliance avec le régime plutôt qu'avec les médicaments. Il y avait une gamme de points de vue sur les causes de non-compliance : l'ignorance, la désinformation sur le diabète et ses conséquences à long terme. Les participants ont estimé qu'il était souvent difficile pour les patients d'être disciplinés à long terme pour maintenir un bon contrôle. D'autres difficultés mentionnées : faire deux menus au sein de la famille et les pressions des autres d'avoir une alimentation inappropriée. Les problèmes concernant l'observance de la poly pharmacie ont été discutés. Enfin, les participants ont mentionné les patients qui choisissent de ne pas se conformer à un traitement ou à un régime sur le long terme tout en étant conscients des conséquences.</p> <p>Une frustration considérable a été exprimée à traiter des patients de différentes origines ethniques. Bien que certains participants aient reconnu leur ignorance concernant les croyances culturelles différentes, d'autres ont estimé que les croyances culturelles interfèrent avec un bon contrôle de la glycémie. Par exemple, ils pensaient que les croyances culturelles comprenaient l'idée qu'être gros est plus sain et une aversion pour l'utilisation de la thérapie à l'insuline. Les problèmes de communication ont été mentionnés. Les participants ont discuté de différentes méthodes pour contrer une mauvaise observance. Une meilleure prestation de l'éducation a été jugée nécessaire. Certains pensaient que seuls les événements majeurs, comme un infarctus du</p>
--	---

	<p>myocarde pourraient améliorer la compliance des patients. " Thérapie de l'aversion par le choc " : utiliser des images explicites de complications. Elle a été discutée comme étant une méthode pour convaincre les patients de la gravité de leur état. Ils ont également estimé que les patients avaient besoin d'être habilités à assumer la responsabilité de leur propre diabète.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'insuline : Il a été demandé aux participants comment ils se sentaient au sujet de l'insuline pour les patients atteints de diabète de type 2 et de son rôle chez les patients âgés. Bien que la thérapie à l'insuline a été considérée comme bénéfique pour les patients atteints de diabète de type 2 avec un mauvais contrôle glycémique, il y a des réticences à la démarrer. Les cliniciens ont estimé qu'ils manquaient de familiarité avec les aspects pratiques de l'insuline à commencer le traitement. Il y a un besoin perçu de plus de soutien pour faciliter l'introduction de l'insuline. Ils ont aussi compris que les patients très résistants à l'insuline, considèrent ceci comme un échec et représente un stade plus grave associé à toutes les complications du diabète. Les cliniciens ont vu les patients comme ayant deux grandes craintes quant à l'insuline : une peur des aiguilles et des injections et la crainte de l'hypoglycémie. Le concept de collusion entre le médecin et le patient pour éviter l'insuline a également été soulevé. Cependant, ces idées ne sont pas universelles et certains participants ont mentionné que commencer l'insuline a été plus facile que prévu. Il y a un éventail d'opinions sur le rôle de l'insuline chez les patients âgés. Certains estiment que le traitement devrait être assez agressif indépendamment de l'âge. D'autres recommandent la prudence pensant que la capacité du patient âgé à faire face aux complications d'autres régimes était souvent limitée. Ils étaient préoccupés par les risques plus élevés d'effets secondaires et de leur potentiel. Une estimation réaliste du bénéfice potentiel pour la personne âgée d'intensifier leur traitement a été jugée nécessaire.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	Un résumé des résultats : Les soins primaires ont été considérés comme la situation idéale pour gérer la plupart des patients atteints de diabète, y compris les patients dont le contrôle glycémique était problématique. Cependant, les ressources ont été considérées à peine

suffisantes actuellement et il y a des préoccupations au sujet de l'aggravation des problèmes avec un nombre croissant de patients atteints de diabète, et une utilisation accrue de l'insuline. Les médecins généralistes manquent de compétences pour initier une insulinothérapie, et la nécessité de la participation des infirmières diabétologues a été discutée pour l'initiation de l'insulinothérapie.

Biais : Le leader des groupes de discussion était connu par un certain nombre de participants. Ceci, dans les études qualitatives, peut faciliter une discussion de cas cliniques riches mais introduit d'autres biais. Cependant, le choix d'une approche de groupe de discussion dilue l'effet de la personnalité du chercheur.

L'échec du contrôle du diabète : L'animateur a demandé aux groupes de définir les patients diabétiques en échec, il y a eu une grande discussion autour de ce sujet et il était évident que les patients diabétiques en échec avaient des significations multiples pour les participants, qui comprenaient les questions autour de la compliance, l'effort insuffisant pour maintenir un bon contrôle et la culpabilité partagée par le patient et les professionnels. Cependant, les attitudes envers l'insuline semblent positives, ce qui contraste avec les études antérieures et peut refléter les récents progrès. Il y a des différences entre les participants en ce qui concerne l'utilisation de l'insuline chez les patients âgés.

Compliance : Les participants ont parlé de la nécessité d'éduquer les patients. Parfois, cela signifiait de fournir des informations d'autres fois il y avait le sens du renforcement des connaissances déjà connues, l'encouragement et le renforcement du message que le diabète est une maladie grave. Les participants ont vu les patients comme étant réticents à commencer l'insuline, craignant des aiguilles, et le risque d'épisodes hypoglycémiques. Ils ont estimé que certains patients voyaient l'insuline comme représentant un échec, associé à des complications inévitables. La littérature antérieure suggère que les cliniciens ont tendance à être plus pessimistes que les patients et à surestimer les barrières pour observer le traitement. Une autre raison de la non observance qui ressort de cette discussion : Si les professionnels définissent le patient diabétique défaillant en termes de compliance, il semble probable que la gestion de ces patients sera vue en termes d'amélioration de la compliance par l'éducation et un contrôle strict. L'introduction de la thérapie à l'insuline est susceptible alors de prendre une priorité inférieure et être retardée.

Les différentes ethnies : les médecins sont désengagés de la gestion active des patients de minorités ethniques, l'un des groupes les plus démunis des patients diabétiques. L'échec du traitement par voie orale dans le diabète de type 2 a été considéré ici comme un problème grave nécessitant un traitement efficace. La réticence pour commencer l'insuline est encore apparente, mais les

	<p>raisons ont changé. Les doutes passés existaient quant à l'efficacité de l'insuline pour les patients atteints de diabète de type 2. Ici l'insuline a été considérée comme efficace, mais il y a une résistance en raison d'un manque de soutien, d'un déficit de compétences, et un manque de confiance et d'expérience dans le démarrage de l'insuline.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Un degré de spécialisation dans le diabète a été considéré comme une mesure de plus en plus nécessaire pour faire face à la complexité des soins du diabète moderne.</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer le rôle des infirmières spécialisées en diabétologie dans les soins primaires est crucial, si plus de patients atteints de diabète mal contrôlé doivent recevoir de l'insuline, afin de fournir les connaissances, les ressources, l'expérience et aussi pour un changement d'attitude.• La recherche pointe le besoin d'explorer ce que les patients pensent au sujet du manque de contrôle.

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Valinsky, L., Mishali, M., Heymann, A., Endevelt, R., Preiss, R., & Dopelt, K. (2013). Reducing resistance to treatment, through group intervention, improves clinical measurements in patients with type 2 diabetes. *Bmc Endocrine Disorders*, 13(1), 1-7.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Réduire la résistance au traitement, grâce à l'intervention de groupe, améliore les mesures cliniques chez les patients atteints de diabète de type 2. Le titre ne précise pas si cela concerne des diabétiques type 2 adultes ou non. On comprend bien que l'étude se porte sur la résistance.
Résumé	Le résumé met clairement en évidence la problématique ainsi que l'objectif, la méthode, les résultats, la conclusion. Il est clair et précis, on a déjà une vue d'ensemble sur l'étude.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le diabète de type 2 est une maladie qui coûte cher pour les systèmes de santé. Les complications, qui sont principalement dues à des échecs de traitement, sont causées par un manque de self-management de la maladie plutôt que par un manque d'organisation des ressources investies. La résistance au traitement, a été identifiée comme un instrument fiable pour mesurer le degré auquel les patients sont en mesure d'accepter et de faire face aux différents aspects de la gestion du diabète, y compris : l'acceptation psychologique, l'équipe soignante, l'acceptation émotionnelle et l'acceptation globale du diagnostic et ses implications quotidiennes. En outre, la résistance au traitement a été trouvée pour être associée à l'auto-efficacité et la volonté de changer, et est donc un substitut raisonnable pour la mesure de la responsabilisation du patient.
Recension des écrits	Une recension est présente, et permet de bien comprendre la problématique. Des auteurs comme Golay et Lager sont cités. Les sources proviennent principalement d'articles édités dans divers journaux. Il y a aussi une revue systématique et deux ouvrages. Cette recension fait une mise à jour des connaissances actuelles sur le domaine de l'éducation thérapeutique, par exemple : Nous sommes passés d'une approche didactique à des approches d'autonomisation des patients et il est clair maintenant que les programmes intégrant des stratégies comportementales et psychosociales avec

	ou sans adaptation culturelle et ethnique ont démontré une amélioration des résultats.
Cadre de recherche	Le cadre théorique utilisé est le modèle trans-théorique ou modèle de croyance à la santé. Plusieurs articles à ce sujet sont présents dans la liste des références. Par contre, il n'y a pas d'explication de la théorie dans l'article. Pas de définition des concepts.
Buts et question de recherche	L'objectif de cette étude est d'examiner l'efficacité des groupes de diabète dans la réduction de la résistance au traitement et à l'association entre la résistance réduite et une meilleure gestion de la maladie.
METHODE	
Population et échantillon	<p>Les auteurs ont proposé des interventions de groupe structurées, avec un très modeste co-paiement, pour autonomiser les patients en améliorant leurs connaissances, les outils et le soutien. Le modèle d'autonomisation est basé sur l'hypothèse que pour améliorer leur santé, les gens doivent apporter des changements pas seulement dans leur comportement personnel mais dans leur situation sociale et dans leur environnement qui influence leur vie. Ce modèle d'autonomisation a évolué à partir de la réalisation que les patients ne peuvent pas être forcés à suivre un style de vie dicté par autrui.</p> <p>Ces groupes d'intervention sont gérés par une équipe spécialement instruite et composée d'une infirmière diabétologue, une diététicienne et un travailleur social formé dans le conseil psychosocial.</p> <p>L'intervention comprend 8 rencontres sur une période de 2 mois et les conjoints sont invités à participer. Les sujets abordés sont : connaissance de la maladie, résistance au traitement, médicaments, nutrition, motivation pour changer, faire face aux exigences de la maladie dans les différents milieux sociaux.</p> <p>L'évaluation a eu lieu entre septembre 2007 et septembre 2008 en Israël.</p> <p>Tous les participants ont été invités à participer à l'étude par téléphone. Le but de l'étude leur a été expliqué et leur consentement demandé. Ceux qui ont accepté de participer ont dû se présenter lors de la première rencontre pour signer un consentement éclairé et remplir le premier questionnaire. Il n'est pas précisé comment les personnes ont été sélectionnées. Nous savons seulement qu'elles ont un diabète de type 2.</p>
Considérations éthiques	L'intervention et l'évaluation de l'étude ont été approuvées par le comité local d'éthique.
Devis de recherche	C'est une recherche de type quantitative.

<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Un questionnaire RTQ validé a été utilisé pour mesurer la résistance au traitement. Le RTQ est constitué de 4 thèmes et de 40 items pour mesurer les raisons fondamentales pour la non-observance du traitement : 1) Insatisfaction avec un traitement ou une équipe (thérapie); 2) raisons émotionnelles (Emotions); 3) problèmes ou contraintes spécifiques (difficultés); et 4) facteurs liés au désespoir et à l'échec (Désespoir). Les scores varient entre 1 (très faible résistance) et 5 (résistance très élevée). En outre, le questionnaire comprend des éléments concernant la situation de famille ; la disponibilité du soutien social; le niveau d'éducation; l'âge et le sexe.</p> <p>Afin de mesurer le degré de contrôle du diabète, les mesures cliniques suivantes ont été incluses : HbA1C ; la pression artérielle systolique et diastolique ; le cholestérol HDL et LDL; triglycérides et l'indice de masse corporelle (IMC). Ces variables ont été récupérées à partir des dossiers informatisés MHS.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Des questionnaires ont été administrés à trois moments : au recrutement (base T1) ; huit semaines plus tard (à la dernière réunion de l'intervention) (T2); et six mois plus tard (T3). Les mesures cliniques ont été obtenues à T1 et T2, et 1 an après l'intervention (T3). La figure 1 permet de bien visualiser ces diverses périodes de temps.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>Pour chaque objet du RTQ, les participants ont été divisés en deux groupes : ceux qui ont obtenu la réduction au T2 (delta entre T2 et T1 < 0 - groupe 1) et ceux qui ont échoué à parvenir à une réduction (delta entre T2 et T1 = > 0 - groupe 0).</p> <p>Pour chaque objet du RTQ, ils ont analysé les variables démographiques entre les groupes d'étude en utilisant des techniques Chi carré et T-test, selon les besoins.</p> <p>Comme il y a une conception asymétrique des mesures répétées → application des modèles linéaires mixtes. Les variables dépendantes sont les mesures cliniques. Les facteurs indépendants fixes sont le moment de la mesure (T1, T2 et T3) et « changement de résistance » des groupes.</p> <p>Les sujets ont été entrés dans le modèle comme un facteur aléatoire (puisque'il y a des mesures répétées pour chaque sujet). Pour chaque variable dépendante, deux modèles établis. Dans le premier modèle, deux effets principaux inclus : le temps et le groupe afin d'évaluer si les deux groupes diffèrent dans les mesures de base. Dans le second modèle, une interaction entre le groupe et le temps (groupe * temps) afin d'obtenir l'estimation de la variation de la variable dépendante en fonction du temps dans chaque groupe. Tous les modèles ont été ajustés en fonction de l'analyse univariée (Tableau 1).</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Au cours de la période d'étude, 26 groupes éducatifs ont été offerts aux patients dans les régions sélectionnées. Des 210 participants de ces groupes, 157 (75%) ont complété le RTQ et ont des données cliniques au T1; 156 (74 %) à T2 et 106 (50 %) à T3. Les calculs de la taille de l'échantillon ont révélé une puissance statistique suffisante pour 5% et 50% pour les erreurs alpha et bêta respectivement.</p> <p>Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre le total des groupes d'étude de la résistance à la ligne de base (T1) ; T2 et T3 (tableau 2).</p> <p>Le niveau d'éducation était statistiquement différent entre les groupes d'étude dans le sujet du désespoir.</p> <p>Les groupes d'étude ont été jugés statistiquement et significativement différents dans tous les sujets de résistance au départ (baseline), ce qui signifie que le score du groupe 1 était plus élevé que celui du groupe 0 (tableau 3).</p> <p>Les résultats des modèles linéaires mixtes n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes d'étude au départ dans toutes les mesures cliniques (tableau 4).</p> <p>HbA1C a été significativement réduite dans le groupe 1 entre les périodes de temps, dans les sujets : Désespoir ; Difficulté et Émotion, tandis que le groupe 0 réduit HbA1C dans le sujet de la thérapie et de la résistance totale. La pression artérielle diastolique a été réduite dans le groupe 1 dans tous les sujets RTQ cependant, la pression artérielle systolique a été réduite dans le groupe 1 seulement dans les sujets Difficulté et Thérapie. Pour les autres mesures cliniques, aucun changement significatif n'a été observé (tableau 4).</p> <p>A la fin de l'article sous contribution des auteurs, il est dit qui de tel ou tel auteur a participé à telle ou telle partie de l'étude (design de l'étude, analyses des données, administration des questionnaires, etc.).</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les principaux résultats suggèrent que les patients atteints de diabète de type 2 qui ont participé à des groupes ETP et qui ont réussi à réduire leur résistance au traitement ont réalisé un meilleur contrôle de la maladie qui a été maintenue pendant au moins un an de suivi. La réduction obtenue est non seulement statistiquement mais cliniquement significative dans la plupart des cas.</p> <p>Les participants, dont la résistance au traitement a été significativement réduite, étaient ceux qui ont commencé l'intervention avec des niveaux plus élevés de résistance. Cela indique une régression de l'effet moyen, ou que l'ETP était en fait plus efficace pour ceux qui ont eu plus de difficultés à faire face au diabète. Ainsi, à ce stade, nous</p>

	<p>pouvons conclure que pour l'ETP, il serait plus efficace de recruter les patients moins motivés qui font face moins bien.</p> <p>L'hémoglobine glycosylée (HbA1C) était la mesure clinique la plus significative qui a été réduite en alignement avec la réduction de la résistance au traitement. Cela peut indiquer que vaincre la résistance au traitement est cruciale pour une meilleure gestion du diabète et que les changements de comportement obtenus influencent l'adhésion aux médicaments et aux directives diététiques. D'autre part, la pression artérielle a été réduite, mais pas toujours significativement entre les sujets de résistance, et pour d'autres mesures cliniques: cholestérol; triglycérides et IMC aucune réduction significative n'a été observée dans les deux groupes d'étude. Il n'y a aucune explication claire pour cela, mais il est possible que ce soit parce que le diabète était au centre de l'ETP et le programme met l'accent sur la gestion du diabète. Ils ont analysé ces variables pour attribuer un effet indirect.</p> <p>La résistance au traitement a été suggérée par des études antérieures, comme un facteur important dans le succès des modifications de style de vie et dans la réalisation des résultats escomptés, principalement chez les patients ne présentant aucun symptôme clair, comme cela est le cas dans la plupart des patients diagnostiqués avec le diabète. La résistance des personnes atteintes de diabète au traitement et ses raisons sont mal comprises. Les patients comprennent souvent le besoin de traitement ou le changement de style de vie et ont même l'intention de faire des changements dans leur style de vie, mais en pratique ils ne mettent pas nécessairement des actions en place pour opérer ces changements. Ceci peut être expliqué en partie par des modèles théoriques, tels que le modèle trans théorique, qui met l'accent sur les processus verbaux et comportementaux qui sont associés à quatre étapes du changement : réflexion sur le changement, de prendre une décision de changer; changement actif et l'entretien, en plus de l'auto-efficacité et la croyance des patients dans leur capacité à faire ce changement.</p> <p>L'auto-efficacité et de faibles niveaux de résistance au traitement ont été bien documentés comme ayant un impact sur l'observance du traitement et donc joue un rôle dans le résultat clinique.</p> <p>En outre, il a été suggéré que la mesure de l'auto-efficacité pourrait jouer un rôle important dans la gestion du diabète, afin d'identifier où le patient est le plus susceptible d'adhérer à un traitement recommandé. Ils n'ont pas mesuré l'auto-efficacité, car une corrélation robuste et négative a été trouvée entre l'auto-efficacité et la résistance au traitement (plus la résistance au traitement est élevée, moins est confiant le patient dans son/sa capacité à gérer la maladie).</p> <p>Dans l'étude, tous les quatre éléments de base de résistance étaient également associés à l'amélioration des</p>
--	---

	<p>résultats cliniques biochimiques. La réduction du taux d'HbA1c était associée à une réduction des sentiments de désespoir, des difficultés et des émotions et la réduction de la pression artérielle était associée principalement avec les difficultés et les émotions. Il est possible que la réduction de la résistance au traitement à un niveau émotionnel, améliore l'acceptation du diabète et de l'hypertension comme une maladie chronique asymptomatique, et une fois que la barrière émotionnelle est surmontée les changements réels évoluent. A titre de comparaison, la perte de poids, par exemple, est associée à un type différent d'acceptation qui nécessite un ensemble différent de changements de style de vie.</p> <p>Les limites : l'évaluation des changements dans les résultats avant et après l'intervention sans groupe témoin. Les sujets de l'étude ne sont pas répartis au hasard. Seuls ceux qui ont accepté de prendre part au processus ont participé et ont été suivis jusqu'à T3. Cela conduit probablement à un biais de sélection. Toutefois, lorsqu'une intervention est une partie intégrante des soins cliniques il n'y a pas d'autre choix éthique que d'accepter ceux qui ont accepté de participer.</p> <p>Recommandations pour les futures recherches : cette étude ne comportait pas de groupe contrôle, ils ne peuvent pas supposer un effet causal par l'intervention sur les composantes de la résistance et les mesures cliniques. Il est donc recommandé que les recherches futures se concentrent sur les interventions randomisées et contrôlées, avec un examen en profondeur du contenu des groupes d'éducation sur le diabète, et son impact sur les résultats comportementaux et cliniques de contrôle pour d'autres variables importantes telles que la durée du diabète, la dépression, le type de médication pour le diabète, etc.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les résultats de cette étude appuient l'utilisation de l'éducation de groupe pour l'autogestion du diabète. Le RTQ semble être un outil utile pour la mesure des interventions comportementales liées au diabète. D'autres recherches sont essentielles pour mieux comprendre ces associations.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Sorli, C., & Heile, M. K. (2014). Identifying and meeting the challenges of insulin therapy in type 2 diabetes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 267-82.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Identifier et relever les défis de l'insulinothérapie dans le diabète de type 2
Résumé	On comprend le sujet de recherche, mais on ne voit pas les éléments habituellement présents comme la méthode, résultats, conclusion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La problématique est suffisamment développée et bien construite pour comprendre ou veut aller la revue de littérature. Elle semble se baser sur des données actuelles. Pour de nombreux patients, l'insuline devrait être instaurée beaucoup plus tôt dans le processus de la maladie dans le cadre d'une stratégie de traitement préventif individualisée. Une insulinothérapie intensive précoce chez les patients nouvellement diagnostiqués DT2 améliore considérablement la fonction des cellules bêta et le taux de rémission de l'hyperglycémie par rapport au traitement avec antidiabétiques oraux. L'introduction récente de nouveaux agents thérapeutiques pour le contrôle glycémique offre plus d'options de traitement, mais elle soulève aussi des questions parmi les cliniciens, quand et comment l'insuline devrait être initiée chez les patients atteints du DT2.</p> <p>Le but ultime de la gestion de la glycémie dans le diabète est d'atteindre et de maintenir en toute sécurité l'homéostasie du glucose et de l'énergie proche des niveaux normaux pour ralentir, voire empêcher, les complications de l'hyperglycémie. L'utilisation précoce de l'insulinothérapie dans le DT2 peut entraîner une réduction de la glucotoxicité chronique, qui augmente le taux d'apoptose des cellules β et la détérioration de la fonction des cellules β.</p> <p>En raison de la pathogenèse et de la nature progressive du DT2, la majorité des patients atteints de DT2 aura finalement besoin d'insulinothérapie. Les analyses de plusieurs études ont démontré que le contrôle intensif de la glycémie chez les patients ayant une durée plus courte du DT2 et aucune athérosclérose établie peuvent réduire le risque de développement de complications cardiovasculaires et avoir un effet positif sur le pronostic macro et micro vasculaire.</p>

	Malgré l'efficacité de l'insulinothérapie, elle est utilisée dans 50% des patients pour lesquels elle est recommandée et avec une mauvaise adhérence du patient. Un tiers des patients insulino-naïfs à qui l'insuline a été prescrite ne devient pas des utilisateurs réguliers, et presque 60 % des patients oublient des injections, avec 20% de doses manquantes sur une base régulière. Les défis de l'insulinothérapie peuvent présenter un obstacle encore plus grand dans les milieux de pratique clinique qui ne sont pas spécialisés dans le traitement du diabète intensif où les ressources éducatives sont limitées.
Recension des écrits	La recension est complète, elle permet de cerner la problématique. Elle contient de nombreuses études.
Cadre de recherche	Pas présent
Buts et question de recherche	Le but de cette revue de littérature est très clair et découle logiquement de la problématique. Les défis associés à l'utilisation de l'insuline dans le traitement du DT2 sont souvent regroupés en trois catégories : 1) les défis liés au clinicien ; 2) les défis liés au patient ; 3) les défis liés au système de santé. Cette revue examinera les problèmes rencontrés par les cliniciens et les patients dans l'initiation et l'intensification de l'insulinothérapie ; les progrès récents dans le traitement et l'administration de l'insuline ; et ce que les fournisseurs de stratégies pratiques de soins de santé (PS) peuvent mettre en œuvre pour surmonter ces défis.
METHODE	
Population et échantillon	La recherche d'articles prendra en compte les patients adultes atteints de diabète de type 2. 115 articles ont été inclus et examinés dans le présent document.
Considérations éthiques	Pas applicable
Devis de recherche	Revue de littérature
Modes de collectes de données	Les articles traitant des défis liés au clinicien, au patient, et au système de santé de la thérapie à l'insuline chez les patients atteints de DT2 ont été identifiés par une recherche documentaire dans PubMed couvrant la période de 1990 à 2013. Les termes de recherche utilisés comprenaient : "insulin therapy"; "type 2 diabetes"; "adults"; "challenges and/or barriers"; "clinicians and/or physicians"; and "healthcare and/or health care". La sélection a été limitée à la langue anglaise et aux revues d'articles par des pairs. La recherche a été affinée pour inclure des articles traitant des défis de l'initiation de

	l'insulinothérapie liés au clinicien, au patient et au système de santé. Les références internes ont également été utilisées si elles étaient applicables à la discussion.
Conduite de la recherche	Pas applicable
Analyse des données	Elle pourrait être plus étoffée. L'expérience clinique des auteurs en DT2 a été utilisée pour analyser la littérature pour aider le RSG avec l'évaluation et le traitement des patients atteints de DT2.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Un tableau compare les diverses insulines. La présentation reprend les trois grands axes des défis de l'insulinothérapie :</p> <p>1. Défis reliés au clinicien → sous-thèmes : Comprendre et surmonter l'inertie clinique</p> <p>Les cliniciens sont souvent lents à initier ou à intensifier la thérapie, un comportement défini comme « l'inertie clinique » qui implique la reconnaissance du problème, mais l'échec à agir. L'inertie clinique peut être causée par : une surestimation des soins fournis; la perception par le clinicien que le contrôle glycémique s'améliore ou que le patient ne se conforme pas à la diète et à l'exercice; le manque de formation clinique appropriée; et l'absence de focalisation sur la réalisation des objectifs thérapeutiques des patients.</p> <p>Historiquement, l'insuline a été initiée comme thérapie de dernière instance pour aider les patients atteints de diabète avancé à atteindre et maintenir leurs objectifs thérapeutiques. Seulement 18% des patients qui recevaient un traitement d'association avec les antidiabétiques oraux ont été mis à l'insuline avant que leur HbA1c dépasse 8,0% (63,9 mmol/mol). Hypothétiquement, le patient moyen dans cette étude aurait passé 5 ans avec une HbA1c de 8,0% (63,9 mmol/mol) et 10 ans avec une HbA1c de 7,0% (53,0 mmol/mol) avant que l'insuline soit initiée.</p> <p>Une enquête auprès de 600 médecins de soins primaires (PCP) et les spécialistes qui traitent des patients atteints de diabète a indiqué que le manque d'expérience dans l'initiation de l'insuline et de temps pour éduquer les patients présentent des défis à l'intensification de l'insuline. Alors que 92% des répondants ont convenu que l'intensification de l'insuline est une composante essentielle de la gestion du diabète, plus de 20% d'entre eux n'ont jamais initié ou modifié un</p>

	<p>traitement à l'insuline. En outre, 49% des médecins interrogés ont indiqué ne pas rester au courant des progrès dans l'insulinothérapie ou des méthodes pour la donner, cela est l'un des principaux défis. Parce que cela était une étude multinationale, il est important de considérer la différence géographique dans la gestion du diabète. Les PCP qui traitent moins de patients atteints de DT2 sont plus réticents à entreprendre un traitement à l'insuline par rapport à ceux qui traitent un plus grand nombre de patients.</p> <p>Environ 40% des médecins généralistes qui traitent des patients atteints de DT2 croient que l'initiation à l'insuline ne serait pas nécessaire si les patients suivent les recommandations de leur médecin, et que la formation des patients à l'utilisation de l'insuline demande trop de temps pour le personnel. L'incertitude sur le dosage d'insuline, les préoccupations concernant l'individualisation de la thérapie à l'insuline, et l'absence de consensus entre les directives et recommandations peuvent aussi augmenter l'inertie clinique de la part des cliniciens. Les cliniciens devraient tenir compte de ces lignes directrices dans le contexte des besoins, des préférences, et des tolérances de chaque patient avec une approche centrée sur le patient qui utilise le traitement individualisé.</p> <p>Bien que le DT2 est une maladie progressive et que la majorité des patients en fin de compte nécessite un traitement à l'insuline, certains médecins considèrent l'initiation du traitement à l'insuline comme un échec personnel pour contrôler le diabète de leurs patients avec des agents antidiabétiques oraux et qu'ils sentent qu'ils doivent forcer leur patient à accepter un traitement à l'insuline. Pour surmonter ce défi, les cliniciens devraient activement écouter les préoccupations et/ou craintes au sujet de l'insulinothérapie des patients et expliquer que le DT2 est une maladie progressive et que l'échec des cellules beta est commun. Par exemple, si le patient est préoccupé par l'hypoglycémie induite par l'insuline, le clinicien peut expliquer que les insulines récentes sont moins susceptibles de provoquer une hypoglycémie par rapport aux anciennes préparations d'insuline et que l'hypoglycémie sévère est vue principalement chez les patients de type 1 diabète (DT1).</p> <ul style="list-style-type: none">• L'hypoglycémie L'hypoglycémie est une préoccupation de sécurité primaire pour les cliniciens et les patients; elle représente un défi majeur pour le contrôle glycémique. Les épisodes hypoglycémiques
--	---

	<p>mineurs sont importants, car des événements mineurs fréquents augmentent le risque d'hypoglycémie sévère. Bien que peu d'épisodes hypoglycémiques manifestent comme «grave» (nécessitant une assistance d'une autre personne), les épisodes graves peuvent entraîner une morbidité importante, et parfois la mort.</p> <p>L'anxiété et/ou la peur chez les patients et les médecins peuvent interférer avec le contrôle glycémique. Les patients qui souffrent d'hypoglycémie, en particulier une hypoglycémie grave, peuvent être réticents à maintenir ou auto-ajuster leur insulinothérapie, ce qui entraîne une hyperglycémie chronique. En outre, l'hypoglycémie nocturne est susceptible d'être sous-estimée parce que les patients ne peuvent pas se réveiller ou reconnaître les symptômes. Parce que les défenses physiologiques et symptomatiques qui combattent l'hypoglycémie sont supprimées pendant le sommeil, les épisodes hypoglycémiques légers ou modérés peuvent évoluer vers des épisodes plus graves, avec des conséquences plus graves.</p> <p>Les facteurs de risque pour l'hypoglycémie associés à la thérapie à l'insuline comprennent: l'administration d'insuline au mauvais moment; le manque de reconnaissance de l'augmentation de la sensibilité des tissus à l'insuline; une utilisation accrue de glucose après l'exercice; et l'utilisation inappropriée de l'insuline ou des appareils. Tous ces facteurs de risque peuvent être réduits lors de l'initiation en temps opportun de l'insulinothérapie, en utilisant des insulines fiables et des technologies (pompes et surveillance insuline) actuelles et une bonne éducation des patients. Ceci devrait aider les médecins à surmonter leur inertie.</p> <p>Bien que les événements de l'hypoglycémie soient plus fréquents chez les personnes atteintes de DT1, ils se produisent relativement fréquemment chez les patients atteints de DT2 en utilisant l'insuline et/ou une sulfonylurée. Parce que le DT2 est environ 20 fois plus répandue que DT1, et la plupart de ces patients aura finalement besoin d'un traitement à l'insuline en raison d'un déclin progressif de la fonction des cellules β, un plus grand nombre d'épisodes hypoglycémiques, y compris une hypoglycémie grave, est observé chez les patients atteints de DT2. Les progrès de la thérapie à l'insuline peuvent aider à répondre aux préoccupations des médecins au sujet de l'hypoglycémie. Par exemple, comme discuté ci-dessous, les analogues de l'insuline basale sont</p>
--	---

	<p>associés à un risque réduit d'hypoglycémie et, surtout, l'hypoglycémie nocturne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les stratégies pour gérer la prise de poids Le gain de poids et la rétention d'eau sont aussi des effets secondaires courants de la thérapie à l'insuline. Étant donné que la majorité des patients atteints de DT2 sont en surpoids, les cliniciens peuvent être réticents à initier et intensifier la thérapie à l'insuline chez ces patients en raison du potentiel gain de poids supplémentaire avec la thérapie à l'insuline, ce qui peut exacerber la résistance à l'insuline. (ils donnent des pistes aux médecins pour y remédier). • Gestion des problèmes de temps Dans un sondage, les deux tiers des médecins généralistes ont indiqué que l'initiation de l'insuline et le temps nécessaire pour former les patients sont deux des aspects les plus difficiles de la gestion des patients atteints de DT2. L'accès à l'éducation est souvent limité, et sans formation professionnelle adéquate, l'initiation à l'insuline peut être à la fois retardée et sous optimale. Malheureusement, seulement 44% des médecins généralistes aux États-Unis ont accès à un éducateur agréé en diabète (CDE), la majorité d'entre eux ne sont pas membres du personnel de la PCP. Cela oblige les cliniciens à envoyer les patients vers un autre bureau pour voir le CDE; ce qui ralentit le processus, perturbe la continuité des soins, et peut entraîner des problèmes de communication. Ces ressources éducatives peuvent être limitées ou indisponibles pour certains patients. Bien que l'éducation du patient soit une tâche fastidieuse pour les médecins, les cliniciens devraient donner aux patients le temps d'exprimer leurs craintes et leurs préoccupations au sujet de la thérapie à l'insuline, permettant ainsi d'identifier les idées fausses préexistantes et les traiter. Par exemple, les médecins surestiment souvent la peur de la douleur de l'injection du patient → retarder ou refuser l'insuline, alors qu'une étude a montré que la peur de la douleur est classée assez faible chez les patients. La majorité des médecins généralistes convient que le potentiel de l'insuline pour prévenir ou retarder les complications dépasse de loin les risques de prise de poids et d'hypoglycémie. <p>2. Défis reliés au patient → sous thèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • la complexité de l'équilibre du régime à l'insuline avec la qualité de vie potentielle liée à la santé
--	--

	<p>La perception des patients que la thérapie à l'insuline est trop compliquée et prend du temps peut interférer avec son initiation en temps opportun. Dans une étude, près de 50% des patients insulino-naïfs se croyaient incapables de gérer un régime d'insuline, et que cette thérapie restreindrait leur mode de vie. En effet, certaines tâches, telles que la détermination des doses et la manipulation des seringues et des flacons, peuvent être écrasantes pour certains patients. Un dosage moins complexe peut améliorer l'observance du patient. Une enquête de 1.250 médecins qui traitent des patients atteints de DT2 et un sondage téléphonique auprès de 1530 patients traités à l'insuline aux États-Unis et plusieurs autres pays ont révélé que les deux tiers des patients ont estimé que le diabète contrôle leur vie et que les traitements étaient trop restrictifs. En outre, 28,2% des patients interrogés ont indiqué qu'ils ne seraient pas disposés à prendre de l'insuline, si leur médecin devait leur prescrire. Atteindre le contrôle glycémique avec la thérapie à l'insuline dépend dans une large mesure de l'éducation des patients au sujet de leur condition, des stratégies d'autogestion, et les options thérapeutiques disponibles. Développer des plans de traitement moins complexes qui répondent aux objectifs glycémiques peut également fournir une stratégie de traitement efficace. Compte tenu de l'amélioration des ratios risques-avantages des analogues de l'insuline par rapport aux formulations plus âgées, les médecins doivent prendre des décisions éclairées sur la base d'informations actuelles sur l'évolution des nouvelles formulations d'insuline qui mettent en évidence les avantages d'une approche préventive, physiopathologique du traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre aux besoins de commodité du patient Parle des divers types d'insuline (comment elles fonctionnent et comment les utiliser) en fonction des besoins du patient. Cf à la page 271 pour plus d'informations. • Déstigmatiser la peur de l'aiguille Les progrès récents dans la technologie de l'aiguille → des injections d'insuline plus précises, moins douloureuses, plus discrètes, et plus pratiques à utiliser que des flacons et des seringues. L'utilisation des stylos d'insuline peut surmonter certains des défis liés au patient (la stigmatisation et la peur) à l'initiation de l'insulinothérapie. • Surmonter les perceptions erronées communes au sujet de l'insuline
--	--

	<p>La plupart des patients perçoivent l'initiation du traitement à l'insuline comme le reflet de leur propre incapacité à gérer leur maladie et que l'insuline n'est pas efficace ou peut même causer des dommages. Dans une étude de patients qui ont accepté l'insulinothérapie, mais ne sont pas devenus des utilisateurs à long terme, les principaux prédicteurs de la non-observance incluent l'impact négatif de l'insuline sur la vie sociale et de travail, la phobie de l'injection, et les préoccupations concernant les effets secondaires. Près de la moitié des patients qui ne respectaient pas l'insulinothérapie pensent que les gens qui ont besoin d'insuline "ne sont pas pris en charge eux-mêmes dans le passé", et 35% pensent que l'insuline cause des dommages. Parce que les patients atteints de DT2 ont tendance à être obèses, un léger gain de poids peut avoir un impact sur le contrôle glycémique. De plus, la crainte de l'hypoglycémie est une cause majeure de l'insulinothérapie. Fait intéressant, les patients qui ne respectaient pas le traitement de l'insuline croyaient fréquemment que leur médecin n'a pas expliqué de manière adéquate les avantages et les risques de l'insulinothérapie. Ce sont des préoccupations légitimes qui doivent être abordées par le médecin traitant. Par conséquent, le meilleur moment pour éduquer les patients sur la thérapie à l'insuline est peu après le diagnostic, ou au début de l'évolution de la maladie, ce laps de temps offre aux cliniciens la possibilité de déstigmatiser l'utilisation d'insuline et de répondre aux préoccupations des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le coût de l'insulinothérapie Cf page 272. N'apporte rien à notre étude. <p>3. Défis relié au système de santé N'est pas applicable pour nous, car cela est spécifique au système de santé américain Medicare.</p> <p>Il y a une partie sur l'évolution de la technologie en lien avec l'insuline. A relever que les stylos à insuline donnent des doses plus précises et réduisent le risque d'erreur dans la médication par rapport aux flacons et seringues. Un taux plus faible d'hypoglycémie et une meilleure adhérence et persistance au traitement → meilleur contrôle de la glycémie.</p> <p>Surmonter les défis de l'insulinothérapie → sous-thèmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôles du patient et du clinicien dans la gestion de l'insulinothérapie
--	--

	<p>L'éducation du patient concernant le rôle critique de l'insulinothérapie dans le traitement du diabète et de l'homéostasie énergétique est essentiel pour atteindre le contrôle glycémique. Les cliniciens doivent déstigmatiser les patients au sujet d'une insulinothérapie précoce dans le cours de la maladie, ils guident leurs patients à travers le processus de prise de décision. Comme indiqué précédemment, de nombreux obstacles dans la gestion du diabète et de l'insuline peuvent être surmontés par une écoute active des patients à comprendre leurs craintes et leurs préoccupations. Avant de commencer le traitement à l'insuline, les médecins doivent décrire les objectifs de la thérapie à leurs patients et expliquer comment ces objectifs auront un impact sur leur auto-gestion du DT2 et que pour atteindre les objectifs de traitement, la gestion du diabète doit être individualisée. Les cliniciens et les patients peuvent mieux accepter la thérapie à l'insuline si les patients sont bien informés au sujet de leur traitement et ne le craignent pas.</p> <p>Le médecin doit prendre du temps pour l'éducation ou s'il ne peut pas engager du personnel adéquat, orienter le patient vers un professionnel dans le domaine → meilleure compréhension du diabète comme un état pathologique; démontrer l'utilisation de stylos à insuline; expliquer comment et quand prendre des médicaments, la surveillance de la glycémie et le traitement de l'hypoglycémie; la promotion de l'importance d'adhérer à un régime alimentaire et l'exercice → engager les patients dans leur propre processus de traitement.</p> <p>Permettre aux patients de prendre un plus grand contrôle de leur diabète par un mode de vie plus sain et en facilitant l'autogestion peut améliorer le contrôle glycémique et réduire le risque de complications. L'amélioration de la qualité de vie, en particulier par l'alimentation → les patients se sentent mieux et cela a un effet de rétroaction positive sur leur autogestion. Enseigner aux patients l'importance de l'auto-surveillance de la glycémie (SMBG) et comment l'utiliser, comme un guide pour le réglage de la thérapie peut permettre aux patients d'être en contrôle de leurs soins. L'adhésion à la SMBG est renforcée lorsque le patient comprend pourquoi chaque contrôle est fait, sait quelles mesures spécifiques à prendre en fonction du résultat, et observe les avantages de l'auto-gestion.</p> <p>Les patients doivent comprendre que le DT2 est une maladie progressive qui exige de la prévention et un traitement pour éviter le développement de</p>
--	---

	<p>complications graves. Les patients doivent être à jour sur les progrès de la technologie et la relative facilité d'utilisation de insulinothérapie et les systèmes de distribution, telles que la petite taille des aiguilles dans les dispositifs de stylo, ce qui pourrait aider à dissiper la notion perçue de la douleur et l'inconfort associés à l'injection. Fait important, les patients doivent prendre un plus grand contrôle en vue de leur gestion du diabète.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individualiser la gestion de l'insuline : l'insuline correspondant au patient une approche centrée sur le patient dans la gestion du diabète = la pierre angulaire de la réussite du traitement. Il est impératif que les cliniciens optimisent la gestion de l'insuline et surmontent les défis de l'insulinothérapie individualisée pour répondre au mode de vie et besoins spécifiques de soins de santé du patient. Beaucoup de recommandations pour le médecin. Cf page 277. • Identifier les candidats pour une thérapie avec une pompe à insuline Pas important pour notre étude. Cf page 277.
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les conseils qui ressortent de cette discussion découlent logiquement des résultats présentés précédemment. En raison de la pathogenèse et de la nature progressive du DT2, la plupart des thérapies non insulino dépendantes ne seront pas suffisantes dans la gestion du diabète au fil du temps, et la majorité des patients auront finalement besoin d'une insulinothérapie. Cependant, en dépit de son efficacité, l'insulinothérapie est sous-utilisée en raison de divers problèmes liés au système de santé, au clinicien et au patient.</p> <p>L'éducation des patients précoce sur le rôle critique de l'insulinothérapie dans le traitement du diabète et de la déstigmatisation peut aider à surmonter les défis liés au patient et à promouvoir l'adhésion du patient et l'autogestion. Dans le cadre d'une stratégie éducative globale, les cliniciens devraient activement écouter les patients et de façon proactive traiter leurs préoccupations qui peuvent nuire à l'initiation et au respect de l'insulinothérapie. Souligner la relative facilité associée aux schémas d'insuline et les systèmes d'injection est un élément essentiel de l'éducation des patients. Permettre aux patients de prendre un plus grand contrôle de leur gestion du diabète avec une approche centrée sur le patient peut améliorer le contrôle glycémique et réduire le risque de complications. Les médecins devraient également faire appel à un autre membre du personnel formé pour aider à l'éducation des patients.</p>

	<p>Atteindre le contrôle glycémique peu de temps après un diagnostic du diabète est important pour éviter les complications. L'individualisation de l'insulinothérapie qui est compatible avec le profil de glucose du patient et la sécrétion résiduelle d'insuline et qui répond aux besoins spécifiques de soins de santé du patient et à son mode de vie est une autre stratégie que les cliniciens peuvent employer pour surmonter les défis pour atteindre le contrôle glycémique, en gardant à l'esprit que le contrôle glycémique peut être plus ou moins stricte selon le type de patient. Les dispositifs de stylo à insuline peuvent aider à faciliter et simplifier l'administration tandis que l'utilisation d'analogues de l'insuline peut aider à réduire le risque d'hypoglycémie. Les insulines qui ne sont pas associées à la prise de poids peuvent être utiles dans les cas où le potentiel gain de poids pourrait avoir un impact sur l'adhésion ou les résultats cliniques. Les cliniciens doivent s'efforcer de rester au courant des nouvelles options d'insuline qui ont le potentiel de simplifier et d'améliorer l'observance du traitement à l'insuline, tout en optimisant le contrôle glycémique et l'atténuation des risques. Enfin, les pompes à insuline sont souvent encore sous-utilisées sont une option de traitement approprié pour les deux DT1 et DT2, elles offrent la manière la plus physiologique et pratique pour gérer l'insuline basale.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Conclusion brève. Beaucoup de recommandations sur l'utilisation de l'insuline et les moyens pour les administrer. L'insuline est le traitement le plus efficace disponible pour gérer l'hyperglycémie. Cependant, l'hypoglycémie est un effet indésirable fréquent et grave. Des données récentes suggèrent que l'insuline initiée plus tôt au cours du DT2 peut offrir des avantages importants, tels que l'amélioration du contrôle glycémique, ce qui peut prévenir ou retarder le développement de complications liées au diabète. Le profil physiologique d'analogues de l'insuline basale, ainsi que d'autres nouvelles formules d'insuline, peuvent offrir aux cliniciens des options pour relever le défi de l'hypoglycémie de l'insulinothérapie et fournir aux patients de multiples options pour gérer leur maladie et adapter leur mode de vie.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Scherrer-Burri, F., & Golay, A. (2013). Développer les compétences des soignants en entretien motivationnel par le coaching. *Soins*, 58(772), 23-26.

<p>Éléments d'évaluations</p>	<p>Questions fondamentales à se poser</p>
--------------------------------------	--

Titre	Développer les compétences des soignants en entretien motivationnel par le coaching. Titre clair
Résumé	Le résumé est très succinct et ne comporte pas les éléments classiques tels que problème, méthode, résultat, discussion. Cependant on a une vue globale du but de l'étude, notamment avec le titre.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Savoir préparer un patient à un changement important dans sa vie et l'amener à l'accepter est primordial. (30% des malades atteints d'un syndrome coronarien aigu arrêtent leur traitement médicamenteux 1 mois après l'événement). Les soignants dont les infirmières, doivent avoir les compétences nécessaires pour susciter la motivation des patients à agir et à mieux adhérer au traitement. L'EM est une approche qui a fait ses preuves dans ce domaine. L'EM = une approche centrée sur la personne dont le but est d'encourager cette personne à engager un changement de comportement en suscitant sa propre motivation. Il y a toute une partie qui résume l'EM dans l'introduction. Chaque année des centaines de soignants sont formés à cette approche sur Genève. La formation dure 2 jours +3 jours de coaching sur le terrain avec feedback. Il est expliqué en détail comment se déroulent ces jours.
Recension des écrits	Beaucoup d'études qui mettent en lien l'EM et les maladies cardiovasculaires. La recension permet d'avoir un état des lieux sur l'EM.
Cadre de recherche	L'EM est clairement défini ainsi que la formation actuelle proposée par le HUG.
Buts et question de recherche	Le but de cette étude n'est pas clairement défini, on peut estimer que les auteurs cherchent à mettre en évidence l'acquisition des nouvelles compétences des participants suite à leur formation.
METHODE	
Population et échantillon	56 soignants ont suivi la formation (2 jours théoriques et 1 jour de coaching avec évaluation avec l'outil MITI) : 2 physio et 54 infirmiers. Entre 2008 et 2011 dans cinq unités de soins aigus et post-aigus de neurologie, cardiologie et réhabilitation. L'EM a été effectué auprès de 108 patients : 48 avec syndrome coronarien, 37 avec AVC, 15 avec réhabilitation, 8 avec insuffisance cardiaque. Il n'est pas précisé comment les participants ont été recrutés.

Considérations éthiques	<p>Pour l'enregistrement des entretiens, l'accord des patients a été demandé.</p> <p>Pas de précision supplémentaire concernant l'aspect éthique.</p>
Devis de recherche	<p>Analyse qualitative de l'attitude du praticien sur la base du MITI qui est codé.</p> <p>Analyse quantitative de la fréquence de certains comportements.</p>
Modes de collectes de données	<p>Le formateur était présent lors de tous les entretiens et ces derniers ont été audio enregistrés. Une fois l'entretien terminé : 1 retour oral immédiat au soignant puis dans les 5 jours suivant l'entretien un rapport écrit à l'aide du MITI ont été donnés (il est décrit dans l'article).</p>
Conduite de la recherche	<p>Le codage du MITI a lieu en 2 parties :</p> <p>Il est clairement expliqué le but de l'évaluation d'un entretien → situer sa pratique par rapport à une valeur normée.</p>
Analyse des données	<p>Il ressort 5 dimensions : la collaboration avec le patient, l'évocation d'éléments de motivation au changement, le soutien de l'autonomie du patient, la direction de l'entretien et l'expression de l'empathie.</p> <p>Les scores sont documentés sur une échelle de Likert de 1 à 5.</p> <p>La mesure de la fréquence de certains comportements : pourcentage de questions ouvertes, de reformulations par rapport aux questions totales.</p> <p>Le formateur codait les entretiens → risque de biais d'auto-confirmation.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les entretiens se sont déroulés sur une période de trois ans et duraient en moyenne 24 minutes.</p> <p>L'ensemble des éléments codés a progressé. 3 à 4 coachings ont permis au soignant d'acquérir des compétences s'approchant de celles d'un praticien avancé en EM, selon la référence de Forsberg.</p> <p>Les résultats sont présentés dans 2 tableaux.</p> <p>Le nombre de questions ouvertes a augmenté → le patient est plus actif dans son processus de changement et dit ce qui est important pour lui.</p> <p>Un petit nombre a bénéficié d'un 3 ou 4^{ème} coaching. Pas toujours facile à organiser à cause des rotations horaires et les mouvements de personnel.</p> <p>Le rapport entre les reformulations totales et les questions totales n'a que peu évolué au fil du temps et reste inférieur à la norme pour un praticien avancé. → Les soignants conservent malgré la formation ce besoin de questionner</p>

	<p>le patient au lieu de l'amener lui-même à réfléchir à sa situation.</p> <p>Les résultats de ce travail sont en accord avec ceux d'autres centres.</p> <p>BIAIS : Le formateur codait les entretiens → risque de biais d'auto-confirmation. Absence de groupe contrôle. Le MITI n'évalue pas les interactions non-verbales.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les infirmières ont pour mission d'aider les patients à s'adapter à des changements et à adopter des comportements de santé. L'EM est une approche qui a fait ses preuves et qui permet de réellement soutenir un patient dans sa démarche. C'est pourquoi, il est important de faciliter l'acquisition des compétences en EM dans les milieux cliniques.</p> <p>La formation initiale à l'EM n'est pas suffisante. Un accompagnement dans la pratique sous la forme d'un coaching permet d'améliorer les résultats et la satisfaction des soignants.</p> <p>Le MITI est un instrument de mesure valide qui permet d'évaluer la qualité d'un entretien et de restituer les résultats au soignant.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Une formation en EM complétée d'un coaching en clinique avec une évaluation est faisable.</p> <p>Cette démarche exige une bonne organisation si l'on veut un accompagnement sur la durée.</p> <p>Le coaching devrait être proposé à intervalles réguliers pour permettre au soignant de maintenir et développer ses compétences en EM.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Lagger, G., Sittarame, F., Lasserre-Moutet, A., Chambouleyron, M., Golay, A., & Giordan, A. (2013). La dimension infra-cognitive peut interférer avec l'apprentissage. *Education Therapeutique Du Patient*, 5(2), 219-227.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	La dimension infra-cognitive peut interférer avec l'apprentissage. Pas de précision sur le type de population étudiée mais on comprend bien de quoi parle l'article.
Résumé	Le résumé est très clair et concis. Il est constitué des objectifs (repérer les obstacles ou ressources pour l'apprentissage dans la dimension infra-cognitive en lien avec les maladies chroniques métaboliques), de la méthodologie, des résultats et de la conclusion. Dans le résumé on sait qui est la population étudiée : 112 adultes : étudiants, soignants et patients.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	L'introduction met en évidence que depuis les débuts de l'ETP, des limites sont apparues. Expliquer, montrer, démontrer, questionner, exercer, résoudre des problèmes ne suffisent pas à changer les comportements des patients. On a réalisé que les dimensions émotionnelle et perceptive devaient être prises en compte. Les obstacles à l'apprentissage se situent parfois dans les schèmes de pensée, conceptions ou les non explicites. Giordan dit que certaines conceptions sont cachées à la personne elle-même et qu'elles se situent dans un infra-cognitif. Elles sont des implicites qui font obstacles à l'apprentissage. Il définit l'infra-cognitif ainsi : soubassements de la pensée : nos raisonnements intimes, nos évidences, nos paradigmes, tous ces liens/opérations/référents automatiques qu'on n'interroge pas parce qu'ils n'arrivent pas à la conscience. La notion d'ETP n'apparaît que dans l'introduction. Le résumé ne la mentionne pas.
Recension des écrits	Pour la recension des écrits ils se sont basés sur des spécialistes dans le domaine de l'ETP. Une liste de référence est présente à la fin de l'article et correspond aux numéros présents dans le texte. Cette recension permet de cerner le problème de manière claire et précise. Elle conduit à une introduction ayant une solide base.

Cadre de recherche	<p>Il est clairement expliqué les concepts suivants : l'ETP, l'infra-cognitif, les conceptions/représentations. Ceci permet de bien comprendre les éléments de base de cette étude.</p> <p>En lien avec les concepts définis, on trouve les auteurs en référence. Il est clair à qui appartient telle ou telle définition.</p>
Buts et question de recherche	<p>Dans l'introduction le but de l'étude pourrait être mieux explicité cependant le résumé permet d'avoir une vue d'ensemble sur la recherche. Avec l'introduction, on comprend que l'étude s'intéressera à la dimension infra-cognitive dans l'ETP afin d'aider le soignant-éducateur à apprendre au patient.</p> <p>On n'a pas de question de recherche explicite.</p> <p>CEPENDANT : les objectifs de recherche sont clairement exprimés dans la première partie de la méthode. Repérer des éléments obstacles ou ressources pour l'apprentissage, dans la dimension infra-cognitive, en lien avec les maladies chroniques métaboliques. Les différents répertoires de l'infra-cognitif seront explorés dans le but de repérer des divergences avec les conceptions des soignants et des contradictions pouvant interférer avec un réel apprentissage. Au sein de la complexité de l'organisation des savoirs chez le sujet, dont une partie est peu ou pas explicite, un objectif de l'étude est de mettre en évidence des lacunes ou des conceptions particulières, parfois ressources, souvent obstacles à la compréhension de notions médicales. Les soignants-éducateurs peuvent bénéficier de cet éclairage pour, explorer l'infra-cognitif et ainsi, d'une part, mieux comprendre les patients, et d'autre part, mieux planifier les séances éducatives.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>112 adultes (18 ans et plus) : étudiants (71), soignants (18) (médecins, infirmières, art-thérapeutes, psychologues, diététiciens), patients (12). On observe déjà une différence dans le nombre des différentes catégories. Tous parlent français. Il est précisé que les soignants travaillent dans le domaine diabète/obésité, que les étudiants étudient la kinésithérapie ou les sciences de l'éducation et que les patients sont diabétiques de type 1. Cette étude est limitée au HUG.</p> <p>Les patients ont été adressés par le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques ou par les infirmières spécialistes cliniques des HUG.</p>
Considérations éthiques	<p>Il est précisé que les patients doivent avoir accepté de participer aux entretiens et être d'accord sur le principe d'apprendre au sujet de leur maladie.</p> <p>A part cela, pas de mention particulière sur le caractère éthique de cette étude.</p>

<p>Devis de recherche</p>	<p>Les conceptions étudiées (déconditionnement physique, obésité et diabète) sont collectées en individuel ou en groupe durant des entretiens d'explicitation et avec des supports écrits.</p> <p>Ils précisent que ces deux modes de collecte permettent de cibler un élément précis de conception qui peut poser problème et de l'analyser de manière quantitative.</p> <p>Les personnes sont évaluées sur leur lieu de travail (soignants), d'étude (étudiants) ou à l'hôpital (patients). Le temps passé avec les participants n'est pas précisé.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Entretiens individuels d'explicitation : semi-structurés → les sujets répondent aux questions à leur convenance oralement ou par écrit à l'aide de schéma. Il y a des exemples de question. Le but : comprendre le modèle explicatif de la personne, repérer les obstacles à la compréhension d'un phénomène physiologique. Ensuite, on incite la personne à développer son modèle explicatif afin de faire ressortir les implicites de raisonnement.</p> <p>Questionnaires : ils sont au nombre de deux, un concernant les substrats énergétiques et un l'évaluation de l'oxydation des lipides. Les questions sont présentes dans l'article. Les questions ont été élaborées certainement par les auteurs.</p> <p>Ces deux modes de collecte de données permettent d'approfondir l'infra-cognitif des participants adéquatement. Les entretiens semi-directifs sont complétés par les questionnaires.</p>
<p>Conduite de la recherche</p>	<p>Il n'est pas précisé qui a distribué les questionnaires et qui a mené les entretiens.</p>
<p>Analyse des données</p>	<p>L'analyse des conceptions se fait de manière qualitative par la mise en évidence de concepts-clé en rapport avec la problématique ou la pathologie. L'analyse quantitative pour les questions fermées avec un traitement statistique simple des données (logiciel IgorPro).</p> <p>Dans la partie résultats : L'étude présente trois types de résultats : (1) Un extrait de verbatim d'un sujet durant un entretien semi-directif visant à faire émerger les conceptions dans la dimension infra-cognitive. (2) Un exemple quantitatif de réponses à des questions au sujet des substrats énergétiques. (3) Une synthèse des réponses données par les 112 sujets au questionnaire « évaluation de l'oxydation des lipides ».</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Trois types de résultats sont présentés (cités au-dessus) de manière narrative et chaque partie illustre ses résultats au travers de divers moyens : figures, tableau, exemple d'entretien.</p>

	<p>Ces trois parties sont résumées clairement et concises. Elles permettent d'identifier les obstacles et de comprendre comment ils ont été relevés : d'abord un entretien qui est suivi par les questionnaires.</p> <p>Par contre, il n'est pas précisé qui a analysé les données.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Chacune des trois parties qui étaient citées dans les résultats est discutée dans la partie de la discussion. Cependant il n'y a pas de comparaison avec des études antérieures. Peut-être que c'est un sujet peu étudié actuellement.</p> <p>Cette étude démontre que si le soignant-éducateur utilise les entretiens semi-dirigés il peut mettre en évidence des éléments infra-cognitifs. Ces derniers peuvent être de puissants leviers utiles pour faire avancer le patient. Par contre, si on ne travaille avec l'infra-cognitif, cela peut être un obstacle puissant.</p> <p>Ensuite, un autre infra-cognitif peut induire nombre de malentendus en cas d'ETP. Exemple chez les étudiants : des étudiants croient : du sucre dans le sang est anormal → comment réagiront-ils face à des résultats du glucose sanguin ?</p> <p>L'étude met aussi en évidence chez les étudiants que l'ancienne conception que les diabétiques doivent éviter de manger du sucre est toujours présente. Ceci est surtout dû à des confusions entre sucre, glucide et hydrate de carbone → infra-cognitif : ce qui n'est « pas bon » ne doit pas être consommé. Même si ils font le lien entre sucre et énergie → contradictions.</p> <p>Des obstacles à la compréhension des phénomènes physiologiques courants se situent au niveau des sciences de base, c'est ce qui ressort chez des étudiants en kinésithérapie quand ils font des liens entre matière grasse et énergie. Il en ressort qu'après 20 années d'école, les sciences de base ne sont pas mobilisables. Ces étudiants (et les patients d'autant plus) ne parlent pas le même langage que les scientifiques, les médecins et autres soignants.</p> <p>Concernant la partie sur l'oxydation des lipides, le premier obstacle identifié est l'ordre de grandeur, le second est l'absence d'idée d'optimum → « plus intense égale plus de graisse consommée ». L'effort intense est valorisé. Une constatation qui se fait dans tous les sous-groupes → conceptions populaires.</p> <p>Biais et limites : a) Cet article met à jour des obstacles à l'apprentissage dans une dimension infra-cognitive mais ne peut constituer une recension exhaustive de tous les répertoires pertinents de cette dimension. De plus, ils précisent bien qu'elle était le but de leur étude en suivant une logique claire. Ils proposent aussi de compléter l'étude avec un questionnaire de degré de certitude des sujets</p>

	<p>concernant leurs connaissances. b) Concernant les entretiens d'explicitation, des biais d'inférence sont possibles dans l'exploitation des métaphores qui appartiennent au soignant-éducateur comme dans l'effet des ruptures ou de l'implicite des liens entre les réponses des sujets et les questions du soignant-éducateur. c) Pour certaines questions, la population questionnée est composite avec des segments de tailles très variables. Les interprétations des résultats doivent donc être relativisées.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Lorsque des patients font part d'un grand nombre de connaissances, il est important de réaliser qu'elles peuvent être peu organisées, sans lien cohérent entre elles. Beaucoup de notions « apprises par cœur » donnent l'impression que la personne sait (elle peut répéter), mais dès que l'on « creuse », que l'on « déplie les conceptions », il est souvent possible de constater l'absence de logique sous-jacente, et de connaissances en sciences de base.</p> <p>En ETP, les obstacles à la compréhension dans d'autres affections pourraient se situer au niveau d'autres savoirs de base peu maîtrisés, mais malheureusement sans que cela soit explicité.</p> <p>Pour le soignant-éducateur, avec une certaine habitude, il est possible de repérer et constituer un lexique des infra-cognitifs habituels et d'autres en relations avec certaines affections. Ce qui facilite la création d'ateliers pédagogiques, par exemple.</p> <p>À l'heure où l'ETP s'enrichit grandement en ouvrant, et à raison, sur les dimensions psychologiques ou sociales, il est à relever que, parfois, de grands obstacles à la compréhension se situent au niveau des conceptions. Comme une part d'entre-elles se situent à un niveau qui n'est pas explicite mais dans un infra-cognitif, il faut oser (pour le patient et pour le soignant) les faire émerger. Les personnes réalisent à cette occasion leur faible degré de maîtrise autour de concepts parfois basiques. Et, avec douceur, compréhension et non jugement, ces démarches permettent d'ouvrir la discussion car ils intriguent et suscitent des questionnements supplémentaires de la part des sujets.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Wild, D., von, M. R., Brohan, E., Christensen, T., Clauson, P., & Gonder-Frederick, L. (2007). A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 10-15.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Une revue critique de la littérature sur la peur de l'hypoglycémie dans le diabète: Implications pour la gestion du diabète et de l'éducation des patients Le titre parle à la fois le diabète de type 1 et 2, ne précise pas l'âge.
Résumé	Le résumé contient les éléments suivants : l'objectif, la méthode, les résultats, la conclusion, les implications pour la pratique. Il est complet et permet d'avoir un point de vue global sur cette revue de littérature.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est clairement expliqué au travers de références qui paraissent solides.</p> <p>L'hypoglycémie est l'effet secondaire le plus commun de l'insulinothérapie chez les patients ayant un diabète de type 1 ou 2.</p> <p>Certains auteurs pointent la difficulté à distinguer des symptômes d'hypoglycémie de ceux de l'anxiété.</p> <p>L'hypoglycémie est le facteur majeur limitant la gestion de la glycémie (diabète type 1 et 2). Intensifier le traitement de l'insuline pour diminuer HbA1c conduit à une augmentation du nombre d'événements hypoglycémiques.</p> <p>« Les Complications du Diabète et des Contrôles de première instance » (DCCT) a constaté que le contrôle glycémique strict a entraîné une augmentation de trois fois le nombre d'événements hypoglycémiques dans le diabète de type 1. De même, dans l'étude UK Prospective Diabetes (UKPDS), le maintien du contrôle glycémique strict conduit à une augmentation significative de l'incidence de l'hypoglycémie chez les personnes atteintes de diabète de type 2 traitées à l'insuline.</p> <p>L'hypoglycémie est un peu moins fréquente dans le diabète de type 2, en raison des déficits de la sécrétion en glucagon et en adrénaline qui sont beaucoup moins importants et un contrôle glycémique strict est beaucoup plus difficile à réaliser.</p> <p>Les patients qui tentent activement de gérer leur diabète trouvent un équilibre entre éviter les effets aigus et les complications à long terme de l'hyperglycémie, les conséquences immédiates sont souvent beaucoup plus importantes pour les patients que la possibilité de futurs</p>

	<p>problèmes de santé. Cela peut notamment être le cas si les patients ont déjà eu une expérience aiguë d'hypoglycémie. Compte tenu des aspects désagréables de l'hypoglycémie et la nature potentiellement mortelle de l'hypoglycémie sévère, il n'est pas surprenant que de nombreuses personnes atteintes de diabète de type 1 ou 2 sous insulinothérapie aient une peur importante de développer une hypoglycémie. La FoH (peur de l'hypo) semble être particulièrement répandue chez les patients qui ont eu des épisodes hypoglycémiques sévères, tels que ceux qui ont impliqué une perte de conscience. Les mesures prises pour éviter cette situation peuvent alors être renforcées car elles sont associées à une réduction de l'anxiété de la personne. Cet évitement peut avoir des implications cliniques importantes pour la gestion du diabète. Afin d'éviter les symptômes aversifs d'épisodes hypoglycémiques passés, les patients qui ont une FoH peuvent se livrer à des « comportements sur-compensatoires ». Cela peut inclure la diminution de l'insuline ou la suralimentation, afin d'éviter l'hypoglycémie. Ce type de réaction d'adaptation peut entraîner un mauvais contrôle métabolique et augmenter le risque de conséquences graves pour la santé associée au diabète.</p>
Recension des écrits	<p>La recension des écrits permet de bien cerner la problématique. Des études sont mentionnées pour appuyer des propos. Les principales sources pour la problématique sont : Le groupe des Complications du diabète et des contrôles de première instance, le groupe UK d'étude prospective du diabète et l'auteur Cryer P.</p>
Cadre de recherche	<p>Pas de cadre de référence. L'hypoglycémie est bien décrite (symptômes et conséquences).</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de cette revue de littérature est clairement exprimé : intégrer un large éventail de recherches sur la FoH (peur de l'hypo). Cela comprend des études qui ont tenté de mesurer le phénomène, les études portant sur les prédicteurs et les corrélats de FoH, et l'impact de FoH sur le comportement, et des études sur les interventions possibles pour traiter la FoH. Enfin, les conclusions seront intégrées, les implications pour l'éducation des patients et la gestion de la maladie seront discutées.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> L'étude s'intéresse aux personnes atteintes de diabète de type 1 ou 2 ayant une peur de l'hypoglycémie.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> Pas applicable

Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> La revue de littérature pourra certainement répondre à l'objectif de l'étude.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> Les bases de données électroniques MEDLINE et EMBASE ont été explorées. La recherche a été limitée à des articles de journaux publiés en anglais entre 1985 et 2007. Les termes de recherche « hypoglycemia » (OR « hypoglycaemia) AND « fear», « anxiety » OR « worry » OR « concern » ont été utilisés.
Conduite de la recherche	Recherche d'articles
Analyse des données	<p>La recherche a donné lieu à 301 articles originaux. Tous les résumés ont été examinés et 273 ont été rejetés sur la base d'être non pertinents. Les motifs d'exclusion comprenaient un accent sur l'hypoglycémie par opposition à la peur de l'hypoglycémie, une référence au diabète gestationnel, ou pour des raisons non-diabétiques de l'hypoglycémie. Six autres documents ont été identifiés par les références croisées et ont été inclus dans l'étude car ils ont fourni des informations pertinentes pour l'introduction, la section sur la mesure de l'hypoglycémie, ou les conclusions.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Pas de figure ou schéma</p> <p>Les résultats sont clairs, précis et construits de manière logique.</p> <p>De l'analyse de ces articles ressort 4 thèmes principaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La mesure de la peur de l'hypoglycémie : Via l'échelle de la peur de l'hypoglycémie (HFS). Elle est la plus utilisée pour cette mesure. En 2 parties : une concernant les comportements et l'autre l'inquiétude. 2. Les prédicteurs et les corrélats de l'hypoglycémie → 2 sous-thèmes <ol style="list-style-type: none"> a) Histoire de la peur de l'hypoglycémie : Bien que la mesure de la FoH permette de décrire l'expérience de vie avec la FoH, la question reste de savoir pourquoi cette crainte se développe chez certains individus et non pas chez d'autres, et pourquoi la peur est plus grande chez certains individus que d'autres. Un facteur important semble être l'histoire de l'hypoglycémie. Une relation relativement constante a été trouvée entre une histoire d'hypoglycémie, et le développement de la FoH. Par exemple, Polonsky et al. ont constaté que la prédiction de la sous-échelle de l'inquiétude (échelle HFS) chez les patients DT1 a été

significativement améliorée par l'ajout de l'histoire hypoglycémique. Shiu et Wong ont constaté que trois facteurs sont corrélés significativement et positivement avec la FoH: le temps depuis le premier traitement insuline, la fréquence d'hospitalisation due à l'hypoglycémie, et la fréquence de l'hypoglycémie affectant la vie au travail. Les résultats ci-dessus sont conformes à une étude menée par Irvine et al qui ont constaté que la fréquence des épisodes hypoglycémiques était significativement et positivement liée à des scores élevés sur la sous-échelle du comportement (HFS). Ils ont également constaté que les participants ayant une variabilité du niveau de glycémie (qui peut augmenter le risque d'hypoglycémie) ont rapporté des niveaux plus élevés de FoH. En somme, ces études suggèrent que la FoH est liée à l'hypoglycémie et elle est plus fréquente pour une hypoglycémie grave.

D'autres études confirment la relation entre le risque réel, l'expérience d'hypoglycémie, et la FoH. Ter Braak et al. ont constaté que la FoH était un fardeau plus lourd pour les patients ayant des antécédents d'hypoglycémie grave que pour ceux qui n'ont signalé aucun événement hypoglycémique sévère récent.

b) trait/état d'anxiété et hypoglycémie

La FoH a été liée à la fois à l'état et au trait d'anxiété, mais plusieurs problèmes compliquent ces interrelations. Tout d'abord, l'anxiété ou l'excitation, est considérée comme un symptôme neurogène d'hypoglycémie. Deuxièmement, les niveaux d'anxiété élevés peuvent également conduire à une dégradation dans la détection de l'hypoglycémie, qui peut augmenter le risque d'épisodes d'hypoglycémie sévère. Pour les patients avec type 1, la FoH a été significativement corrélée avec difficulté auto déclarée de distinguer l'anxiété des symptômes d'hypoglycémie initiaux. Cette corrélation n'a pas été significative dans les patients avec type 2. Cette difficulté à discriminer entre l'anxiété et l'hypoglycémie pourrait augmenter le risque qu'un patient ne réponde pas de manière appropriée à l'hypoglycémie.

Plusieurs auteurs ont remarqué qu'un trouble préexistant d'anxiété pourrait contribuer au développement ultérieur de la FoH. D'autres relèvent aussi que l'anxiété et les attaques de panique marquées étaient plus fréquentes

chez les patients qui ont rapporté des événements hypoglycémiques fréquents.

D'autres résultats appuient la conclusion selon laquelle les deux traits de personnalité tels que la névrose et le trait d'anxiété, et des expériences réelles avec des épisodes traumatiques de l'hypoglycémie contribuent au développement et à la gravité des FoH.

Bien que ces études suggèrent des liens intéressants entre anxiété et FoH, le sens de la causalité n'a pas encore été fermement établi, et il est probable que la relation est bidirectionnelle. Par exemple, une personne anxieuse peut être plus susceptible de développer une FoH après avoir connu un épisode d'hypoglycémie. A l'inverse, un tel événement anxiogène peut déclencher le développement d'un trouble de l'anxiété chez une personne qui n'en a pas eu avant.

3. Impact de l'hypoglycémie

La peur de l'hypoglycémie augmente non seulement la détresse psychologique associée au diabète, mais il est probable aussi qu'elle ait un impact comportemental sur la gestion du diabète et le contrôle métabolique. L'un des principaux domaines de l'exploration dans ce domaine est l'hypothèse que les gens qui ont peur de l'hypoglycémie peuvent prendre des mesures correctives pour prévenir l'hypoglycémie au détriment de l'expérience de niveaux élevés de glucose. Cette hypothèse n'a pas reçu l'attention qu'elle mérite et lorsque des études ont été menées, ils ont mis en évidence des interactions complexes entre les variables psychologiques et biologiques.

La preuve à l'appui de cette hypothèse est clairement visible dans une étude de cas documentés par Cox et al.. Dans ce rapport, un sujet mâle dans une étude longitudinale a connu un épisode d'hypoglycémie sévère, entraînant de multiples blessures physiques et hospitalisations. Par la suite, ses scores HFS et HbA1c ont augmenté de manière significative, et il a reconnu qu'il a intentionnellement maintenu des niveaux de glycémie élevés pour éviter une réapparition de l'hypoglycémie sévère. Au fil du temps, sa FoH et le contrôle métabolique sont retournés aux niveaux de référence. Une preuve supplémentaire de l'impact de la FoH sur le contrôle métabolique est fournie par Clarke, Gonder-Frederick, Snyder et Cox qui ont trouvé une relation linéaire positive entre les scores HFS et HbA1c. Cependant, d'autres études ont échoué à trouver une relation entre FoH et le contrôle du diabète. En outre

	<p>l'appui de l'hypothèse de départ est fourni par Shiu et Wong, où 19,2% de leur échantillon a admis élever leurs niveaux de glucose pour éviter l'hypoglycémie.</p> <p>La relation est évidemment complexe impliquant l'interaction de nombreuses variables. D'autres recherches sont nécessaires si cette relation doit être mieux comprise.</p> <p>4. Interventions pour réduire la peur de l'hypoglycémie</p> <p>Les interventions psychologiques et l'éducation des patients pour réduire la FoH et pour améliorer la gestion du diabète commencent à être explorées. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a atténué avec succès les attaques de panique liées à la FoH dans une étude de cas.</p> <p>Les interventions plus ciblées sur la gestion de la maladie ont également été étudiées. Blood Glucose Awareness Training (BGAT) est une formation spécifique pour les patients diabétiques, qui est conçue pour améliorer la connaissance des symptômes et les facteurs menant à des glycémies extrêmes. Le BGAT peut réduire la fréquence et la peur de l'hypoglycémie et le sentiment de perte de contrôle ou d'incertitude associés à l'hypoglycémie tout en augmentant la confiance des individus dans leur capacité à reconnaître et anticiper les épisodes d'hypoglycémie. Cox et al. rapportent des résultats très prometteurs en utilisant le BGAT dans une étude récente. Dans cette étude, 73 adultes atteints de diabète de type 1 ont participé à une étude de 6 mois avec un suivi à 1, 6 et 12 mois après le BGAT. L'intervention a donné lieu à une meilleure reconnaissance de l'hypoglycémie; l'amélioration du jugement à savoir quand abaisser la glycémie; une réduction de la fréquence de l'acidocétose diabétique, de l'hypoglycémie sévère, et les accidents des véhicules à moteur; ainsi que l'amélioration en termes d'inquiétude à propos de l'hypoglycémie. Weinger et Jacobson ont également constaté que la FoH est diminuée après le traitement intensif du diabète qui comprenait le BGAT. Ces résultats suggèrent que les interventions éducatives spécifiques qui fournissent une formation à la reconnaissance précoce et à la prévention de l'hypoglycémie sévère peut être efficace à la fois en termes de réduction de la FoH et en augmentant les comportements appropriés de la gestion du diabète. Cela se produit probablement parce que la peur a tendance à diminuer une fois qu'un contrôle est perçu sur la situation redoutée.</p>
--	--

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>La discussion reprend les résultats les plus importants de l'étude afin de donner une vue d'ensemble de la situation. En résumé, il est clair que les épisodes d'hypoglycémie sont des événements très désagréables, avec le potentiel de conséquences émotionnelles, sociales et comportementales négatives pour les patients. Le développement de la FoH semble être un phénomène assez fréquent, en particulier chez les patients diabétiques de type 1 ayant des antécédents d'épisodes d'hypoglycémie plus graves. Il y a aussi des preuves que cette peur est un obstacle majeur chez les patients obtenant un contrôle glycémique optimal, et la crainte d'hypoglycémie peut l'emporter sur les préoccupations au sujet des conséquences à long terme sur les effets de l'hyperglycémie.</p> <p>L'expérience de l'hypoglycémie est universellement présentée comme désagréable et associée à de nombreux effets négatifs, en particulier lorsque l'individu ne reconnaît pas les premiers symptômes. Psychologiquement, cela peut conduire à la dépendance des autres, la stigmatisation sociale, et une détérioration du concept de soi. Comme indiqué, la perte de contrôle et l'incertitude apparaissent au centre de la charge psychologique de la FoH.</p> <p>Dans la littérature, la FoH a été mesurée en utilisant principalement le HFS, qui évalue à la fois l'impact émotionnel et comportemental des FoH. Une large gamme de problèmes émotionnels et psychologiques a été connectée à l'expérience de l'hypoglycémie.</p> <p>Les liens entre le trait d'anxiété, l'histoire de l'hypoglycémie, l'expérience de l'hypoglycémie sévère et la FoH ont également été établis. Ces études démontrent que la FoH est influencée à la fois par des traits durables de la personnalité d'un individu, ainsi que par des facteurs situationnels et transitoires tels que les expériences négatives avec l'hypoglycémie. La comorbidité psychologique semble être un problème spécifique à l'anxiété et le trouble panique.</p> <p>Les interventions psychologiques et comportementales qui réduisent la FoH ont justifié la poursuite des recherches, bien qu'il y ait des preuves que la FoH diminue après le BGAT et la TCC pour le trouble panique déclenché par la FoH.</p> <p>La conclusion : La FoH a un impact significatif sur la gestion du diabète, le contrôle métabolique et les résultats de santé. Les facteurs qui contribuent à un pauvre contrôle glycémique sont multifactoriels (ex : expérience d'hypoglycémie → FoH). Il est prouvé que les interventions peuvent réduire les niveaux de peur et améliorer la gestion de la maladie. De nombreux aspects de la FoH exigent en outre des recherches pour mieux comprendre comment la FoH survient, les variables individuelles qui prédisent le développement de la FoH ainsi que sa gravité et l'impact</p>

	<p>sur le comportement de la gestion du diabète et de la qualité de vie, et quelles approches psychologiques ou éducation ciblée sont le mieux pour traiter la FoH. Bien qu'il y ait de plus en plus de connaissances sur le développement de la FoH, comment elle impacte sur le contrôle du diabète, et ce qui peut être fait pour la traiter, de nombreuses questions importantes demeurent → exploration future de la recherche.</p> <p>Démontre les limites des résultats → on a des pistes pour les recherches futures.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Implications pratiques :</p> <p>Les recherches actuellement disponibles démontre que La FoH a un impact majeur sur la gestion du diabète pour certains patients, et qu'elle devrait être abordée dans les programmes d'éducation des patients. La recherche suggère que les patients sont souvent réticents à discuter des problèmes d'hypoglycémie avec des professionnels de la santé, en particulier des épisodes d'hypoglycémie sévère. Par exemple, une étude a révélée que les patients ne signalent pas 50% des épisodes qui se sont produits pendant la conduite. Cela signifie que les éducateurs en diabète doivent interroger directement les patients sur les épisodes d'hypoglycémie, et leur impact sur la FoH et la gestion du diabète.</p> <p>La première étape consiste à identifier les patients pour lesquels la FoH est un problème clinique important. Idéalement les éducateurs devraient utiliser un outil d'évaluation valide et fiable bien documenté, comme le HFS, si cela est impossible, les patients devraient au moins être interrogés sur la survenance de tous les épisodes récents, et les séquelles négatives de ces épisodes, y compris l'impact sur les habitudes de la gestion du diabète. Cependant, la recherche a également indiqué que les rapports des patients en ce qui concerne les épisodes hypoglycémiques peuvent ne pas toujours être fiables. Pour cette raison, il peut être extrêmement utile d'interroger les conjoints, partenaires ou d'autres parents sur les épisodes récents et leur impact. Les proches peuvent aussi avoir fait l'expérience de la FoH et ont besoins d'éducation, de soutien et de conseil. Les proches peuvent également jouer un rôle en encourageant le maintien des niveaux de glycémie plus élevés pour réduire leur propre anxiété, tels que les parents qui tentent de garder le glucose plus élevé lorsque leurs enfants atteints de diabète de type 1 sont loin d'eux.</p> <p>Les patients qui sont les plus vulnérables au développement d'une FoH demandent une attention particulière. Ces groupes comprennent ceux qui ont eu des épisodes traumatiques récents d'hypoglycémie, ceux qui semblent avoir un trait d'anxiété élevé ou des troubles anxieux préexistants, les adultes qui vivent seuls, les patients avec une inconscience hypoglycémique, et les parents d'enfants qui ont connu des crises. Lorsque les</p>

	<p>patients avec des niveaux élevés de peur sont identifiés, l'éducation intensive à l'hypoglycémie et sa prévention devrait être fournie. Cette éducation sera probablement plus utile si elle se concentre sur les techniques d'adaptation favorisant la santé, telles qu'avoir des sucres rapides sur soi, traiter les symptômes d'alerte précoce, et une surveillance plus fréquente de la glycémie.</p> <p>Les stratégies d'adaptation qui cherchent à éviter l'hypoglycémie en maintenant des niveaux de glycémie élevés devraient également être abordées franchement, y compris l'impact négatif à long terme de l'hyperglycémie sur la santé. Les mesures préventives, autres que le maintien des niveaux de glycémie élevés devraient être examinées. Le but est d'aider les patients à acquérir un sentiment accru de contrôle sur l'hypoglycémie et son traitement, réduisant ainsi la peur et l'anxiété.</p>
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Wang, H. F., & Yeh, M. C. (2012). Psychological resistance to insulin therapy in adults with type 2 diabetes: mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 743-57.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Résistance psychologique à l'insulinothérapie chez les adultes avec diabète de type 2 : revue systématique méthode mixte.</p> <p>Le titre est clair.</p>
Résumé	<p>BUT : décrire le phénomène de résistance psychologique à l'insulinothérapie du point de vue d'adultes ayant le diabète mellitus type 2.</p> <p>PROBLEME : Bien que les avantages de l'insuline pour les personnes atteintes de diabète qui sont mal contrôlées par les agents oraux aient été établis, le retard dans la transition à un traitement à l'insuline est commun. Une compréhension des obstacles à l'insuline du point de vue du client fournit des informations pour faciliter les soins appropriés et efficaces.</p> <p>SOURCES DE DONNEES : Les recherches ont été effectuées entre 1999 et 2009 en utilisant les bases de données informatisées, trois en anglais et une en chinois.</p> <p>METHODES : une revue systématique avec méthode mixte. L'abstraction de données et la synthèse ont été réalisées par une synthèse thématique. La revue d'articles a été réduite aux adultes avec diabète de type 2 et aux publications en anglais et en français.</p> <p>RESULTATS : 16 articles ont été inclus. Pour les adultes atteints de diabète de type 2, la résistance psychologique</p>

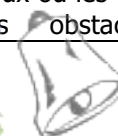
	<p>à l'insulinothérapie pourrait être expliquée par cinq thèmes : 3 thèmes sont catégorisés comme l'évaluation cognitive (les gens ne voient pas la nécessité de l'insuline et cherchent activement d'autres solutions pour contrôler la glycémie sans insuline, les gens voient globalement les conséquences de l'insuline, les gens voient l'insulinothérapie comme moins faisable). 2 thèmes sont catégorisés comme des réactions émotionnelles (les gens voient l'insuline comme une source de peur et d'anxiété, la nécessité de commencer l'insulinothérapie a une connotation très négative pour eux et est associée à des émotions dysfonctionnelles).</p> <p>CONCLUSION : la résistance psychologique à l'insulinothérapie peut résulter d'une gamme de points de vue personnels impliquant l'évaluation cognitive et/ou des réactions émotionnelles.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Faciliter la transition a été identifiée comme une tâche essentielle dans les soins infirmiers (Meleis et al. 2000). L'impact d'un changement de traitement a été reconnu comme un événement critique (Schumacher & Meleis 1994). Cependant, les transitions dans la modalité de traitement d'un régime conservateur à intensif à long terme sont examinées moins souvent.</p> <p>Il est estimé que 5-10% des personnes atteintes de diabète de type 2 connaîtront l'échec des agents hypoglycémisants oraux (AHO) et nécessiteront un traitement à l'insuline (Akber et al. 2001). Le bénéfice du traitement par association de l'insuline et AHO pour les personnes mal contrôlées par AHO seule a été démontré dans des essais cliniques (Wilson et al. 2004) et des études de cohortes (Goodall et al. 2009).</p> <p>Cependant, il y a souvent un retard dans la transition vers l'insulinothérapie chez les personnes atteintes de DT2. Le retard dans le début du traitement à l'insuline conduit à une période prolongée d'hyperglycémie, augmentant ainsi la probabilité de développer des complications (Eldor et al. 2005, Haas 2007, Fu et al. 2009).</p> <p>La prise de décision d'une personne est un facteur majeur dans le changement de traitement lors du choix du moment optimal pour la personne de commencer l'insulinothérapie (Funnell et al. 2004). Les résultats des études Diabcare-Asie 1998 et 2003 ont montré que plus de 60% des gens atteints de DT2 craignaient qu'ils finissent par avoir besoin d'insuline (Mohamed 2008). Par ailleurs, un sondage avec un échantillon de population importante, Polonsky (2007) a signalé qu'au moins 28% des personnes atteintes de diabète de type 2 et sans expérience de l'insuline étaient réticentes à commencer l'insuline, même si un tel traitement a été prescrit.</p>

	<p>Il est reconnu que la résistance psychologique à l'insulinothérapie est fréquente chez les personnes atteintes de DT2 et il y a un besoin croissant d'examiner les obstacles à l'insulinothérapie de leur point de vue. Les protocoles d'autogestion du diabète actuels essaient de réduire les charges psychologiques, et d'améliorer les connaissances et les compétences. Bien que l'objectif du programme est de réduire les charges psychologiques du diabète en général, pas assez d'attention est accordée à la transition de médicaments par voie orale à l'insulinothérapie. Les barrières psychologiques à un traitement à l'insuline chez les personnes atteintes de diabète de type 2 doivent être plus clairement identifiées si nous voulons réussir à améliorer l'éducation de la santé dans ce changement de modalité de traitement.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Une recension des écrits a été faite on le voit dans la partie précédente. Elle permet de bien comprendre le sujet actuel. Elle s'intéresse à la résistance psychologique face à l'insulinothérapie. De plus, elle relève des éléments problématiques comme le délai d'attente pour débiter l'insulinothérapie au travers de diverses études.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Au début de l'introduction il est fait mention de Meleis (théorie de la transition) qui souligne l'importance de la transition et l'importance des infirmières d'accompagner les personnes dans cette étape de leur vie. Le changement peut être un événement critique dans la vie d'une personne. Elle est aussi mentionnée en page 11 au thème 5.</p> <p>Les concepts retenus ne sont pas clairement dis mais ils semblent être les suivants : diabète type 2, insulinothérapie, résistance psychologique. Il n'y a pas de définitions claires de ces derniers.</p> <p>Comme l'objectif était de comprendre la nature du problème et d'informer l'intervention, une analyse systématique de méthodes mixtes a été jugée appropriée pour corroborer un large éventail de sources de données avec un design basé sur la recherche (Dixon-Woods et al. 2004, Harden 2010). La génération de ce type de synthèse fournit des informations pour faciliter les soins diabétiques efficaces et appropriés. Cette revue systématique de méthodes mixtes respecte les lignes directrices pour les revues d'études mixtes (Pluye et al. 2009).</p>

Buts et question de recherche	<p>Le but de cette revue est de décrire le phénomène de la résistance psychologique à l'insulinothérapie au travers d'adultes diabète de type 2.</p> <p>La question : Qu'est-ce qu'on sait au sujet des obstacles à commencer l'insulinothérapie parmi les adultes diabétiques de type 2 ? Quand et si les médecins leur recommandent, utilisent-ils l'insulinothérapie ?</p> <p>Ils ont également examiné si certaines de leurs conclusions pouvaient être attribuées à un groupe ou contexte particulier.</p> <p>Le but et la question de recherche sont en lien avec le contenu de la recension des écrits. Pas d'écart entre les deux parties, elles se suivent de manière logique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Critères d'inclusion : adultes avec diabète de type 2 (> ou égal à 18 ans) pour qui une insulinothérapie a été recommandée.</p> <p>Etudes publiées en chinois et en anglais.</p>
Considérations éthiques	<p>Pas de considération éthique car c'est une revue exploratoire de la littérature.</p>
Devis de recherche	<p>Comme ils se sont intéressés à examiner le propre point de vue du client sur les obstacles possibles à l'utilisation de l'insuline, la recherche pertinente n'est pas toujours de nature quantitative. Ainsi, des études exploratoires et descriptives et celles qui visent à mesurer les obstacles à l'insulinothérapie ont été incluses pour donner un large éventail de sources de données probantes.</p>
Modes de collectes de données	<p>Base de données utilisées : MEDLINE, CINAHL, PsycINFO en utilisant les mots suivants : psychological insulin resistance, barriers to insulin, delay to insulin, attitude to insulin, and transition to insulin.</p> <p>Autre base de données utilisée et chinoise: Index to Taiwan Periodical Literature System avec les mots clés suivants : insulin.</p> <p>Une limite de temps a été choisie : entre 1990 et 2009. Après que les bénéfices de l'insuline ont été démontrés par UKPDS.</p> <p>Les études pertinentes ont également été récupérées à partir de listes de référence à partir de papiers sélectionnés.</p> <p>Les critères d'inclusion : cités plus haut</p> <p>Les critères d'exclusion : exclure les études qui ont porté sur les obstacles à l'adhésion aux régimes d'insuline, et utilisé l'analyse multivariée comme design de recherche parce que l'objectif principal était d'examiner les voies causales plutôt que du point de vue de la personne. Les résumés seuls et les articles qui ne disposaient pas d'informations suffisantes sur la conception de l'étude, les</p>

	<p>méthodes d'analyse et les conclusions ont été écartés afin d'être en mesure de fournir une évaluation adéquate. Schéma présent qui démontre bien les étapes de sélection des 16 articles.</p>
Conduite de la recherche	Ne s'applique pas.
Analyse des données	<p>Au total 1672 articles ont été récupérés avec les critères. Après une inspection des titres et des résumés, seulement 16 articles ont été retenus.</p> <p>La rigueur de la méthodologie de recherche a été évaluée par deux examinateurs en utilisant des listes établies : un candidat au doctorat spécialisé dans les soins de santé communautaire, l'autre est un éducateur certifié du diabète et également professeur agrégé dans un service de soins infirmiers avec un doctorat en éducation. Des listes distinctes ont été utilisées pour la conception des études quantitatives et qualitatives. Des listes de contrôle d'évaluation pour l'entretien et les études d'analyse psychométriques sont tirées du Programme d'une évaluation critique des compétences (2005); la liste d'évaluation pour les études descriptives est tirée de Lethaby et al. (2001). Après examen de tous les éléments de la liste d'évaluation, la qualité méthodologique de chaque étude a été évaluée comme ++ (tous ou la plupart des critères ont été remplis), + (certains critères ont été remplis) ou - (peu ou pas de critères ont été remplis).</p> <p>L'abstraction et la synthèse des données : synthèse thématique (Thomas & Harden 2008). Elle est constituée de trois étapes : le codage du texte ligne par ligne, le développement de thèmes descriptifs, et la génération de thèmes analytiques.</p> <p>Pour les deux premières étapes, le codage du texte et le développement des thèmes descriptifs, un codage ligne par ligne a été appliqué, en catégorisant les données de chaque étude comme «résultat» ou «conclusions», pour évaluer les obstacles à l'utilisation de l'insuline. Chaque unité d'une phrase a été attribuée à un code en fonction de son contenu et de son sens. Un code supplémentaire a été appliqué lorsque un nouveau sens a émergé. Comme tous les résultats de la recherche ne sont pas directement adressés à la question de recherche, le texte a été exclu lorsque les significations étaient ambiguës ou non pertinentes à notre recherche d'intérêt immédiat. Enfin, les obstacles liés au fonctionnement physique réduit par rapport à la tâche d'auto-injection ne sont pas considérés comme une résistance psychologique.</p> <p>Pour la troisième étape, générer des thèmes analytiques, les catégories de thèmes de base ont été groupées ensemble pour générer plus de principes abstraits. Des thèmes descriptifs ont été plutôt développés pour essayer d'expliquer les préoccupations des gens au sujet de l'utilisation de l'insuline.</p>

	Dans cette partie les thèmes mentionnés ne sont pas précisés, expliqués.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les articles retenus couvrent une période allant de 1997-2007 et regroupent 7961 participants habitant l'Europe, l'Amérique du nord, l'Asie et l'Australie. D'autres informations sur les participants sont mentionnées ainsi que les méthodes utilisées.</p> <p>Le tableau résume les critères des études dans les articles. Une critique est faite sur le risque de biais.</p> <p>Synthèse des résultats : suite à l'utilisation de la synthèse thématique (Thomas & Harden 2008), un total de 145 unités de texte/article ont été enregistrées et ce processus a créé 30 codes initiaux. Par exemple, un texte codé comme «réponses négatives des autres» était: " Ils vont dire: " ! 'Regardez ce que les handicapés [personne], ces consommateurs de drogues"(Bogătean & Hancu 2004, p 249.). Il y a encore un autre exemple dans l'article. P.4</p> <p>Pour répondre aux questions de cette revue, le contenu de ces thèmes a été analysé en tenant compte de la façon dont il a contribué à la compréhension des points de vue des gens sur ce qui les empêche de démarrer l'insuline et comment cela se produit. Par exemple, trois des 15 thèmes descriptifs concernent les influences sur les choix des participants de la façon de faire face à la nécessité de commencer l'insulinothérapie (de la méfiance du médecin, la perception de la maladie et de la préférence de traitement). Les participants ne perçoivent pas que la maladie a progressé et que l'insulinothérapie est nécessaire. Ils ont préféré croire à l'efficacité de leur propre contrôle au lieu d'utiliser l'insuline. Cette perspective nous a indiqué que les gens sont des solveurs de problèmes actifs au sein de leur propre cadre de maladie, ils diffèrent du modèle médical adopté par les professionnels de santé.</p> <p>5 thèmes analytiques émergent de ce processus :</p> <p>1 : <i>les personnes diabétiques de type 2 (elles) ne voient pas la nécessité de l'insuline et cherchent activement à garder le contrôle de la glycémie sans insuline.</i> Exemples : maladie pas si grave, décision médicale incorrecte, la maladie n'a pas empiré mais cela est temporaire et réversible. Cf pages 4 et 10.</p> <p>2 : <i>elles ont une vue globale des conséquences de l'insuline.</i> Quelques Exemples : conséquences physiques, psychologiques et sociales qui sont développées en page 10.</p> <p>3 : <i>elles voient l'insuline comme une thérapie moins réalisable.</i> Exemples : l'insuline perçue comme plus inquiétante que les médicaments oraux ou les traitements non pharmacologiques, d'autres obstacles sont</p>



	<p>l'inaccessibilité, l'impraticabilité et la non acceptabilité. Tous ces éléments sont développés en pages 10 et 11.</p> <p>4 : <i>elles voient l'insuline comme une source de peur.</i> Exemple : plus invasif et douloureux que les comprimés, peur de l'hypoglycémie, peur de l'addiction, peur de l'injection. Développés en page 11.</p> <p>5 : <i>la nécessité de commencer l'insulinothérapie a une très négative connotation pour eux et est associée à des émotions dysfonctionnelles.</i> Exemples : la maladie a évolué vers une phase plutôt sérieuse si l'insuline est nécessaire et la personne pense qu'elle n'a pas suffisamment pris soin d'elle-même de manière adéquate -> échec. Cette connotation négative amène à des émotions négatives comme l'impuissance. Cf page 11 et 12 pour les détails.</p> <p>Chacun de ces thèmes est développé de manière narrative dans la revue systématique.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Dans l'encadré de la page 12 une mention de ce qui ce sait déjà sur le sujet est faite.</p> <p>Les résultats sont importants parce que, au mieux de notre connaissance, ils reflètent la première tentative de rassembler les points de vue de près de huit mille personnes atteintes de DT2 dans 16 pays. Il convient de noter que, comme la majorité des participants à l'étude étaient d'une population générale d'adultes atteints de DT2, l'applicabilité de ces résultats de recherche pour les personnes issues de groupes ethniques minoritaires et les zones mal desservies n'est pas claire.</p> <p>Les analyses suggèrent que la résistance psychologique à l'insulinothérapie implique des croyances erronées et des troubles émotionnels qui pourraient avoir une incidence négative sur les décisions des gens à se prévaloir du traitement (Polonsky 2001 Snoek, 2002).</p> <p>Chaque thème est discuté.</p> <p>Thème 1 : Les résultats suggèrent que ces gens voient le contrôle du diabète comme personnellement pertinent, mais ils le gèrent d'une manière qui entre en conflit avec le conseil médical. Il est essentiel d'avoir une connaissance de la façon dont les gens arrivent à des décisions en fonction de leur perception de la maladie, avant que nous puissions guider la conscience des gens sur la nécessité d'un traitement à l'insuline. Par exemple, si les gens reconnaissent la gravité de leur maladie par les niveaux de leurs symptômes et le fonctionnement social, ils pourraient bénéficier de l'éducation pour aider à clarifier la faible connexion entre les symptômes physiques et la progression de la maladie, et d'établir une rétroaction par l'autocontrôle de leur glycémie. Il est recommandé que la compréhension de chaque personne sur le diabète soit évaluée afin que les recommandations médicales soient</p>

pertinentes pour cette personne. De plus, les préférences de traitement observées dans un contexte d'étude spécifique, par exemple avec un groupe de population immigrée ou minoritaire particulier, devraient être prises en considération lorsque l'on travaille avec des gens d'une culture différente.

Thème 2 : Les résultats suggèrent que le message des professionnels de la santé sur les avantages de l'insuline devrait se concentrer non seulement sur les aspects physiques, mais aussi sur les préoccupations psychologiques et sociales des gens. Plus précisément, certaines conséquences négatives ont été liées à des problèmes particuliers liés à l'arrière-plan des personnes. Par exemple, la peur de perdre son permis de conduire. Un autre exemple, inquiet de surcharger la famille (rapporté à Taiwan), indique qu'il pourrait y avoir plus d'interdépendance des membres adultes de la famille à travers les générations dans certains pays que dans d'autres. La détection de ces barrières liées au contexte pourrait informer les ressources de soutien qui pourraient tamponner les effets négatifs.

Thème 3 : Ce sujet étroitement est lié à la façon d'appliquer l'insulinothérapie. Heureusement, la souplesse de l'administration d'insuline a été renforcée par l'évolution des analogues de l'insuline et des dispositifs d'injection (Brunton 2008). Cela soutient l'idée que la relative facilité de l'utilisation des nouveaux dispositifs d'insuline par rapport aux seringues et flacons devrait être discutée avec les utilisateurs potentiels (Laubscher et al., 2009). En outre, le plan de l'insulinothérapie doit être adapté individuellement aux préférences et aux priorités de chaque personne. Cependant, les obstacles à l'accès de l'insulinothérapie ont été signalés chez des personnes de groupes d'immigrants. L'efficacité du traitement pourrait être réduite si les inconvénients des populations spécifiques ne sont pas traités de manière adéquate.

Thème 4 : La présence de l'anxiété liée à l'injection et l'anxiété liée à l'hypoglycémie peuvent avoir des implications importantes pour la gestion du diabète (Zambanini et al. 1999, Wild et al., 2007), en particulier pour les personnes nécessitant une insulinothérapie. Il existe des preuves que la thérapie cognitivo-comportementale peut réussir à atténuer les attaques de panique liées à la peur de l'hypoglycémie dans le diabète (Wild et al., 2007) et la phobie de l'injection (Patel et al., 2005). Les résultats suggèrent qu'un psychologue devrait être impliqué dans les soins du diabète afin d'évaluer le besoin des gens pour la thérapie psychologique (comme la thérapie cognitivo-comportementale).

Thème 5 : Les émotions dysfonctionnelles peuvent être comprises par le sens et l'attribution attachés à la nécessité de commencer le traitement à l'insuline. Le lien étroit entre l'évaluation cognitive et les émotions (Brewin, 1996) suggère que les troubles émotionnels peuvent être

	<p>atténués par une intervention visant à modifier la croyance sur les représentations de l'insuline, par exemple, préciser que la nécessité de commencer l'insuline est le résultat de l'évolution naturelle du diabète et n'est pas liée au comportement personnel (Davis & Renda 2006).</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>La conclusion : Le point de vue des gens sur leur résistance psychologique à l'insuline montre les constructions multidimensionnelles impliquant le processus d'évaluation cognitive et la réaction émotionnelle. Il révèle que les gens perçoivent souvent de multiples obstacles à l'insulinothérapie et que la formation de compétences orientée vers la technique, ou d'essayer de convaincre quelqu'un de changer, pourrait ne pas répondre à ses besoins. Cela soutient également l'importance du rôle de l'infirmière pour aider les personnes qui commencent une insulinothérapie, en évaluant les obstacles psychosociaux à l'insulinothérapie. Il serait utile de comprendre la réticence des gens à passer à l'insulinothérapie, que leurs attitudes soient abordées d'un point de vue théorique qui intègre une reconnaissance de réactions cognitives et émotionnelles de l'individu et donc de leur approche holistique du processus de prise de décision.</p> <p>Il y a des données limitées disponibles pour les personnes issues de groupes minoritaires ethniques ou zones géographiques mal desservies. Cependant, les résultats de cette étude montrent que les barrières ont été rapportées et sont fréquemment reliées à un contexte spécifique, comme un groupe d'immigrants en particulier, ou un groupe de minorité ethnique de faible revenu. Ceci suggère que les professionnels de la santé doivent être conscients que le contexte social de certaines barrières peut être spécifique à la culture ou l'origine ethnique.</p> <p>Implication pour la pratique (encadré page 12) : La compréhension des personnes au sujet du diabète et du traitement doit être évaluée afin d'assurer que les recommandations médicales la prennent en compte.</p> <p>L'information des personnes diabétiques type 2 au sujet des effets de l'insulinothérapie doit couvrir les bénéfices physiques, psychologiques et sociaux et les autres conséquences.</p> <p>Les obstacles perçus à l'insulinothérapie sont cognitifs et émotionnels, cela suggère qu'une intervention cognitive peut être aidante.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Lassere Moutet, A, & Dupuis, J, & Chambouleyron, M, & Lagger, G, & Golay, A. (2008) Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie Médicale*, 9, 83-93.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre comprend et précise clairement les concepts-clés tels que l'identité professionnelle, l'impact d'un programme de formation continue de soignants et l'éducation thérapeutique du patient.
Résumé	<p>Le résumé de l'article est synthétisé de manière claire et précise. Il met en évidence les différentes parties de l'étude où l'on trouve :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexte : Le Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient (DiFEP) décerné par la Faculté de Médecine de l'Université de Genève a été créée en 1998 pour encourager le développement des compétences des soignants dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique. Selon nous, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) remet profondément en question le rapport soignant-soigné et incite le soignant à faire évoluer son identité professionnelle. - But : Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact du DiFEP sur la transformation de l'identité professionnelle des soignants. - Méthode : Un questionnaire a été adressé aux 49 soignants diplômés ; 28 questionnaires nous ont été retournés (57 %). - Résultats : Les résultats montrent que 65 % des soignants ont tout à fait évolué dans leur perception du rôle du patient dans son traitement : de profane, celui-ci devient partenaire de soin; 53 % des soignants témoignent d'une importante évolution de leur perception de leur rôle : la relation thérapeutique est maintenant considérée comme un soin à part entière. Enfin, 44 % des soignants occupent de nouvelles responsabilités en lien direct avec l'éducation thérapeutique du patient au sein de leurs institutions. - Conclusion : La formation continue est donc l'occasion de transformations qui ont une portée identitaire. Les formateurs doivent se préoccuper

	<p>non seulement des connaissances qu'ils transmettent mais aussi d'accompagner ces transformations identitaires.</p> <p>Ce résumé présente brièvement et de manière complète l'étude réalisée.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème mis en évidence est que le concept de l'éducation thérapeutique du patient a émergé dans la pensée médicale au cours des années 1970 pour aider les personnes vivant avec une maladie chronique à mieux gérer son maladie et son traitement. Pendant longtemps, les pratiques éducatives sont restées surtout informatives: l'objectif était de transmettre au patient les connaissances sur la maladie, dont il aurait besoin pour se traiter au quotidien. L'expert-soignant partageait ses connaissances avec le patient-profane. Au vu des résultats décevants et au contact des sciences sociales, particulièrement des sciences de l'éducation, les pratiques éducatives se sont ensuite axées plus spécifiquement sur les comportements de traitement. En se centrant sur les comportements de traitement, les soignants ont aussi découvert l'expérience du patient, ses croyances et ses peurs. Ils sont restés des experts tentant d'appréhender l'expérience du patient de manière positive, essayant donc de le considérer lui aussi comme un expert. Les notions de changement et de motivation ont pris une grande ampleur en regard de la complexité de la maladie. Les soignants ont été jusqu'à remettre en question leur expertise, permettant ainsi à une nouvelle forme du rapport soignant-soigné d'émerger : le partenariat de soin. Il s'agit alors d'aider la personne à mobiliser ses ressources pour parvenir à intégrer la maladie et le traitement dans sa vie. Dans les parcours professionnels, la formation initiale fonctionne comme un vecteur de construction professionnelle. La formation continue aborde les mêmes champs de professionnalité mais offre de nouvelles perspectives qui engendrent des ébranlements identitaires et des remises en question⁷. Pouvant être conçue comme un complément à la formation initiale et comme une occasion de structurer les apprentissages expérientiels, la formation continue modifie, au travers de nouveaux apports, la construction globale de l'édifice personnel. L'investigation de l'identité professionnelle a donc pour but de repérer les transformations principales ayant eu lieu au cours de la formation.</p> <p>Dans cet article, il s'agit de s'intéresser à l'évolution de l'éducation thérapeutique et à la manière avec laquelle les soignants décrivent le rapport soignant-soigné à l'issue des 3 années de formation. Il s'intéresse également à l'évolution des soignants dans leurs parcours professionnels après leur passage dans la formation. Il est</p>

	<p>pertinent et approprié dans le contexte des connaissances actuelles. Dans cet article, il s'agit d'étudier l'impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. Le problème a une signification particulière pour la discipline infirmière, puisqu'il peut être rencontré dans différents contextes de soins, y compris dans divers pays. Il permet de mettre en évidence que la formation en éducation thérapeutique de l'infirmière est particulièrement importante.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>L'étude mentionne que depuis une dizaine d'années, les programmes de formation continue en éducation thérapeutique du patient se développent un peu partout en Europe. Ils font suite à la publication en 1998 d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé¹, qui souligne la plus-value des pratiques d'éducation thérapeutique dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique et propose des recommandations pour la mise en œuvre de programmes de formation pour les soignants.</p> <p>C'est dans ce contexte que l'Université de Genève a soutenu la création, au sein de la Faculté de médecine, d'un diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient (DiFEP). Dès le commencement, l'équipe pédagogique du DiFEP s'est préoccupée de soutenir une réflexion sur l'identité du soignant spécialisé dans l'accompagnement des patients chroniques. Loin d'être une boîte à outils pour soignants démunis, l'éducation thérapeutique remet profondément en question le rapport soignant-soigné². Elle invite le soignant à s'interroger sur son expertise, son pouvoir et la légitimité de ses interventions en regard de l'autodétermination du patient. Cette petite recension permet d'identifier sur le fondement des sources sur lesquelles se base l'étude. Cela présente également la description de l'état actuel de manière claire et précise en lien avec la thématique. Cela permet également une meilleure compréhension de l'hypothèse et du but de la recherche. Elle est cohérente et en lien avec le problème et le but de l'étude, constitue une base solide et permet de mettre en évidence les connaissances actuelles sur la question de la recherche.</p>
<p>Cadre de recherche</p>	<p>Les concepts clés sont pour moi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'éducation thérapeutique du patient. Il est décrit clairement et de façon adéquate. - Le patient atteint de maladie chronique : il est décrit mais n'est selon moi pas suffisamment développé. - L'expert soignant : il n'est pas suffisamment développé et décrit pour moi. <p>Le cadre conceptuel n'est pas clairement décrit, mais il est possible d'imaginer que cette recherche s'appuie sur des études antérieures.</p>

Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est décrit clairement : évaluer l'impact du diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient sur la transformation de l'identité professionnelle des soignants ayant suivi le programme. Il n'y a pas de question de recherche énoncée.</p> <p>Les auteurs font l'hypothèse que le soignant se formant à l'éducation thérapeutique dans le cadre du DiFEP va évoluer dans les perceptions qu'il a, à la fois du rôle du patient dans sa prise en charge et de son propre rôle.</p> <p>Les variables-clés sont énoncées comme la nature des relations de pouvoir dans l'espace de travail, la place qu'y occupent la personne et son groupe d'appartenance.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>Une version papier du questionnaire a été envoyée à 49 soignants, ce qui correspond au nombre de personnes diplômées au moment de la recherche ; 28 questionnaires ont été retournés intégralement complétés (57 %).</p> <p>L'auteur a essayé d'accroître la représentativité de l'échantillon en effectuant une relance téléphonique, 21 participants n'ont pas répondu au questionnaire. Aucune indication n'est disponible concernant ces non-réponses, ni le manque de temps, ni l'éventuelle moindre importance accordée par les non répondants au DiFEP et à son impact dans leur pratique clinique. Un tableau présente les caractéristiques des 28 soignants répondants, totalement représentatives de notre population générale des 49 soignants interrogés (homogénéité des sous-groupes).</p>
Considérations éthiques	<p>Les auteurs expliquent qu'un dispositif est conçu pour promouvoir l'autonomie de l'apprenant. En sus des modalités pédagogiques interactives et de l'accompagnement individualisé du projet de recherche-action, les responsables de formation veillent à rendre les évaluations transparentes et formatives (coconstruction ou mise à disposition des critères d'évaluation, propositions de réajustements) et à tenir à la disposition des participants toutes les ressources nécessaires pour qu'ils puissent résoudre leurs problèmes d'ordre pédagogique ou institutionnel. Mais cela n'entre pas directement dans le cadre de l'étude qui ne parle pas de la sauvegarde des droits des participants ou des risques et des bénéfices pour les participants.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis de recherche correspond à une étude qualitative et quantitative car dans un premier temps, quatre entretiens semi-structurés ont été menés avec quatre soignants tirés au sort ayant obtenu le DiFEP. Les thèmes principaux étaient les suivants : apprentissages effectués au cours de la formation, transfert de ces apprentissages dans la pratique et définition du rôle de spécialiste en</p>

	<p>éducation thérapeutique puis Un questionnaire a été développé à partir de ces thèmes et du cadre théorique. Cette méthode de recherche est appropriée au problème, puisqu'ils recherchent à mettre en évidence : trois dimensions en utilisant des questions fermées avec des échelles de Likert de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait) : l'évolution de la perception qu'a le soignant du rôle du patient dans sa prise en charge, l'évolution de la perception qu'a le soignant de son propre rôle et l'évolution du soignant dans son contexte professionnel. Des questions ouvertes permettent d'enrichir notre compréhension des trois dimensions. Les données qualitatives ont été traitées par analyse de contenu thématique Les catégories d'analyse ont été proposées par le premier auteur. Une recherche de consensus s'est effectuée avec le second auteur ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'atteinte des objectifs spécifiques du programme et la mise en lumière des éléments qui contribuent à ce résultat, également par le biais de questions fermées et de questions ouvertes. Les auteurs ont sembler-t-ils passé passablement de temps sur le terrain.
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Dans un premier temps, quatre entretiens semi-structurés ont été menés avec quatre soignants tirés au sort ayant obtenu le DiFEP. Les thèmes principaux étaient les suivants : apprentissages effectués au cours de la formation, transfert de ces apprentissages dans la pratique et définition du rôle de spécialiste en éducation thérapeutique.</p> <p>Dans un deuxième temps, les auteurs utilisent un questionnaire qui a été développé à partir de ces thèmes et du cadre théorique. Ce questionnaire explore :</p> <ul style="list-style-type: none"> - trois dimensions en utilisant des questions fermées avec des échelles de Likert de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait) : l'évolution de la perception qu'a le soignant du rôle du patient dans sa prise en charge, l'évolution de la perception qu'a le soignant de son propre rôle et l'évolution du soignant dans son contexte professionnel. Des questions ouvertes permettent d'enrichir notre compréhension des trois dimensions. Les données qualitatives ont été traitées par analyse de contenu thématique Les catégories d'analyse ont été proposées par le premier auteur. Une recherche de consensus s'est effectuée avec le second auteur ; - l'atteinte des objectifs spécifiques du programme et la mise en lumière des éléments qui contribuent à ce résultat, également par le biais de questions fermées et de questions ouvertes. <p>Quatre autres participants ont été tirés au sort parmi ceux ayant obtenu le DiFEP et le questionnaire leur a été soumis. Le temps requis pour le remplir a été relevé : moyenne 41 minutes (34-49 mn). Un entretien a été conduit avec ces quatre participants de manière à vérifier la compréhension aux questions posées.</p>

	Le mode de collecte de données est décrit de manière précise.
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données a été clairement décrit et expliqué. Toutes les données ont été recueillies dans un premier temps par un entretien puis à l'aide de différents questionnaires. Le processus de collecte des données est décrit de manière simple.
Analyse des données	Les données qualitatives ont été traitées par analyse de contenu thématique Les catégories d'analyse ont été proposées par le premier auteur. Une recherche de consensus s'est effectuée avec le second auteur. Il n'est pas spécifié comment les questionnaires écrits ont été analysés. Le résumé des résultats est compréhensible : A l'issue de leur formation, 18 soignants (65 %) reconnaissent que la formation les a tout à fait aidés à évoluer dans leur perception du rôle du patient dans sa prise en charge, quatre soignants beaucoup (14 %), quatre soignants passablement (14 %) et deux très peu (7 %). Les différents thèmes font ressortir adéquatement la signification des données.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de graphiques et logiquement associés entre eux. Ils sont résumés par un texte narratif.</p> <p>A l'issue de leur formation, 18 soignants (65 %) reconnaissent que la formation les a tout à fait aidés à évoluer dans leur perception du rôle du patient dans sa prise en charge, quatre soignants beaucoup (14 %), quatre soignants passablement (14 %) et deux très peu (7 %). Les questions ouvertes permettent d'affiner notre compréhension du rapport soignant-patient vu par les soignants formés au DiFEP. Les expressions utilisées par les soignants au terme de leur formation pour décrire le rôle du patient dans sa maladie et son traitement ont été regroupées par thèmes ; elles sont présentées dans le <i>tableau 2</i>. Les catégories d'analyse émergent donc du discours des participants ainsi que de l'évolution historique du rapport soignant-soigné décrite et référencée ci-dessus où l'on voyait qu'aux trois époques - années 70 centrées sur l'information du malade ; années 80 et 90 préoccupées par l'acquisition par le patient de compétences d'autogestion de la maladie et du traitement ; et plus dernièrement élargissement de la notion de compétence au soutien à l'autodétermination du patient - correspondait une nouvelle figure du rapport soignant/soigné. A l'issue de leur formation, 15 soignants (53%) déclarent avoir tout à fait évolué dans leur perception de leur propre rôle, huit soignants beaucoup (29 %), quatre soignants passablement (14 %) et un, un peu (4 %) (<i>figure 2</i>). L'analyse révèle donc trois modalités possibles du rapport soignant-soigné : « expert-profane », « expert-expert » et « partenaires de soin ». (...)</p>

	Le tableau 6 résume l'appréciation par les répondants de l'impact sur leur apprentissage des principales interventions ou modalités pédagogiques utilisées au cours du DiFEP. De nombreux points forts et quelques limites sont ainsi exprimés.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Seuls 28 questionnaires sur 49 ont été rendus malgré une relance téléphonique. Comme dit précédemment, le nombre réduit de réponses au questionnaire peut être compris de différentes manières : investissement important pour le remplir (questions ouvertes et temps requis), moindre importance accordée par certains participants à la portée de la formation DiFEP dans leur pratique clinique, voire déception pour d'autres de ne pas avoir pu bénéficier d'une promotion institutionnelle grâce à la formation.</p> <p>Pour confirmer ces hypothèses, il serait nécessaire d'avoir des entretiens approfondis avec les non-répondants ; par ailleurs, il nous semblerait également pertinent à ce stade de mieux connaître les motifs d'engagement en formation des participants du DiFEP. Tous les répondants n'ont pas répondu systématiquement à chaque question ouverte. Toutefois, la validation des catégories d'analyse est limitée puisque seul un consensus entre les deux premiers auteurs a été élaboré ; pour satisfaire l'exigence de triangulation, importante au regard du critère de crédibilité en recherche qualitative, il aurait été enrichissant de concevoir une validation externe et/ou une validation auprès des répondants eux-mêmes.</p> <p>Compte tenu des limites de l'étude évoquées ci-dessus, ce travail est une étude préliminaire exploratoire qui permet de dégager des pistes de recherches à approfondir ultérieurement par d'autres travaux.</p> <p>En tenant compte des limites évoquées, notre étude met en évidence que la plupart des participants du DiFEP ayant participé à l'étude ont évolué dans leur identité professionnelle au cours des trois ans de leur formation. On appelle « identité professionnelle » un ensemble de valeurs, de normes et procédures qui fondent les représentations collectives d'un groupe et guident la pratique professionnelle. Elles donnent aux personnes le sentiment d'appartenir à un groupe professionnel distinct. L'identité professionnelle se construit sur la base de l'identification aux pairs. Le fait de se reconnaître une identité professionnelle dépend de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, compétences et des images de soi⁸. Nos résultats soutiennent l'idée que les soignants ont évolué dans leurs valeurs, leurs perceptions du rôle du patient et de leur rôle vers une modalité du rapport soignant-soigné que nous avons appelée « partenariat de soin ». Le soignant spécialiste en ETP saura</p>

élargir sa compréhension du patient pour l'accueillir totalement et formuler un projet éducatif sur mesure. La relation entre les deux partenaires devient le socle sur lequel se construit le projet éducatif. L'éducation thérapeutique du patient est intégrée fortement dans les soins, rendant peu pertinente la délégation de l'acte éducatif à d'autres professionnels. Si un nombre important de participants du DiFEP n'ont pas attendu de commencer leur formation pour s'interroger sur le rapport soignant-soigné, nos résultats nous informent néanmoins sur le rôle de catalyseur joué par une formation de ce type. Il est en effet bien connu que la formation continue vient plus souvent soutenir et orienter des réflexions déjà entreprises que déclencher de nouvelles vocations. Mais pour que l'adulte s'engage dans un processus de remise en jeu de ses comportements et des représentations qui sont supposées les interpréter, il faut que les convictions qu'il a érigées en raison d'être pour rendre compte de son expérience soient ébranlées¹¹. C'est ce qui arrive aux soignants se formant au DiFEP : ils ont pour la plupart expérimenté l'insuffisance de leurs compétences dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique ou vécu un décalage trop grand entre leur vision du soin et leurs pratiques effectives. Enfin, l'élargissement des pratiques d'éducation thérapeutique à des maladies chroniques comme l'obésité a dans certains cas obligé les soignants à reconnaître leur propre impuissance à les accompagner. Cette reconnaissance de l'impuissance du soignant est un moment clé dans la transformation de son identité professionnelle. Dans une étude préliminaire, nous avons d'ailleurs mis en évidence que ce sentiment d'incompétence pouvait être à l'origine d'un projet de formation continue en ETP¹². Une étude plus approfondie portant sur les motifs d'engagement en formation des participants du DiFEP permettrait de mieux appréhender cette question.

Le tableau 6 présente les éléments qui contribuent à l'apprentissage des participants au cours de leur formation. Il met en évidence, entre autres, deux résultats *a priori* contradictoires, à savoir l'importance qu'ils accordent à la rencontre et au partage avec les autres participants, et l'utilité et la pertinence de l'accompagnement à la conception et à la mise en œuvre du projet éducatif. Si notre dispositif de formation reste classique dans sa forme – milieu d'apprentissage fermé et guidance majoritairement externe –, les efforts mis en œuvre pour favoriser l'interactivité sont reconnus par les participants comme un des points forts de la formation. Il est d'ailleurs possible que les échanges entre participants soient un des éléments qui favorise la transformation identitaire : le DiFEP est un lieu où l'on rencontre d'autres soignants confrontés aux mêmes difficultés avec les patients et aux mêmes enjeux institutionnels. Cette identification avec

	<p>d'autres renforce la légitimité de chacun à se positionner autrement vis-à-vis des autres, patients et institutions. A l'inverse, l'accompagnement du projet éducatif a pour objectifs d'individualiser le parcours de formation et de faciliter le transfert des apprentissages. En soulignant son importance dans leur apprentissage, les répondants au questionnaire justifient les efforts entrepris par l'équipe de formation pour que les principes éducatifs défendus au cours de la formation ne restent pas lettre morte.</p> <p>Tous les résultats sont interprétés en fonction de l'hypothèse initiale. L'interprétation des résultats sont conformes aux résultats, les liens entre les deux sont réalisés et mis en évidence tout au long de la discussion. La conclusion découle logiquement des résultats : La formation en ETP telle que nous la proposons au DiFEP a donc pour objectif général de permettre aux soignants d'aider les patients à mieux gérer leur maladie et leur traitement. L'évolution des pratiques éducatives et l'élargissement de l'éducation thérapeutique à de nouvelles maladies chroniques remettent régulièrement en question les termes du rapport soignant-soigné. Les participants du DiFEP le disent ; il est question pour eux de redonner une place de choix au patient au sein de la relation thérapeutique, quitte à perdre du pouvoir. Amenés à repenser différemment leur propre rôle dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique, ils doivent alors réinventer une posture qui à la fois intègre la transformation de leurs valeurs professionnelles, et respecte la vision qu'ils ont de leur responsabilité professionnelle de soignant. Cette nouvelle posture demande un réel investissement et de multiples ajustements. L'émergence du patient sujet de sa santé peut se faire dans le cadre de la relation de soins à condition que le soignant éducateur accepte de se laisser toucher en tant que personne par la personne qui est en face de lui¹³. On ne peut, en effet, entreprendre d'éduquer sans accepter d'entrer soi-même dans un processus de transformation. Les apports de la pédagogie, de la psychologie et de la sociologie sont utilisés pour soutenir cette transformation et offrir des outils pour rendre opératoire cette nouvelle conception du rapport soignant-soigné qui vise à soutenir l'autodétermination du patient. La formation continue est souvent l'occasion de transformations qui ont une portée identitaire¹⁴. Les formateurs sont de plus en plus appelés à faciliter le chemin de la prise en charge personnelle de la formation continue. Aussi doivent-ils se préoccuper non seulement des connaissances qu'ils transmettent mais surtout d'accompagner les transformations de l'identité professionnelle ayant lieu au cours des formations en éducation thérapeutique du patient.</p>
Conséquences et recommandations	Les auteurs expliquent que la formation continue est souvent l'occasion de transformations qui ont une portée

	<p>identitaire¹⁴. Les formateurs sont de plus en plus appelés à faciliter le chemin de la prise en charge personnelle de la formation continue. Aussi doivent-ils se préoccuper non seulement des connaissances qu'ils transmettent mais surtout d'accompagner les transformations de l'identité professionnelle ayant lieu au cours des formations en éducation thérapeutique du patient.</p> <p>Ils manquent des liens avec d'autres études qui pourraient améliorer la discussion des résultats.</p>
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

Brod, M., Kongsø, J. H., Lessard, S., & Christensen, T. L. (2009). Psychological insulin resistance: patient beliefs and implications for diabetes management. *Quality of Life Research : an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 18(1), 23-32.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise clairement les concepts : la résistance à l'insuline, les croyances et les implications des patients et la gestion du diabète mais pas la population.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche :</p> <p>But : Définir et comprendre le patient ayant une résistance psychologique à l'insuline (PIR) et son impact sur la gestion du diabète.</p> <p>Méthode : Revue systématique de littérature d'un comité de pairs de lectures de revues utilisant la base de données Medline comprenant tous les articles en anglais de 1985 à 2007. La population incluant les patients atteints de diabète de type 1 et de type 2 sans insuline et ceux qui utilisent actuellement de l'insuline. Un total de 116 articles a été examiné.</p> <p>Résultats : La résistance psychologique à l'insuline est influencée par les croyances et les connaissances des patients sur le diabète et l'insuline, l'auto-perception négative et les barrières comportementales, la peur des effets secondaires et des complications de l'utilisation de l'insuline et la stigmatisation sociale. Ces influences étiologiques, à la fois de façon indépendante et en combinaison, constituent la résistance psychologique à l'insuline d'un patient qui peut se traduire à la fois par la réticence des patients et initier et intensifier le traitement, ce qui conduit à un retard d'initiation du traitement et compromet le contrôle du glucose.</p> <p>Conclusion : La résistance psychologique à l'insuline est complexe et multiforme. Elle joue un rôle important, bien</p>

	<p>que souvent ignorée dans la gestion du diabète. Aider les professionnels des soins de santé à mieux comprendre la résistance psychologique à l'insuline du point de vue du patient devrait aboutir à des résultats de traitement améliorés. En adaptant les traitements aux patients avec des résistances psychologiques à l'insuline, les cliniciens peuvent être mieux en mesure d'aider leurs patients à commencer plus tôt un traitement d'insuline et d'améliorer la conformité, facilitant ainsi le contrôle glycémique cible.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé, il est approprié dans le contexte des connaissances actuelles et a une signification particulière pour la discipline infirmière car cette dernière est directement concernée et peut l'influencer :</p> <p>Historiquement, l'insuline a été sous-utilisée « en dernier recours » comme option dans la gestion du diabète. Cependant, elle devient de plus en plus valorisée en raison de sa capacité à promouvoir des niveaux appropriés de contrôle de la glycémie, la diminution du risque à long terme de complications et aucun effet négatif significatif sur la qualité de vie du patient. « Malheureusement, l'insuline n'est pas utilisée assez tôt, assez souvent ou assez agressivement pour permettre aux patients d'atteindre les objectifs glycémiques pour prouver la réduction de la morbidité et la mortalité ». L'initiation à l'insulinothérapie est souvent un des choix les plus difficiles et importants que les personnes atteintes de diabète doivent faire. Parce que l'utilisation de l'insuline implique souvent des perceptions négatives, la décision et la thérapie peuvent présenter un obstacle psychologique et logistique, conduisant le patient à une résistance au traitement. La résistance psychologique à l'insuline peut être définie comme une opposition psychologique envers l'utilisation de l'insuline entre la personne diabétique et son prescripteur. La résistance à l'insuline est une notion multiforme qui englobe les facteurs psychologiques et le complexe de l'interaction de ces facteurs quand une personne fait face à la décision de commencer un traitement à l'insuline et /ou de se conformer à un traitement en cours. La résistance à l'insuline représente un ensemble complexe de croyances au sujet de la signification de la thérapie à l'insuline, une mauvaise auto-efficacité concernant les compétences nécessaires pour la thérapie à l'insuline, la peur des injections et un manque d'informations précises.</p> <p>Ces croyances peuvent être influencées par les expériences passées, l'attitude des autres, la perception des participants de leur diabète et leur compréhension du processus de la maladie. Etant donné que plus de 50% des personnes atteintes de diabète ont de l'insuline et le fait</p>

que l'insuline est le plus puissant médicament disponible pour atteindre les objectifs glycémiques, on pourrait supposer que l'initiation à l'insuline et la compliance ne serait pas un enjeu majeur clinique. En réalité, la résistance psychologique à l'insuline n'est pas un facteur rare, c'est celui qui influence négativement tant l'initiation (commencement) que la conformité du traitement à l'insuline. Il a été démontré que pour une majorité de patient diabétique non insulino-dépendant l'insuline ne fera pas une différence dans leur santé globale. Et bien que 73% des patients de type 2 commençant étaient réticents à le faire dans un premier temps. 40% des patients non insulino-dépendant ne croient pas que l'insulinothérapie les aidera à atteindre un bon équilibre glycémique contrôlé ou à améliorer leur pronostic. De plus, en examinant l'empressement des patients non-insulino-dépendant diabétiques de type 2 à commencer l'insuline si elle est prescrite, il a été constaté que des attitudes négatives à l'égard de l'insuline étaient fréquentes avec une moyenne de 3.1 croyances négatives identifiées par sujet.

En plus de l'impact sur l'initiation et l'observance du traitement à l'insuline, la résistance psychologique à l'insuline peut aussi influencer les aspects physiques, sociaux et psychologiques de la qualité de vie, ainsi que la satisfaction de traitement. Le contrôle glycémique sous-optimal conduit à un fardeau accru pour la santé, qui, à son tour, peut entraîner une diminution de la capacité à exercer des activités et des actions qui sont importantes pour la qualité de vie. Ainsi, à long terme, les objectifs de traitement cliniques peuvent être compromis en raison des préoccupations à court terme des patients avec une résistance psychologique à l'insuline. La satisfaction de traitement qui est un équilibre délicat entre la perception du patient et l'efficacité est également directement touchée par la résistance psychologique à l'insuline, comme les croyances influencent les perceptions de satisfaction. Par exemple, la résistance psychologique à l'insuline, en raison de la crainte de gain de poids, est susceptible d'augmenter la résistance psychologique du patient et de la charge du traitement qui à son tour peut réduire la satisfaction du traitement.

Malheureusement, même si le patient avec des résistances psychologiques à l'insuline est commun, les médecins peuvent se sentir incapables de gérer les résistances psychologique de leurs patients qui ont besoin d'aide pour faire face à la peur et à l'anxiété ressenti à propos de leur diabète et de son traitement. Moins de la moitié des professionnels de la santé interrogés dans l'étude sur les attitudes, les souhaits et les besoins dans le diabète (DAWN) ont estimé qu'ils étaient en mesure d'identifier et d'évaluer les besoins psychologiques de leurs patients.

Recension des écrits	Comme c'est une revue de littérature systématique d'articles, une recension des écrits a donc été effectuée et est la base de l'étude.
Cadre de recherche	Les concepts clés sont les adaptations de style de vie, les facteurs culturels et les obstacles comportementaux. Ils sont liés au but de l'étude mais pas clairement définis.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement énoncé : Le but de cet article est de présenter les résultats d'une revue de littérature systématique d'articles liée à la définition et la compréhension du patient et de l'impact de la résistance psychologique à l'insuline sur la gestion du diabète arbitrés par un comité de pairs. Le but de cette recherche est d'aider les cliniciens à traiter les questions des résistances psychologiques à l'insuline avec leurs patients et d'identifier le traitement d'insuline optimal pour un patient donné.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche ou d'hypothèses émises.</p>
METHODES	
Population et échantillon	<p>Comme c'est une revue de littérature, les critères de recherche documentaire et de sélection d'articles sont mentionnés :</p> <p>La recherche documentaire a été réalisée selon la US National Bibliothèque de la base de données MEDLINE de médecine. La recherche inclut tous les articles publiés en anglais, le premier auteur de langue maternelle, à partir de 1985 et se terminant en 2007. L'objectif était de représenter la littérature historique et actuelle pertinente. La recherche de références croisées a utilisé des références d'articles passées en revue, PubMed et des recherches dans Google ont alors été conduites pour des articles supplémentaires. La recherche a été arrêtée lorsque la saturation de nouvelles informations a été atteinte et que les recherches supplémentaires n'ont pas identifiées de nouveaux articles. Les mots clés et expressions utilisées pour la recherche étaient : Résistance psychologique à l'insuline, la résistance à l'insulinothérapie, les effets secondaires de l'insuline/ complications liées à la réticence à traiter le diabète, refus de traitement, les obstacles à la conformité de l'insuline, le passage à la thérapie de l'insuline, la race, l'ethnie, la culture, les questions de genre, la barrière à l'initiation de l'insuline, la réticence du patient à l'insuline, l'adaptation psychologique au diabète, insuline, aiguille, l'anxiété de l'injection, la phobie/la peur, les problèmes psychologique liés au diabète, les aspects psycho-social du traitement du diabète, les perceptions des patients, l'acceptation de l'insuline, l'adhésion à l'insuline et la préférence du patient. Aucune limitation en ce qui concerne le type de conception de l'étude (qualitative, quantitative et incluant les articles</p>

	de revus) ont été imposées à la recherche. La population de l'étude comprenait des patients de diabète de type 1 et de type 2, non insulino-dépendant et ceux qui utilisent actuellement de l'insuline. Un total de 109 articles a été examiné et l'information a été qualitativement synthétisée selon des groupes (par exemple les adaptations de style de vie, les facteurs culturels, les obstacles comportementaux) qui ont émergé comme concepts répétitifs lors de l'examen du processus.
Considérations éthiques	Il n'y a pas directement de participants.
Devis de recherche	C'est une revue de littérature, il n'y a donc pas de temps passé sur le terrain et auprès des participants.
Modes de collectes de données	C'est une revue de littérature, la collecte de données ce fait sur des articles.
Conduite de la recherche	C'est une revue de littérature.
Analyse des données	Les articles sont arbitrés par un comité de pairs. Un total de 109 articles a été examinés et l'information a été qualitativement synthétisées selon des groupes (par exemple les adaptations de style de vie, les facteurs culturels, les obstacles comportementaux) qui ont émergé comme concepts répétitifs lors de l'examen du processus.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés uniquement à l'aide d'un texte narratif. Les thèmes sont logiquement associés entre eux.</p> <p>Définir et comprendre le continuum complet des composants de la résistance psychologique à l'insuline. La synthèse de la littérature a révélé que la résistance à introduire l'insuline ou de se conformer à un traitement d'insuline au fil du temps peut être touchée par les croyances des patients et les connaissances du diabète et de l'insuline; des auto-perceptions négatives et des attitudes barrières (sentiment d'échec personnel ou d'auto-blâme dans la nécessité de l'utilisation de l'insuline, la peur de l'injection); la crainte des effets secondaires et des complications résultant de l'utilisation de l'insuline : aussi bien que les adaptations de style de vie, les restrictions exigées par l'utilisation d'insuline et la stigmatisation sociale. Ces influences éthologiques, que ce soit indépendamment ou en combinaison, constituent les résistances psychologiques à l'insuline d'un patient.</p> <p>Les croyances et les connaissances sur le diabète et l'insuline</p> <p>Le manque de connaissances sur le diabète et l'insulinothérapie ou les croyances et les idées erronées sur la maladie et le traitement contribuent à la résistance psychologique à l'insuline. Par exemple, certains patients croient que l'insuline, plutôt que le diabète, leurs causes de grave problèmes de santé et des complications graves</p>

ou chroniques, telles que l'amputation, la crise cardiaque ou peut-être la cécité et même la mort.

Les patients peuvent également percevoir que l'insuline est de plus une maladie grave et/ou que l'insuline implique que l'initiation de l'insuline signifie qu'ils deviennent « plus malades » ou que leur maladie a dramatiquement progressée et est devenue plus sérieuse ou qu'ils sont à la « fin de leur route ».

Les auto-perceptions négatives et les barrières comportementales

Les résistances psychologiques à l'insuline peuvent être le résultat d'un sentiment d'échec personnel ou d'auto-blâme au sujet de la nécessité d'un traitement d'insuline. Ce sens de l'échec peut être le résultat du sentiment que l'insuline est nécessaire parce qu'ils ont « échoué » à d'autres traitements ou qu'ils n'ont pas contrôlé leur maladie ou parce qu'ils n'ont pas correctement pris soin d'eux-mêmes ou n'ont pas été en mesure de gérer eux-mêmes leur maladie avec un régime alimentaire, de l'exercice ou des médicaments oraux seuls. Ce sentiment d'échec personnel peut laisser le patient avec un sentiment d'échec et de culpabilité et la conviction qu'ils vont dans l'impossibilité de contrôler la maladie dans le futur, quel que soit le traitement, et que l'insuline ne sera pas efficace et ne fera pas une différence positive pour leur santé globale. L'insuline peut également être perçue comme une menace ou une peine, ce qui entraîne de la colère ou de la trahison, parce que les patients peuvent se sentir injustement puni pour de mauvais auto-soins.

Les auto-perceptions négatives et les barrières comportementales supplémentaires qui peuvent jouer un rôle dans la résistance psychologique à l'insuline comprennent : un vœu pieux que l'insuline n'est pas nécessaire, la procrastination concernant le traitement, la croyance que les gens traitent les utilisateurs d'insuline différemment, qu'ils ne sont plus « normaux », qu'ils sont maintenant dépendant ou comme un toxicomane, ou qu'ils sont mal éduqués ou mal équipés pour faire face aux exigences quotidiennes de la thérapie à l'insuline.

Les attitudes barrières « peur des injections » se composent de plusieurs composants qui peuvent résulter en résistance psychologique à l'insuline, y compris : la préoccupation des techniques, la crainte que les injections soient douloureuses, la peur de s'infliger des automutilations, la peur de l'auto-injection ou l'aversion des injections quotidiennes, l'anxiété généralisée et la phobie des aiguilles. Plus précisément, on a montré que les préoccupations techniques à inclure sont : l'anxiété au sujet de la maîtrise des compétences de se donner soi-même une injection, le trac général de recevoir des injections, la préoccupation de la préparation de la dose d'insuline, l'appréhension au sujet de la bonne technique d'injection par rapport à l'aiguille, une mauvaise auto-efficacité, des préoccupations concernant les compétences

liées à l'administration d'une injection, ainsi qu'un manque général de confiance en ce qui concerne la capacité à gérer les demandes d'insulinothérapie/de traitement. L'anticipation de la crainte que les injections peuvent être douloureuses contribue également à une anxiété générale au sujet des injections. De plus, certains patients croient que l'auto-injection d'insuline est contre nature. Bien que la phobie de l'aiguille clinique est rare (1%), des « résistances » ou « l'inconfort » de l'aiguille a été montré pour être commun avec des traitements auto-injectable.

Les adaptations de style de vie et les restrictions

Les patients peuvent avoir des préoccupations que l'insuline ajoute à la charge, du stress qu'ils éprouvent déjà dans la gestion de leur diabète sur une base quotidienne, et ne se sentent pas convaincus qu'ils peuvent gérer les demandes de la thérapie à l'insuline au jour le jour. Les craintes, perçues ou réelles, que la thérapie à l'insuline sera une source de désagréments et causera une perte de liberté personnelle qu'elle limitera sévèrement leur vie et ne conviendra pas, leur consommera du temps et qu'elle sera complexe à gérer peut également faciliter la résistance psychologique à l'insuline. Le traitement à l'insuline a été associé à une perte perçue du contrôle de sa vie et comme une restriction quotidienne qui prend le contrôle de sa vie, ce qui entraîne un sentiment d'impuissance et défavorable à l'affectation de l'indépendance et du style de vie.

La peur des effets indésirables/des complications

Les patients peuvent éprouver des résistances psychologiques à l'insuline à la suite d'idées fausses en ce qui concerne leur maladie, de sorte qu'ils attribuent des complications du diabète à l'utilisation de l'insuline plutôt qu'aux contrôles insuffisants de glycémie. En plus des idées fausses concernant les complications, les patients s'inquiètent aussi des effets secondaires potentiels et des complications comme la prise de poids, l'hypoglycémie et le risque cardiovasculaire, qui peut être dû à l'utilisation d'insuline.

L'hypoglycémie et la prise de poids sont les effets secondaires les plus courants qui conduisent à la résistance psychologique à l'insuline. L'anticipation de la prise de poids avec la thérapie à l'insuline et la discipline nécessaire pour le compenser sont des fardeaux psychologiques qui peuvent causer un sentiment négatif envers la thérapie à l'insuline. Pour ceux qui sont déjà en surpoids et qui ont un mauvais profil de risque cardiovasculaire, la perspective d'une prise de poids supplémentaire peut par conséquent, être un obstacle majeur à la fois à l'initiation et à l'intensification de l'insuline pour les patients et les fournisseurs de soins de santé. L'omission de l'insuline intentionnelle a été trouvée dans approximativement un

tiers des femmes de tous les âges avec un diabète de type 1, avec approximativement la moitié du rapport de personnes interrogées omettant l'insuline pour des buts de gestion de poids. L'omission d'insuline pour contrôler le poids est fréquente chez les femmes et peut contribuer à de mauvais contrôles glycémiques et des risques de complications. De plus, une augmentation du poids dans le diabète de type 2 est associée à une résistance accrue à l'insuline de sorte que la prise de poids peut même compromettre l'efficacité du traitement, ainsi renforce davantage la croyance que l'insuline n'est pas bonne pour la santé et renforce la résistance psychologique à l'insuline. La peur de l'hypoglycémie peut aussi être un obstacle majeur pour atteindre un contrôle optimal glycémique. L'hypoglycémie peut donner lieu à une forte insécurité ; même si on est émotionnellement préparé à cette complication, la pensée de futurs épisodes peut provoquer des sentiments de peur et perturber. Dans les tentatives d'évitement de ces épisodes, les personnes atteintes de diabète peuvent modifier leur maintien des niveaux glycémiques « pour ne pas supprimer le glucose dans le sang afin d'éviter une hypoglycémie », particulièrement pendant le travail ou dans les heures scolaires.

Stigmatisation sociale

La stigmatisation sociale ou de l'inconfort lié au traitement pour le diabète est la peur, la perception ou la réalité de l'incompréhension du public sur le traitement et /ou la nature du diabète en tant que maladie chronique. Il est une composante majeure de la satisfaction du traitement dans le diabète. Etant donné que l'insuline injectable est le système de distribution le plus courant pour le traitement de l'insuline, il n'est pas surprenant que la stigmatisation sociale joue un rôle clé dans la résistance psychologique à l'insuline parce que les flacons et les seringues portant une forte connotation négative et sont généralement identifiées soit avec les toxicomanes par voies intraveineuses ou à une maladie grave. La nécessité d'utiliser des seringues dans un lieu public peut entraîner des sentiments de gêne sociale et de rejet social. En outre, il peut être gênant et frustrant, car les personnes atteintes de diabète croient souvent qu'ils doivent se cacher pour faire leurs injections afin d'éviter de déranger d'autres personnes. En outre, il peut y avoir des craintes de la part du patient que l'utilisation de seringues nuirait significativement leur relation avec les autres ou que la prise de l'insuline aboutira à un traitement différent de la part des membres de la famille et des amis. Ainsi, la peur de la stigmatisation sociale lors d'une injection en public peut influencer l'observance au traitement, comme l'absence d'un secteur privé pour l'injection peut entraîner soit une injection trop tôt ou dans certains cas, l'omission de l'injection. Les perceptions des patients sur la

stigmatisation sociale pour l'auto-injection de l'insuline en public peuvent avoir un effet restrictif sur les efforts dans la gestion de la maladie. La conséquence d'expériences précédentes négatives, ou la peur de l'expérience négative, peut conduire à un manque de motivation en raison de la gêne occasionnée et des embarras liés aux injections, des patients choisissent des endroits suboptimales pour les injections lorsqu'ils sont loin de la maison, comme dans les toilettes publiques peut retarder des injections et éviter des activités sociales. En fin de compte, la compréhension et l'adhésion des patients à la pratique de l'autogestion du diabète appropriées ne se traduit pas dans la pratique si la perception de la stigmatisation sociale est répandue.

La résistance psychologique à l'insuline et la gestion du diabète

Pour que tout traitement soit d'une efficacité optimale, il doit être introduit, en ajustant la dose correctement au fil du temps, et la conformité du traitement doit être atteinte. La résistance psychologique à l'insuline peut être une des principales étiologies expliquant à la fois la réticence des patients à initier et à intensifier le traitement. Le problème de démarrage de l'insuline a un impact plus immédiat et est généralement évident à la fois pour le clinicien que pour le patient. Le problème de ne pas initier ou de retarder le traitement de l'insuline est plus éloigné et peut être moins évident pour un patient et augmenter progressivement le risque de complications liées au diabète. Des réticences pour initier une thérapie à l'insuline dans un temps opportun contribuent à prolonger des périodes de faibles contrôles glycémiques chez les personnes atteintes de diabète, et en fin de compte, augmente les risques neuropathiques, de complications microvasculaires et macrovasculaires. La non-compliance au traitement à l'insuline en cours (suivi) présente ses propres conséquences dans les faibles contrôles glycémiques et le risque accru de complications. La résistance psychologique à l'insuline au début du traitement n'est pas rare, bien que les estimations de sa prévalence varient. Cependant, il existe des preuves de plus en plus certaines que les patients refusent de commencer le traitement à l'insuline malgré des contrôles de glucose suboptimales. La majorité des patients non insulino-dépendants ont signalé qu'ils étaient réticents (28.2%) ou peu disposés (24%) pour débiter l'insuline si elle est prescrite. Dans une clinique un essai randomisé de thérapie à l'insuline sur des patients avec un diabète de type 2, 27% a d'abord refusé le traitement. En outre, 73% des patients ayant un diabète de type 2 commençant un programme d'éducation sur le diabète ou l'introduction de l'insuline étaient réticents à le faire dans un premier temps. Les attitudes perçues par les médecins au moment du

	<p>diagnostic peuvent être critiques du point de vue des patients au sujet de la gravité du diabète et de leur comportement d'autogestion ultérieur. Les attitudes à l'égard de l'insulinothérapie sont influencées par les interactions des patients avec les professionnels de la santé, les professionnels de la santé, les expériences personnelles, les observations et ce que les autres disent. Dans une étude sur les personnes âgées atteints de diabète de type 2, le principal facteur qui a montré l'explication de l'intention pour le traitement à l'insuline (70%) est l'opinion d'autres personnes importantes, en particulier l'interniste de traitement, le médecin de famille et l'infirmière diabétologue. Le patient et la relation avec le fournisseur de soin a une influence sur le niveau de la crainte de l'injection et peut être particulièrement fort le jour où les patients viennent pour commencer l'insuline. Cette crainte peut être exacerbée par les inquiétudes des patients de révéler leur crainte au médecin traitant.</p> <p>Tous les composants de la résistance psychologique à l'insuline peuvent interférer non seulement avec l'initiation au traitement de l'insuline, mais aussi avec les tentatives d'intensifier et d'accroître la conformité avec la thérapie à l'insuline pour les personnes qui utilisent déjà l'insuline. Moins d'une personne sur 5 atteintes de diabète (19.4% de type 1 et 16.2% de type 2) ont indiqué qu'ils respectaient pleinement tous les aspects de leurs régimes prescrits. Dans une étude de femmes avec « un diabète insulino-dépendant », une mauvaise observance résultant de l'omission à l'insuline était liée à une alimentation désordonnée, au faible contrôle glycémique, plus d'hospitalisations concernant le diabète, une plus grande détresse psychologique (générale et spécifique au diabète), une plus grande crainte de l'hypoglycémie, un plus haut taux de rétinopathie et de neuropathie, un pauvre régime d'adhésion, et de plus grandes craintes concernant l'amélioration de la gestion du diabète, ce qui peut conduire à un gain de poids.</p> <p>Bien qu'il soit clair que les éléments qui influencent la résistance psychologique à l'insuline si un patient initie un traitement au moment optimal, plutôt que de retarder le traitement, ce qui est conforme au traitement, l'importance relative d'une étiologie à la résistance psychologique à l'insuline donnée, l'influence peut varier selon l'endroit où le patient est en cours de traitement. En outre, le classement des différentes composantes de la résistance psychologique à l'insuline chez les patients qui n'ont pas commencé un traitement à l'insuline peuvent différer sensiblement des facteurs influençant déjà ceux sur l'insuline. Par exemple, pour les patients non insulino-dépendant, la perception de combien d'injection par jour qui seront nécessaires peuvent avoir une influence négative, alors que les patients insulino-expérimentés sont moins impactés par la fréquence des injections et ont plus de valeurs en amélioration dans leurs contrôles</p>
--	--

glycémiques. Plus loin, des entrevues avec des patients au sujet des obstacles qui entravent la transition vers un traitement à l'insuline chez les patients non insulino-dépendants, la croyance que le diabète n'était pas une maladie très grave était le principal obstacle à la thérapie d'insuline, alors qu'il était l'un des obstacles les moins importants pour ceux qui sont déjà sous insuline (47% contre 7%, P B 0,0001). Les principaux obstacles pour les patients non insulino-dépendants ont été les craintes associées aux injections (24% contre 11% pour les non-insulino dépendants, P égal 0,009), et la peur de l'hypoglycémie (12% contre 4%, P égal 0.05).

Les implications de nouveaux traitements d'insuline sur la résistance psychologique à l'insuline

Il y a maintenant de nouveaux analogues de l'insuline moderne et des systèmes de distribution plus discrets (stylo, inhalation, pompe) disponibles ou en cours de développement qui ont le potentiel pour diminuer la résistance psychologique à l'insuline et améliorer les résultats du traitement. Ces traitements avancent et peuvent aider à éliminer ou réduire un grand nombre de facteur clé qui contribuent à la résistance psychologique à l'insuline, à savoir, la stigmatisation sociale, l'adaptation au style de vie et la peur des effets secondaires.

L'utilisation d'un nouveau système de stylo peut aider les patients à surmonter les problèmes de stigmatisation sociale et les questions sociales qui gênent/ au confort qui sont couramment associés, à l'utilisation d'un flacon et d'une seringue en public. Une récente revue de littérature a conclu que les stylos à insuline sont discrets et offrent aux patients de la commodité et de la flexibilité. Les caractéristiques des stylos peuvent donner aux patients la confiance pour surmonter les problèmes d'anxiété liés à l'aiguille et la gêne sociale associée à l'auto-injection et, par conséquent pourrait conduire à une meilleure adhésion aux recommandations de dosage d'insuline, aux horaires et aux respects des régimes des multiples injections. Les systèmes de stylo peuvent aussi aider à surmonter les problèmes d'erreurs de dosages d'insuline et une faible adhérence. Il a été récemment démontré dans une étude de patients avec un diabète de type 2 traités dans un cadre de soins qui ont changé d'administration d'insuline par un flacon/seringue pré-remplie à un dispositif de stylo à insuline (FlexPen). Après l'échange, les patients ont démontré une meilleure observance au traitement, moins de demandes pour des événements hypoglycémiques, une réduction des visites urgentes dans les départements médicaux et le coût du traitement annuel inférieur. De même, la pompe à insuline peut aider à réduire les résistances psychologiques à l'insuline. Les personnes qui utilisent des pompes à insuline peuvent profiter de la

	<p>discrétion accrue dans leurs habitudes de vie quotidiennes par rapport à ceux qui utilisent d'autres formes d'administration d'insuline. La pompe à insuline a été rapportée par les utilisateurs comme étant plus « pratique » pour l'auto-soin, en termes de « flexibilité » et de « liberté ».</p> <p>L'apparition plus rapide d'insulines analogues moderne à action rapide (tels que l'insuline Aspart, l'insulineLlispro ou l'insuline Glulisine) peuvent également réduire la résistance psychologique à l'insuline. Ces nouvelles actions rapides d'insulines peuvent être prises ensemble avec les aliments au lieu d'attendre 30 minutes requises pour l'insuline humaine régulière. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de planifier soigneusement le calendrier d'insulinothérapie préprandiale en relation avec les repas, par conséquent, en réduisant les adaptations de style de vie et les restrictions. En ce qui concerne les effets secondaires, l'incidence de l'hypoglycémie est réduite en utilisant des insulines analogues modernes à longue durée d'action (insuline Detemir et insuline Glargine) par rapport à l'insuline humaine d'activité de moyenne action (insuline NPH (56-59)). De plus, l'un des nouveaux analogues de l'insuline à action prolongée moderne (insuline Detemir) a également été trouvé pour être supérieur à l'insuline humaine NPH par rapport au gain de poids.</p> <p>Il n'y a pas d'avis d'expert mentionné.</p>
DISCUSSION	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche, leurs interprétations et les conclusions sont conformes à l'analyse. Les conclusions découlent des résultats.</p> <p>Compte tenu de l'influence notable de la résistance psychologique à l'insuline sur les résultats du diabète, il y a un impératif clinique pour comprendre le spectre plein des facteurs étiologiques qui peuvent soit indépendamment ou en combinaison entraîner une résistance psychologique à l'insuline. L'assistance des professionnels de la santé pour mieux comprendre les aspects complexes et les multiples facettes de la résistance psychologique à l'insuline de la perspective des patients devrait aboutir à des résultats de traitement à l'insuline améliorés. Les composants clés de la résistance psychologique à l'insuline, comme le stigmate social, les changements de styles de vie et la crainte d'effets secondaires, doivent être pris en compte et discuté lors de l'initiation de l'insuline chez le patient. Les professionnels de la santé peuvent faciliter l'acceptation de l'insuline en employant des stratégies pour aider les patients à surmonter les obstacles psychologiques à la thérapie</p>

	<p>d'insuline. Les cliniciens devraient directement répondre aux préoccupations sur les résistances psychologiques à l'insuline aux patients au moment de la considération de l'initiation de l'insuline, aussi bien qu'au cours du traitement. Revisiter les questions de la résistance psychologique à l'insuline avec les patients pendant le traitement est critique, car l'importance relative d'une donnée composante de la résistance psychologique à l'insuline peut varier au fil du temps et être influencée par des changements dans le régime du traitement. En adaptant les traitements aux résistances psychologiques à l'insuline des patients, les cliniciens peuvent être mieux en mesure d'aider leurs patients commençant un traitement d'insuline plus tôt et d'améliorer la conformité, donc, ce qui facilite le contrôle glycémique cible. L'insuline moderne analogue et les systèmes de stylos offrent la promesse de nouveaux traitements à l'insuline avec de meilleures caractéristiques technologiques.</p> <p>Cependant, la tâche importante d'aborder et de discuter de la résistance psychologique à l'insuline avec les patients demeure la responsabilité du clinicien.</p> <p>La tâche de comprendre l'impact de multiples facettes composant la résistance psychologique à l'insuline est rendue encore plus difficile par la prise de conscience que des facteurs tels que le sexe, l'état socio-économique et les différences culturelles sont des obstacles probables dans l'acceptation et la maîtrise du traitement par l'insuline. Par exemple, le remboursement limité pour les frais de pharmacie ou la difficulté d'avoir accès à des soins de santé peut avoir un impact négatif sur la capacité des patients à prendre soin d'eux-mêmes et de leur diabète de manière appropriée. Les femmes ont été trouvées pour être plus que les hommes (32.0% contre 21.1% ; P/0,001) à ne pas vouloir initier l'insulinothérapie. Dans un petit échantillon, on a montré que les femmes sont également plus susceptibles de percevoir l'insuline comme punition, alors que les hommes considèrent l'insuline plus comme une forme de traitement qui peut les aider.</p> <p>Ce document a mis l'accent sur le patient avec une résistance psychologique à l'insuline et son impact sur le traitement. Cependant, il est important de se rappeler que l'on a aussi montré aux médecins notre expérience sur la résistance psychologique à l'insuline chez leurs patients et un peu plus de la moitié des médecins et des infirmières est d'accord pour dire que l'insuline peut avoir un impact positif sur les soins. Les attitudes des médecins, tels que les doutes quant à la conformité d'un patient avec un traitement, les craintes d'hypoglycémie, le statut du poids, les espérances que les patients ne feraient pas face aux analyses de sang répétées, les impressions basées sur les expériences précédentes du médecin avec l'insuline, les préoccupations de l'âge du patient et de la perception que la maladie est si sévère que même l'insuline n'aiderait pas</p>
--	--

	<p>le patient, ont toutes été rapportées comme des barrières pour le médecin à amorcer le traitement.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Les conséquences pour la discipline des résultats de l'étude sont décrites, l'auteur fait des recommandations pour la pratique avec des données suffisamment riches pour appuyées les conclusions.</p> <p>La réduction de l'influence négative de la résistance psychologique à l'insuline sur les résultats de traitement devrait être une priorité clinique. L'appréciation et la compréhension de la nature à multiples facettes et complexe de la résistance psychologique à l'insuline et discutant de l'étiologie de la résistance psychologique à l'insuline d'un patient donné sont un premier pas important. L'incorporation de mesures cliniques de la résistance psychologique à l'insuline bien validées, aussi bien que des recherches plus approfondies sur l'impact d'interventions pour réduire la résistance psychologique à l'insuline, aussi bien que des recherches plus approfondies sur l'impact d'interventions pour réduire la résistance psychologique à l'insuline sont essentielles. Basés sur ces informations, les cliniciens peuvent aider des patients à surmonter leur résistance psychologique à l'insuline en marchant ensemble pour établir l'autosuffisance et augmenter le sens des patients sur le contrôle de leur vie. Les cliniciens devraient souligner la simplicité du traitement pour diminuer la crainte de leurs patients sur la dépendance à l'insuline et leur rupture conséquente de leur mode de vie. L'adaptation des modalités du traitement à l'insuline, tels que l'utilisation d'insuline analogue moderne et de stylos d'insuline peut réduire considérablement les résistances psychologiques à l'insuline en atténuant la peur des changements de style de vie et des effets secondaires, aussi bien que le stigmatisme social associé à l'utilisation de l'insuline dans une fiole et une seringue.</p>