



*Pratiques exemplaires et prometteuses  
en matière d'éducation sur le diabète*

## **Remarques à l'intention des lecteurs**

Le catalogue *Pratiques exemplaires et prometteuses en matière d'éducation sur le diabète* est un guide, et non un manuel complet sur la gestion du diabète. Les professionnels de la santé doivent tenir compte des besoins, valeurs et préférences de leurs patients, faire preuve de jugement clinique et tirer parti des ressources humaines et des services de santé offerts dans leur milieu. Le catalogue a été préparé à partir des meilleures données disponibles. Il incombe aux professionnels de la santé de demeurer au fait des derniers développements dans le domaine en rapide évolution qu'est le diabète.

## **Reproduction du catalogue**

Il est interdit de reproduire le catalogue *Pratiques exemplaires et prometteuses en matière d'éducation sur le diabète*, en tout ou en partie, sans le consentement écrit préalable de l'éditeur.

## **Site Web**

Le site Web du catalogue est [diabetes.ca/bestpractices](http://diabetes.ca/bestpractices).

# REMERCIEMENTS

L'Association canadienne du diabète tient à remercier les personnes et organismes ci-dessous de leur appui indéfectible et de leur importante collaboration.

## **Principale source de financement :**

- Agence de la santé publique du Canada

## **Comité consultatif d'experts :**

- Lori Berard, Centre des sciences de la santé, Groupe de recherche sur le diabète – Winnipeg (Man.)
- Joan Canavan, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, chef, Programmes de gestion des maladies chroniques, Programmes provinciaux et prioritaires – Toronto (Ont.)
- Sharlene Clarke, Centre d'éducation sur le diabète du Yukon – Whitehorse (Yn)
- Sandra Delon, Région sanitaire de Calgary, Gestion des maladies chroniques – Calgary (Alb.)
- Joan Erickson, Autorité sanitaire de l'intérieur – Naramata (C.-B.)
- Catherine Freeze, analyste de la prévention des maladies chroniques, gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Charlottetown (Î.-P.-É.)
- D<sup>r</sup> Stewart Harris, Unité de recherche sur la médecine familiale Thames Valley, président de la stratégie nationale de prise en charge du diabète – London (Ont.)
- Elizabeth (Betty) Harvey, Centre de soins de santé St. Joseph's de London, Clinique communautaire de diabétologie – London (Ont.)
- Nina Jetha, chef, Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires, Agence de la santé publique du Canada – Ottawa (Ont.)
- Cynthia Keith, District sanitaire de la capitale – Lower Sackville (N.-É.)
- Aileen Knip, Centre de santé communautaire de Grand Bend – Grand Bend (Ont.)
- Karen McDermaid, Région sanitaire de Régina-Qu'Appelle – Moosomin (Sask.)

- Kerry Schubert-Mackie, Unité sanitaire de Timiskaming – New Liskeard (Ont.)
- Tammy Simpson (d'office), Division de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada – Ottawa (Ont.)
- Rajinder (Raj) Sohi, Hôpital Surrey Memorial – Surrey (C.-B.)
- Louise Tremblay, directrice, Service d'enseignement Diabétaide, Diabète Québec – Montréal (Qc)

## **Consultantes :**

- Nancy Dubois, consultante principale
- Jean Harvey, consultante adjointe
- Heather McGrath, consultante adjointe
- Susan Moore, consultante adjointe
- Alice Strachan, consultante adjointe
- Tricia Wilkerson, consultante adjointe

## **Adjoints à la recherche :**

- Geneviève Dulude, adjointe à la recherche
- Daniel Kagedan, adjoint à la recherche
- Marilyn Manceau, adjointe à la recherche

## **Association canadienne du diabète :**

- Sarah Khan, gestionnaire de projet nationale
- Josée Guimond, directrice, Programmes de recherche et partenariats
- Karen Philp, vice-présidente intérimaire, Service de la recherche, de la formation professionnelle et des affaires gouvernementales

## **Traduction :**

- Claude Filteau, traducteur agréé



# Table des matières

<b>Remerciements</b>	<b>iii</b>
<b>1 Généralités</b>	<b>1</b>
<b>2 Résultats présentés dans le catalogue</b>	<b>7</b>
<b>3 Pratiques exemplaires</b>	<b>11</b>
Intervention contre le diabète adaptée à la réalité culturelle des Mexico-Américains	13
Éducation sur le diabète pour les adultes canadiens de langue portugaise atteints de diabète	15
Projet Connexion-santé pour les diabétiques	18
Traitement intensif du diabète à titre externe	22
Entraîneur personnel pour le diabète	25
Jeu vidéo éducatif – Packy et Marlon	28
Éducation de groupe fondée sur l'expérience	31
Amélioration de l'adaptation par le counselling de groupe	35
Séances de groupe sur l'autodétermination dirigée pour les personnes atteintes de diabète de type 1	37
Faible niveau de littératie	39
Favoriser la perte de poids par l'entrevue motivationnelle	43
Envoi de courts messages par une infirmière	45
Autonomisation et perte de poids (programme POWER)	47
Intervention contre le diabète par des <i>promotoras</i> pour les Mexico-Américains	50
Formation sur la lutte contre le stress pour les patients atteints de diabète de type 1	53
Programme structuré d'éducation intensive sur le diabète	56
La messagerie textuelle au service du diabète	59
Programme X-PERT	64

## 4 Pratiques prometteuses

67

Brève intervention contre le diabète de type 1 – Éducation sur l'auto-efficacité	69
Programme « Contrôle sur le campus »	71
Éducation en ligne sur le diabète pour les enseignants	74
Programme de prévention du diabète : adaptation du cahier du participant sur la modification du mode de vie	76
Programme d'éducation sur l'autogestion du diabète pour les bénéficiaires de Medicaid	78
Éducation et gestion de cas par téléphone pour les enfants atteints de diabète de type 1	81
Programme d'éducation de groupe visant l'autonomisation	83
Programme d'éducation sur le diabète adapté à un groupe ethnique (immigrants turcs de Rotterdam)	87
Insulinothérapie fonctionnelle	91
Visites de groupe et consultations assistées par ordinateur pour les adolescents atteints de diabète de type 1	94
Programme HyPOS	99
Simulateurs interactifs pour l'éducation sur le diabète	101
Programme d'activité physique sur Internet	105
Programme d'éducation sur la santé en milieu de travail	107
Programme MicoHealth pour la gestion du diabète sur Internet	109
Cartes-éclair illustrées pour l'éducation sur la santé	111
Programme pratique d'éducation et de modification du comportement	113
Projet Dulce	115
Programme d'intervention familiale REACH de Détroit	119
Éducation des patients sur l'autogestion	122
Le programme <i>Simple Meal Plan</i> : des choix alimentaires sains	124
Programme <i>Simple Start</i>	126
Cuisine afro-américaine allégée	128
Gestion axée sur les symptômes	133
Cercles de la parole	135
Éducation à distance sur le traitement	138
Programme offert aux membres d'une congrégation urbaine	140

# Généralités

# 1

*Pratiques exemplaires et prometteuses  
en matière d'éducation sur le diabète*



# Généralités

L'Association canadienne du diabète est un organisme sans but lucratif qui, par l'entremise de la recherche, de l'éducation, de services et de la défense des intérêts des personnes diabétiques, cherche à prévenir le diabète de type 2 et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète de type 1, de type 2 ou gestationnel.

Au Canada, on estime que plus de deux millions de personnes souffrent de diabète. Dans certaines populations, le risque de diabète est plus élevé que dans d'autres et des personnes souffrent de diabète sans le savoir. De plus, on prévoit qu'au cours des dix prochaines années, le nombre de Canadiens et de Canadiennes qui souffrent de diabète augmentera considérablement.

L'Association canadienne du diabète croit fermement qu'au Canada, il y a des besoins clairs et croissants en matière d'investissements dans des stratégies, politiques et programmes axés sur la prévention du diabète de type 2, ainsi que sur la prise en charge de tous les types de diabète. Les données actuelles indiquent que la prestation des soins du diabète dans le contexte d'un programme structuré d'éducation continue et de soins de santé globaux est efficace pour améliorer le devenir des personnes atteintes de diabète de type 1.<sup>1</sup> La hausse de la prévalence du diabète ainsi que la reconnaissance que les modèles d'éducation sont efficaces pour améliorer le devenir des patients sont des défis que doivent relever les professionnels de la santé, les gouvernements et les bailleurs de fonds qui élaborent et soutiennent des programmes efficaces d'éducation sur le diabète. Les décideurs et les planificateurs de programmes s'appuient sur des résultats factuels pour décider des investissements à faire pour soutenir la prise en charge du diabète. Les revues spécialisées sont une importante source de renseignements, mais avant la publication du présent rapport, il n'y avait jamais eu d'analyse globale des données disponibles sur l'efficacité des pratiques en matière d'éducation sur le diabète.

Grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada, l'Association canadienne du diabète a entrepris de cerner les pratiques « exemplaires » et « prometteuses » en matière d'éducation sur le diabète *qui sont fondées sur les meilleures données disponibles*, de créer un outil d'évaluation permettant de cerner

---

<sup>1</sup> Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada, p. 18.

ces pratiques et de transmettre ses constatations aux éducateurs en diabète, aux professionnels de la santé, aux gouvernements et aux principaux décideurs et bailleurs de fonds des programmes d'éducation sur le diabète. Le projet est aussi un complément de deux autres publications clés de l'association, soit *Normes d'éducation sur le diabète au Canada (2005)*<sup>2</sup> et *Lignes directrices de pratique clinique 2003 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada*.

Pour le projet, on a procédé à l'examen de publications de partout dans le monde pour cerner les pratiques en matière d'éducation sur le diabète ayant été évaluées et pouvant donc être qualifiées d'exemplaires ou de prometteuses. Les résultats ne sont pas complets, mais donnent une indication des pratiques en matière d'éducation sur le diabète à l'échelle mondiale à un moment donné. Le processus comprenait la création d'un outil d'évaluation permettant le triage des pratiques cernées par l'analyse documentaire et la classification de chaque pratique, selon un ensemble uniforme de critères, comme étant « exemplaire » ou « prometteuse ». Une grille d'annotation standard a été créée pour donner un aperçu des programmes examinés. Le présent catalogue résume les résultats du projet.

Le catalogue *Pratiques exemplaires et prometteuses en matière d'éducation sur le diabète* est une réussite dans le domaine de l'éducation sur le diabète. Premièrement, c'est une ressource accessible qui présente des pratiques exemplaires ou prometteuses ayant été évaluées et ayant donné des résultats positifs. Deuxièmement, le catalogue a permis d'approfondir nos connaissances sur les pratiques exemplaires ou prometteuses factuelles en matière d'éducation sur le diabète, ce qui sera utile non seulement aux professionnels de la santé, mais aussi aux décideurs gouvernementaux et aux bailleurs de fonds, comme notre association. Enfin, le projet a permis la création d'un outil d'évaluation qui pourra être utilisé à l'avenir pour mettre à jour et améliorer tant le catalogue que nos connaissances sur les effets positifs de l'éducation sur le diabète sur le devenir des patients.

Avec les améliorations qui y seront apportées à l'avenir, l'outil d'évaluation pourrait devenir le procédé standard pour l'évaluation des programmes d'éducation sur le diabète. Grâce aux 45 pratiques exemplaires et prometteuses cernées au cours du projet, les pratiques factuelles seront davantage adoptées, ce qui rendra l'éducation sur le diabète plus efficace et, finalement, améliorera le devenir des Canadiens et Canadiennes qui souffrent de diabète.

C'est aux éducateurs en diabète et aux pourvoyeurs de soins qu'il revient de choisir les pratiques les mieux adaptées à leur milieu. Le présent catalogue contient des renseignements qui les aideront à décider s'il est possible d'utiliser une pratique

---

<sup>2</sup> Les *Normes d'éducation sur le diabète au Canada* énoncent les objectifs en matière d'éducation sur le diabète (si les ressources cernées sont disponibles) de la Section des éducateurs en diabète (SED) de l'Association canadienne du diabète.

exemplaire ou prometteuse donnée pour répondre aux besoins de leur communauté. Ils décideront quels programmes auront le plus grand impact et cadreront avec le mandat et les capacités de leur établissement ou organisme. Ils continueront d'élaborer des programmes novateurs d'éducation sur le diabète ou de modifier des pratiques existantes pour améliorer le devenir des personnes qu'ils desservent. Les gouvernements et les organismes comme l'Association canadienne du diabète doivent envisager d'accroître leur capacité de faire des évaluations factuelles de leurs programmes afin que le système de santé puisse mieux répondre aux besoins très variés des personnes atteintes de diabète. Les pratiques, programmes et services d'éducation sur le diabète factuels et adaptés aux besoins des personnes atteintes de diabète amélioreront le devenir des patients et, finalement, profiteront à tous les Canadiens et toutes les Canadiennes qui comptent sur notre système de santé public.



Résultats présentés  
dans le catalogue

2

*Pratiques exemplaires et prometteuses  
en matière d'éducation sur le diabète*



# Résultats présentés dans le catalogue

Le catalogue présente un résumé de chacune des 45 pratiques considérées comme « exemplaires » ou « prometteuses ». La description de chacune des pratiques contient des renseignements qui aideront le lecteur à déterminer s'il est intéressé à l'adapter pour l'utiliser dans sa communauté. Les données provenant de comptes rendus publiés, de sources en ligne et des concepteurs du programme ont été regroupées dans la grille d'annotation standard qui accompagne la description de chacune des pratiques. Cette grille précise aussi auxquelles des six *Normes d'éducation sur le diabète au Canada* élaborées par la Section des éducateurs en diabète de l'Association canadienne du diabète chaque pratique répond. Les six normes sont les suivantes :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Les 18 programmes jugés « exemplaires » sont les suivants :**

## **PRATIQUES EXEMPLAIRES**

Intervention contre le diabète adaptée à la réalité culturelle des Mexico-Américains (États-Unis)

Éducation sur le diabète pour les adultes canadiens de langue portugaise atteints de diabète (Canada)

Projet Connexion-santé pour les diabétiques (États-Unis)

Traitement intensif du diabète à titre externe (États-Unis)

Entraîneur personnel pour le diabète (États-Unis)

Jeu vidéo éducatif – Packy et Marlon (États-Unis)

Éducation de groupe fondée sur l'expérience (Suède)

Amélioration de l'adaptation par le counselling de groupe (Norvège)

Séances de groupe sur l'autodétermination dirigée pour les personnes atteintes de diabète de type 1 (Danemark)

Faible niveau de littératie (États-Unis)

Favoriser la perte de poids par l'entrevue motivationnelle (États-Unis)

Envoi de courts messages par une infirmière (Corée du Sud)

Autonomisation et perte de poids (programme POWER) (États-Unis)

Intervention contre le diabète par des *promotoras* pour les Mexico-Américains (États-Unis)

Formation sur la lutte contre le stress pour les patients atteints de diabète de type 1 (Iran)

Programme structuré d'éducation intensive sur le diabète (Corée)

La messagerie textuelle au service du diabète (Écosse)

Programme X-PERT (Royaume-Uni)

### **Les 27 programmes jugés « prometteurs » sont les suivants :**

#### **PROGRAMMES PROMETTEURS**

Brève intervention contre le diabète de type 1 – Éducation sur l'auto-efficacité (Royaume-Uni)

Programme « Contrôle sur le campus » (États-Unis)

Éducation en ligne sur le diabète pour les enseignants (États-Unis)

Programme de prévention du diabète : adaptation du cahier du participant sur la modification du mode de vie (États-Unis)

Programme d'éducation sur l'autogestion du diabète pour les bénéficiaires de Medicaid (États-Unis)

Éducation et gestion de cas par téléphone pour les enfants atteints de diabète de type 1 (États-Unis)

Programme d'éducation de groupe visant l'autonomisation (Suède)

Programme d'éducation sur le diabète adapté à un groupe ethnique (immigrants turcs de Rotterdam) (Pays-Bas)

Insulinothérapie fonctionnelle (Autriche)

Visites de groupe et consultations assistées par ordinateur pour les adolescents atteints de diabète de type 1 (Norvège)

Programme HyPOS (Allemagne)

Simulateurs interactifs pour l'éducation sur le diabète (Royaume-Uni)

Programme d'activité physique sur Internet (États-Unis)

Programme d'éducation sur la santé en milieu de travail (États-Unis)

Programme MicoHealth pour la gestion du diabète sur Internet (Canada)

Cartes-éclair illustrées pour l'éducation sur la santé (Royaume-Uni)

Programme pratique d'éducation et de modification du comportement (États-Unis)

Projet Dulce (États-Unis)

Programme d'intervention familiale REACH de Détroit (États-Unis)

Éducation des patients sur l'autogestion (Allemagne)

Le programme *Simple Meal Plan* : des choix alimentaires sains (États-Unis)

Programme *Simple Start* (États-Unis)

Cuisine afro-américaine allégée (États-Unis)

Gestion axée sur les symptômes (États-Unis)

Cercles de la parole (États-Unis)

Éducation à distance sur le traitement (Espagne)

Programme offert aux membres d'une congrégation urbaine (Nouvelle-Zélande)

# Pratiques exemplaires

# 3

*Pratiques exemplaires et prometteuses  
en matière d'éducation sur le diabète*

## 18 pratiques « exemplaires »

Intervention contre le diabète adaptée à la réalité culturelle des Mexico-Américains

Éducation sur le diabète pour les adultes canadiens de langue portugaise atteints de diabète

Projet Connexion-santé pour les diabétiques

Traitement intensif du diabète à titre externe

Entraîneur personnel pour le diabète

Jeu vidéo éducatif – Packy et Marlon

Éducation de groupe fondée sur l'expérience

Amélioration de l'adaptation par le counselling de groupe

Séances de groupe sur l'autodétermination dirigée pour les personnes atteintes de diabète de type 1

Faible niveau de littératie

Favoriser la perte de poids par l'entrevue motivationnelle

Envoi de courts messages par une infirmière

Autonomisation et perte de poids (programme POWER)

Intervention contre le diabète par des *promotoras* pour les Mexico-Américains

Formation sur la lutte contre le stress pour les patients atteints de diabète de type 1

Programme structuré d'éducation intensive sur le diabète

La messagerie textuelle au service du diabète

Programme X-PERT

# Intervention contre le diabète adaptée à la réalité culturelle des Mexico-Américains

## APERÇU DU PROGRAMME

Intervention adaptée à la réalité culturelle des Mexico-Américains atteints de diabète de type 2. Le programme prévoit huit séances de groupe hebdomadaires de deux heures comprenant présentation didactique, démonstrations culinaires et soutien de groupe.

**Création :** 2004

**Révision :** 2005

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Le programme prévoit huit séances de groupe hebdomadaires de deux heures comprenant présentation didactique, démonstrations culinaires et soutien de groupe. Toutes les séances ont lieu en semaine dans la salle de conférence d'une clinique. Les renseignements présentés viennent des lignes directrices du *National Diabetes Education Program* et de l'*American Diabetes Association* (ADA), et portent notamment sur la pathophysiologie du diabète, les complications, les modalités thérapeutiques, l'alimentation, l'activité physique et les stratégies d'autogestion. Place est aussi faite aux discussions sur l'autosurveillance de la glycémie et l'interprétation des résultats. Il est aussi question de stress, de gestion du stress, d'hérédité et de culture (y compris des idées traditionnelles des Mexico-Américains sur les causes du diabète). On encourage les participants à se faire accompagner d'une personne-soutien. L'auto-efficacité est encouragée tout au long des séances, notamment par le perfectionnement de l'autosurveillance de la glycémie, la résolution des problèmes et la persuasion verbale. Une modélisation est aussi accomplie par la mise à contribution d'une *promotora* (éducatrice profane) et des démonstrations culinaires.

## Pratique exemplaire

**PRATIQUE EXEMPLAIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie sociale cognitive et stratégies de promotion de l'auto-efficacité

**PUBLIC CIBLE :** Mexico-Américains de 18 à 75 ans

**MILIEU :** Centre de traitement du diabète

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUES :** Anglais et espagnol

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**But du programme :** Améliorer l'autogestion du diabète.

**Objectifs du programme :** Améliorer l'auto-efficacité, les connaissances sur le diabète et les soins auto-administrés et réduire l'indice de masse corporelle (IMC), le taux d'HbA<sub>1c</sub> et la glycémie. Ces objectifs sont atteints par l'entremise de séances d'éducation de groupe adaptées à la réalité culturelle.

**Étapes de mise en application :** Voir la description du programme, ci-dessus. Les modifications culturelles sont les suivantes :

- les séances et tout le matériel sont en espagnol
- animation des groupes de soutien par des *promotoras* (éducatrices mexico-américaines profanes)
- pendant les repas pris en groupe, échanges entre les participants et résolution de problèmes
- incorporation de contenu culturel
- formation et counselling sur l'adaptation de l'alimentation axés sur la modification des aliments et des recettes ethniques
- formation et counselling sur l'exercice fondés sur des activités adaptées à la réalité culturelle, telles que la marche et la danse
- documentation convenable pour une personne de faible niveau de littératie
- encouragement de la participation de la personne-soutien.

**Prestation du programme :** Fondée sur les lignes directrices de l'ADA.

**Évaluation des résultats :** Le programme a eu des effets cliniques et statistiques positifs des points de vue des connaissances sur le diabète, du poids et de l'IMC. Il y a aussi eu des améliorations pour ce qui est des scores d'auto-efficacité, de la glycémie et du taux d'HbA<sub>1c</sub>, mais celles-ci n'ont pas atteint le seuil de signification statistique.

**Portée du programme :** 10 participants dans le groupe étudié.

**Soutien communautaire :** Contribution de *promotoras*.

**Coûts initiaux :** L'étude a été menée grâce à une subvention de 10 000 \$ qui a permis d'acheter toutes les fournitures, dont aliments, glucomètres et bandelettes d'analyse, et de payer le coût des épreuves de laboratoire ainsi que le salaire de la *promotora*, de la diététiste et de l'adjoint à la recherche.

**Coûts du maintien du programme :** Fournitures, copie du matériel éducatif, ingrédients pour les démonstrations culinaires, salaire de la diététiste et de la *promotora*, qui enseignent au groupe et répondent aux questions qui leurs sont posées par téléphone, et tests de laboratoire (coût assumé par le patient au cours de cette étude).

**Éléments cruciaux à reproduire :** Le soutien de groupe a été particulièrement efficace et les sujets ont dit l'avoir apprécié, ainsi que les démonstrations culinaires et les repas pris en groupe. La participation de la *promotora* a été de toute première importance dans cette population et a favorisé l'adaptation du programme à la réalité culturelle.

**Généralisabilité :** Les concepts de l'adaptation d'un programme à la réalité culturelle et de la participation d'une personne profane peuvent être appliqués dans de nombreuses populations.

**Leçons apprises :** Il faut encourager les membres de la famille à participer, car ils ont eux aussi besoin d'être éduqués. Le soutien de groupe est une excellente stratégie pour l'enseignement de comportements d'autogestion complexes, tels que l'autosurveillance de la glycémie.

**CONTACT :**

**Deborah Vincent, PhD**

University of Arizona College of Nursing

1305 N. Martin, PO Box 210203

Tucson, Arizona 85721-0203

Courriel : [dvincent@nursing.arizona.edu](mailto:dvincent@nursing.arizona.edu)

**Références :**

Vincent, D., Pasvogel, A., & Barrera, L. (2007). A feasibility study of a culturally tailored diabetes intervention for Mexican Americans. *Biological Research for Nursing*, 9(2), 130-141.

Communication avec la D<sup>re</sup> Deborah Vincent

# Éducation sur le diabète pour les adultes canadiens de langue portugaise atteints de diabète

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme d'éducation sur le diabète pour les adultes canadiens de langue portugaise atteints de diabète offre un soutien de groupe et individuel adapté à la réalité de la communauté portugaise. Les renseignements sont donnés en portugais aux adultes atteints de diabète et aux membres de leur famille.

**Création :** Programme créé en 1991 dans un petit hôpital communautaire de Toronto (Ontario)

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Les composantes du programme, soit le counselling individuel et l'éducation de groupe, sont offertes par des éducateurs qui parlent portugais. Au cours des séances individuelles, on fixe des objectifs en matière de gestion de diabète, on élabore des plans de soins nutritionnels et on évalue l'état et les priorités du patient. Le programme prévoit 15 heures de séances de groupe réparties entre trois jours de semaine consécutifs. Six des 15 heures portent sur la nutrition. Ces séances portent sur un ensemble donné de sujets et sont animées par divers membres de l'équipe multidisciplinaire. Au cours des séances, qui sont interactives, on utilise de nombreuses aides visuelles, du matériel éducatif convenable pour une personne de faible niveau de littératie et des activités axées sur l'alimentation, les pratiques et les coutumes traditionnelles portugaises. Les messages présentés pendant les séances de groupe sont renforcés au cours du counselling individuel.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles et de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie du comportement planifié

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de langue portugaise

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Canada

**LANGUE :** Portugais

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**But du programme :** Motiver la personne à respecter les recommandations nutritionnelles et à améliorer le contrôle de sa glycémie.

**Étapes de mise en application :** Le programme prévoit trois séances de counselling individuel (davantage au besoin) au cours d'une période de trois mois : la première avec la diététiste ou l'infirmière, la deuxième avec la diététiste et la troisième avec l'infirmière. Les séances de groupe sont animées par les éducatrices en diabète (infirmière et diététiste), un pharmacien, un physiothérapeute agréé, un travailleur social et un psychologue. Ces séances durent trois jours de suite, de 8 h 30 à 15 h. Elles comportent des composantes interactives sur la saine alimentation (p. ex. planification des repas, lecture des étiquettes alimentaires, fêtes traditionnelles et démonstration culinaire), l'activité physique, les complications du diabète, la gestion du traitement médicamenteux et la gestion du stress.

**Prestation du programme :** L'équipe principale du Centre d'éducation sur le diabète est composée de deux endocrinologues, de huit éducatrices en diabète (quatre infirmières et quatre diététistes) et d'un travailleur social. Un physiothérapeute, un pharmacien et un psychologue participent aussi à la prestation du programme.

**Évaluation du programme :** En décembre 1996, des groupes de consultation pilotes ont été formés pour déterminer si les patients croyaient que le programme était bien adapté à la réalité culturelle. Des renseignements sont constamment recueillis sur le nombre de personnes qui participent au programme et leur présence aux diverses séances individuelles et de groupe. De plus, les patients remplissent un formulaire d'évaluation à la fin des séances de groupe et les résultats sont communiqués chaque année (depuis 1991) à un comité d'évaluation de la qualité. Des données sont aussi recueillies sur la non-participation; les auteurs de l'étude ont signalé que les trois jours de cours consécutifs nuisaient au recrutement.

**Évaluation des résultats :** Depuis 1991, on procède à des évaluations structurées des indicateurs de l'alimentation et des soins auto-administrés et les résultats sont transmis au comité d'évaluation de la qualité et au conseil d'administration de l'hôpital. Les taux d'HbA<sub>1c</sub> ont baissé : ils étaient de 7,4 % ( $\pm 1,6$ ) au départ et de 6,9 % ( $\pm 1,3$ ) à la fin de la période de trois mois. D'autres changements ont aussi été observés, y compris en ce qui a trait aux attitudes, aux normes subjectives, aux intentions de suivre les recommandations alimentaires et à la fidélité aux recommandations alimentaires selon le patient.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Voici les éléments du programme qui fonctionnent très bien selon la personne-ressource :

- participation d'interprètes professionnels, de personnel de langue portugaise, ainsi que d'infirmières spécialisées en formation diabétologique et de diététistes qui connaissent bien les pratiques et l'alimentation culturelles et en tiennent compte
- milieu d'apprentissage où les patients se sentent à l'aise
- utilisation de matériel éducatif adapté à la réalité culturelle et rédigé en portugais standard (pour tenir compte des différences entre le portugais du Brésil, du Portugal, d'Afrique et d'anciennes colonies portugaises)
- utilisation de matériel (aides visuelles et documentation pertinente) qui convient à des participants de divers niveaux d'éducation et de littératie
- utilisation de méthodes d'éducation qui conviennent bien au groupe culturel (soit activités interactives et pratiques, conseils pratiques, aides visuelles, aliments et modèles d'organes en trois dimensions)
- suivi continu auprès des patients
- continuité des soins (même professionnel de la santé pour les consultations individuelles).

**Description des facteurs contextuels :** Le programme a été élaboré et étudié dans un quartier de Toronto (Ontario) très hétérogène sur le plan culturel. C'est dans ce quartier qu'il y a le plus de personnes de langue portugaise au Canada.

**Matériel pouvant être adapté :** Le compte rendu dont la référence figure ci-dessous porte sur les séances de counselling individuel et d'éducation de groupe et donne des détails sur la durée et la teneur des séances, l'animateur, la méthode d'enseignement et les outils utilisés.

**Leçons apprises :** Selon la personne-ressource, les patients dont le bagage culturel est semblable parlent volontiers de leur maladie et de leur santé (ce qui n'est pas le cas dans les groupes hétérogènes).

Pour réduire le taux d'abandon, il est important que la langue d'enseignement soit celle que les participants parlent à la maison (même s'ils parlent aussi anglais). On doit avoir accès à une cuisine bien équipée. Des programmes comme celui-ci exigent un financement continu : pour assurer la viabilité des programmes, il ne faut pas compter sur des bénévoles.

**CONTACT :**

**Margaret De Melo, Practice Leader–  
Clinical Nutrition**

Hôpital Toronto Western  
University Health Network  
Diabetes Education Centre  
1 West Wing 443  
399 Bathurst Street  
Toronto, Ontario M5T 2S8  
Tél. : (416) 603-5800, poste 5973  
Télec. : (416) 603-5210  
Courriel : Margaret.DeMelo@uhn.on.ca

---

**Référence :**

Gucciardi, E., DeMelo, M., Lee, R. N., & Grace, S. L. (2007). Assessment of two culturally competent diabetes education methods: Individual versus individual plus group education in Canadian Portuguese adults with type 2 diabetes. *Ethnicity & Health, 12*(2), 163-187.

# Projet Connexion-santé pour les diabétiques

## APERÇU DU PROGRAMME

Le projet Connexion-santé pour les diabétiques est une étude avec répartition aléatoire visant à comparer une intervention en matière d'autogestion du diabète à l'utilisation d'un programme assisté par ordinateur. L'intervention est un programme de modification du comportement assisté par ordinateur et présenté par un moniteur, dont l'objet est d'encourager l'adoption d'habitudes alimentaires saines et la pratique d'activités physiques. Les principaux critères d'évaluation sont les habitudes alimentaires et de degré d'activité physique. En outre, l'étude prévoit la mesure de données biologiques (p. ex. taux d'HbA<sub>1c</sub> et de lipides). Le programme comporte l'élaboration d'un plan d'action pour l'amélioration de l'autogestion du diabète de type 2.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Inconnu

**Description :** L'intervention a été menée en dehors du milieu de soins primaires par des membres du personnel de recherche (moniteurs) connaissant les techniques d'entrevue motivationnelle. On a formé sept moniteurs (ou interventionnistes) qui avaient étudié dans divers domaines et avaient une expérience différente. Cinq des moniteurs avaient une maîtrise (en santé publique, éducation sanitaire, ergothérapie, consultation génétique et/ou diététique/nutrition) et deux étaient titulaires d'un baccalauréat. Quatre des moniteurs avaient au moins deux ans d'expérience en éducation sanitaire ou counselling aux

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Inconnu

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.

patients. Quatre moniteurs avaient déjà travaillé auprès de personnes souffrant d'une maladie chronique, mais pas de diabète sucré.

Les participants ont été partagés au hasard en deux groupes pour faire l'objet de l'intervention ou recevoir des « soins standard améliorés ». La répartition aléatoire a été faite selon une séquence d'affectation mise au point par le statisticien du projet et appliquée en fonction du médecin pour tenir compte de la possibilité d'effets liés au pourvoyeur de soins. Les moniteurs ont rencontré tous les participants individuellement pour évaluer leurs comportements en matière de santé et leur présenter un programme d'éducation informatisé, mais le contenu des séances dépendait du groupe de traitement.

On a présenté aux participants visés par l'intervention un programme multimédia assisté par ordinateur de 30 à 40 minutes permettant d'adapter l'autogestion en donnant aux patients une rétroaction et des objectifs personnalisés et axés sur des stratégies d'amélioration du degré d'activité physique et de l'alimentation choisies par les patients eux-mêmes. Le programme permettait d'imprimer un document de deux pages pour le participant, un résumé d'une page pour son médecin donnant ses taux d'HbA<sub>1c</sub> et de lipides, ainsi qu'un document plus détaillé dont se servait le moniteur pour conseiller le participant. Le moniteur a passé en revue avec le participant son plan personnalisé de modification du comportement et discuté avec lui des objectifs et stratégies choisies pour assurer le succès et la pertinence du plan d'action. Les participants ont aussi reçu un programme d'entraînement en force musculaire (adapté à leurs capacités) comprenant des directives sur l'utilisation de bandes Thera-Band (Hygiene Corp, Akron, Ohio) pour les exercices de raffermissement, ainsi qu'un livre illustré et une vidéo. Les moniteurs ont eu de courtes conversations téléphoniques avec les participants une et quatre semaines après la consultation afin de déterminer s'ils avaient fait des progrès et de réviser au besoin leurs objectifs et stratégies. Enfin, trois semaines après le deuxième appel téléphonique, un bulletin personnalisé a été envoyé aux personnes visées par l'intervention sur l'autogestion personnalisée.

Les sujets témoins, c'est-à-dire ceux ayant reçu des soins standard améliorés, ont aussi rencontré un moniteur seul à seul, sauf que celui-ci leur a présenté un programme multimédia assisté par ordinateur d'évaluation des risques pour la santé qui donnait des renseignements plus

généraux, adaptés à l'âge et au sexe, sur les mesures de santé préventives (p. ex. vaccination, port de la ceinture de sécurité et dépistage du cancer). Les sujets témoins n'ont pas reçu d'appel de suivi ni de bulletin. Leurs médecins n'ont reçu que les résultats des mesures des taux d'HbA<sub>1c</sub> et de lipides. Les résultats ayant été transmis par voie électronique par le laboratoire participant, il n'a pas été nécessaire que le personnel intervienne pour les envoyer.

**Buts du programme :** Non précisés

**Objectifs du programme :** On a jugé de l'efficacité du programme par la réduction de la consommation de graisses, l'augmentation du degré d'activité physique et la réduction des taux d'HbA<sub>1c</sub> et de lipides.

**Étapes de mise en application :**

- Les médecins ont été recrutés dans la région métropolitaine de Denver, au Colorado, tant dans des organisations de soins de santé intégrés qu'en dehors d'organisations de gestion des soins. Pour recruter les patients, on leur a d'abord envoyé une lettre, puis on leur a téléphoné; les patients acceptant de participer ont reçu un formulaire de consentement par la poste.
- L'intervention n'a porté que sur l'alimentation et l'activité physique et a pris environ 30 à 45 minutes. Elle comprenait une évaluation approfondie, une rétroaction et l'élaboration d'un plan d'action.
- Les visites exigées par le programme étaient distinctes des visites de soins primaires et ont été animées par un moniteur faisant partie du personnel de recherche. Les visites, dont la durée a été de deux à trois heures, comprenaient évaluation détaillée, présentation d'un programme sur CD-ROM, discussion et personnalisation du plan d'action et activités d'apprentissage (p. ex. sur l'estimation des portions alimentaires et l'utilisation des bandes Thera-Band).
- Les participants ont été suivis pendant 18 mois. Les objectifs en matière d'alimentation et d'activité physique étaient fixés au premier rendez-vous, puis revus au second, deux mois plus tard. Le moniteur a aussi assuré un suivi téléphonique et posté un bulletin aux participants.

**Prestation du programme :** La prestation du programme a été assurée par des moniteurs faisant partie du personnel de recherche et par des éducateurs en santé.

**Évaluation du programme :** Non précisée

**Évaluation des résultats :** Les critères d'évaluation des résultats, cernés au moyen du cadre de référence RE-AIM, étaient l'adoption du programme par les médecins, les groupes de patients rejoints, la mise en application, ainsi que des mesures de l'efficacité sur les comportements (consommation de graisses et activité physique) et les données biologiques (taux d'HbA<sub>1c</sub> et de lipides). Le cadre de référence RE-AIM tient compte de cinq dimensions qui sont importantes pour l'évaluation des effets possibles sur la santé publique et de la généralisabilité d'une intervention.

Les cinq dimensions du modèle RE-AIM (et leur application au présent programme) sont comme suit :

1. portée (pourcentage et représentativité des patients atteints de diabète sucré qui sont disposés à participer à un programme d'autogestion assisté par ordinateur)
2. efficacité (effets de l'intervention sur les facteurs ciblés, dont des mesures comportementales et physiologiques, et détermination de la robustesse des effets pour tous les sous-groupes et interventionnistes)
3. adoption (pourcentage et représentativité des médecins de soins primaires qui sont disposés à diriger leurs patients vers le programme)
4. mise en application (uniformité de la prestation des divers éléments de l'intervention par le personnel et dans divers sous-groupes de patients)
5. maintien (mesure dans laquelle les patients ont continué de participer au programme). Il y a aussi des indicateurs du maintien relatifs au milieu (voir <http://www.re-aim.org>), mais ces indices n'étaient pas disponibles pour la rédaction du présent article.

Pour ce qui est des résultats des mesures de modification du comportement, la personnalisation de l'autogestion semble raisonnablement robuste pour l'ensemble des facteurs étudiés relatifs aux patients, aux établissements de santé et aux interventionnistes. Les effets globaux sur les mesures de modification du comportement ne se sont pas traduits par des baisses des taux d'HbA<sub>1c</sub> ni de lipides (peut-être en partie parce que les valeurs initiales de ces variables étaient bonnes). Cette étude a donné des résultats encourageants dans ces domaines, car le sexe, l'origine ethnique, le revenu ou d'autres variables économiques (sauf peut-être l'âge pour ce qui est du degré d'activité physique) n'ont pas modéré les effets de l'intervention.

**Portée du programme :** Quarante-deux médecins de soins primaires (34 d'organisations de soins de santé intégrés) et 217 adultes atteints de diabète de type 2 ont participé au programme. Trois cent trente-cinq patients ont participé à une étude connexe. L'âge moyen des participants était de 61,0 ± 10,7 ans; 45 % étaient des femmes, 28 % avaient tout au plus fait des études secondaires et 59 % avaient un revenu familial de 50 000 \$. Soixante-dix pour cent des participants étaient blancs ou non hispaniques, 14 % étaient hispaniques et 12 % étaient afro-américains. La plupart des sujets présentaient au moins deux autres maladies chroniques en plus du diabète sucré.

**Soutien communautaire :** Non précisé

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée

**Coûts initiaux :** Non précisés

**Coûts du maintien du programme :** Le programme a coûté 547 \$ US par personne. Les facteurs qui ont beaucoup contribué à ce coût sont le salaire des éducateurs en santé qui ont présenté les activités assistées par ordinateur et le temps de planification du programme individualisé d'entraînement contre résistance. Le coût comprend les dépenses engagées pour le recrutement des participants et la prestation de l'intervention.

**Description des facteurs contextuels :** Selon plusieurs études, les aspects des soins qui sont les moins susceptibles d'être systématiquement prodigués sont le soutien de l'autogestion et les soins axés sur le patient. Ces deux aspects supposent la compréhension des points de vue du patient, l'établissement d'objectifs en collaboration avec le patient et l'adaptation des interventions en fonction des besoins du patient. Outre ces difficultés, il y a aussi les disparités observées pour ce qui est des soins prodigués et des résultats sur le plan de la santé entre, d'une part, les minorités et les patients mal desservis et, d'autre part, les Blancs de la classe moyenne. La plupart des médecins de soins primaires n'ont pas la formation voulue pour relever les défis du counselling sur l'autogestion et la modification du comportement des patients qui souffrent d'une maladie chronique, et peu d'entre eux ont les ressources nécessaires ou le temps voulu pour accorder la priorité à ces défis.

**Généralisabilité :** Sauf peut-être pour la longue rencontre initiale avec un conseiller en matière de santé, le programme a été conçu pour être généralisable et

applicable à grande échelle, puisqu'il s'appuie beaucoup sur la technologie informatique. Le fait que les rencontres aient toutes eu lieu au même endroit plutôt qu'au cabinet des médecins peut être considéré soit comme favorisant la généralisabilité et l'adoption (notre point de vue), soit comme limitant la généralisabilité (point de vue d'un critique). Le présent programme convient probablement particulièrement bien aux cabinets de groupe, organisations de soins de santé intégrés, établissements pour anciens combattants et médecins qui utilisent des services de gestion de la maladie. Le programme conviendrait bien aux personnes qui s'intéressent particulièrement à la qualité et à la prestation uniforme des programmes. Quand l'objectif

est de rejoindre le plus grand nombre de patients possible, d'autres types de programme pourraient être préférables.

**Matériel pouvant être adapté :** Non précisé

**Leçons apprises :** Il est encourageant de constater que les membres du personnel chargés de l'intervention ayant étudié dans divers domaines et ayant une expérience différente ont réussi à mettre le programme en application. L'utilisation de l'ordinateur contribue à l'uniformité de la prestation d'un programme.

**CONTACT :**

**Russell E. Glasgow, PhD**  
Clinical Research Unit,  
Kaiser Permanente Colorado  
335 Road Runner Lane  
Penrose, Colorado 81240  
Courriel : russg@ris.net

---

**Références :**

- Glasgow, R. E., Strycker, L. A., King, D. K., Toobert, D. J., Rahm, A. K., Jex, M., & Nutting, P. A. (2006). Robustness of a computer-assisted diabetes self-management intervention across patient characteristics, healthcare settings, and intervention staff. *The American Journal of Managed Care*, 12(3), 137-145.
- Glasgow, R. E., Nelson, C. C., Strycker, L. A., & King, D. K. (2006). Using RE-AIM metrics to evaluate diabetes self-management support interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(1), 67-73.

# Traitement intensif du diabète à titre externe

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme de traitement intensif du diabète à titre externe est un programme de groupe de 3,5 jours axé sur l'éducation et l'acquisition de compétences. Il est offert par une équipe de soins diabétologiques spécialisée qui, de concert avec les patients, personnalise les soins afin d'améliorer l'autogestion du diabète.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Les groupes sont d'au plus 12 patients. Au début du programme de 3,5 jours, les patients rencontrent seul à seul un endocrinologue, un physiologiste de l'exercice, une diététiste, une infirmière enseignante et un travailleur social. Le programme prévoit aussi un examen physique, des épreuves de laboratoire et une séance quotidienne avec un médecin. À partir des évaluations, l'équipe élabore avec chaque patient un régime alimentaire, un programme d'activité physique et un schéma thérapeutique personnalisés. Au cours des séances de petit groupe, les techniques suivantes de gestion du diabète sont enseignées :

- interpréter les résultats des épreuves de glycémie
- reconnaître, prévenir et traiter l'hypoglycémie
- traiter l'hyperglycémie

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1 ou de type 2

**NIVEAU :** Programme de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Établissement de santé

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

- adapter les doses de médicaments et savoir quand prendre les médicaments
- prendre des mesures de protection du cœur et des reins
- gérer les déplacements et les jours de maladie
- atteindre les objectifs nutritionnels
- savoir quoi faire quand on ne mange pas chez soi
- maintenir le contrôle par la pratique d'activités physiques
- réduire le stress et conserver sa motivation.

Les participants déterminent, avec l'aide d'une diététiste, ce qu'ils choisiront au buffet du déjeuner et du dîner et ont deux séances d'exercice supervisées. À la fin du programme, le patient reçoit les résultats des épreuves de laboratoire, les résultats de l'examen médical et de la documentation sur les changements qu'il a apportés à son plan de prise en charge du diabète.

**But du programme :** Amélioration du contrôle de la glycémie et des soins auto-administrés.

**Étapes de mise en application :** Le programme dure 3,5 jours et est offert au Joslin Center du lundi au jeudi. À leur arrivée, les participants rencontrent seul à seul chacun des professionnels de la santé de l'équipe, puis un examen physique et des épreuves de laboratoire sont effectués. Il y a ensuite une séance d'introduction au cours de laquelle les participants parlent de leurs expériences. Le matin du deuxième jour, les membres de l'équipe se réunissent pour préparer une démarche personnalisée pour chaque patient. Cette démarche met l'accent sur les modifications réalistes du mode de vie et les changements possibles à apporter au traitement médicamenteux. Des jours 2 à 4, les patients participent au programme de 7 h 30 à 16 h. Chaque jour, il y a une série de séances de groupe et individuelles. Un buffet est servi le matin et le midi (les participants choisissent eux-mêmes leurs aliments, avec l'aide de la diététiste). Le programme prévoit deux séances d'exercice supervisées et une série de cours sur les aspects de la gestion du diabète présentés ci-dessus. Avant et après les repas et les séances d'exercice, on mesure la glycémie des patients (et on discute avec eux des résultats) pour

améliorer leurs aptitudes de résolution des problèmes et pour insister sur l'importance de l'exercice et des choix alimentaires sains. Les participants rencontrent le médecin du programme seul à seul chaque jour pour examiner avec lui ses glycémies et les modifications apportées à son mode de vie. À la fin du programme, les patients participent à une dernière séance de groupe pour passer le programme en revue et fixer leurs objectifs individuels. Le patient examine avec une infirmière enseignante le plan auquel il devra adhérer. L'infirmière assure un suivi continu du patient pour régler ses problèmes, l'appuyer et modifier son traitement au besoin.

**Prestation du programme :** L'équipe qui assure la prestation du programme est composée d'un endocrinologue, d'un physiologiste de l'exercice, d'une diététiste, d'infirmières enseignantes, d'un travailleur social et d'un médecin.

**Évaluation des résultats :** L'évaluation des résultats montre qu'au cours des trois à six premiers mois, le taux d'HbA<sub>1c</sub> baisse en moyenne de près de 1,5 % et d'en moyenne 2,75 % chez les patients dont le taux d'HbA<sub>1c</sub> initial était de plus de 10 %. Au cours de l'année qui suit la participation au programme, il y a aussi une réduction de plus de 50 % du nombre de visites au service des urgences et d'hospitalisations, ainsi qu'une réduction de 43 % du nombre d'heures de travail ou d'école manquées.

**Portée du programme :** Le programme est offert à 12 patients chaque semaine, du lundi au jeudi.

**Soutien communautaire :** On encourage les participants à se faire accompagner de leur conjoint, d'un membre de leur famille ou d'un ami. Grâce au programme, la personne-soutien a non seulement l'occasion d'en apprendre davantage sur les difficultés de la gestion du diabète et de s'intégrer au réseau de soutien du patient, mais aussi d'échanger avec d'autres personnes qui vivent avec une personne diabétique. Pendant la séance d'exercice quotidienne des patients, les personnes-soutiens se réunissent en groupe avec un spécialiste de la santé mentale.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Selon Polonsky et ses collaborateurs (2003), « la combinaison judicieuse de la prise en charge médicale et de la formation sur l'autogestion du diabète, de façon à obtenir un programme multidisciplinaire intégré, pourrait avoir été cruciale. » Les auteurs sont aussi d'avis que « l'accent mis sur la participation et la collaboration des patients ainsi que sur l'éducation de groupe » est un élément fondamental du programme.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme est offert au Joslin Diabetes Center. Le centre est un chef de file mondial de la recherche, des soins et de l'éducation diabétologiques et est affilié à la *Harvard Medical School*.

**CONTACT :**

**Richard A. Jackson, MD**

Joslin Clinic

One Joslin Place

Boston, Massachusetts 02215

Tél. : (617) 732-2628

Courriel : richard.jackson@joslin.harvard.edu

Site Web : www.joslin.org

---

**Références :**

Polonsky, W. H., Earles, J., Smith, S., Pease, D. J., Macmillan, M., Christensen, R., et al (2003). Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the diabetes outpatient intensive treatment program. *Diabetes Care*, 26(11), 3048-3053.

Site Web du programme DO IT :

[http://www.dlife.com/dLife/do/ShowContent/dlife\\_media/tv/\\_joslin\\_do\\_it\\_060705.html](http://www.dlife.com/dLife/do/ShowContent/dlife_media/tv/_joslin_do_it_060705.html)

Site Web du Joslin Diabetes Center :

website: [http://www.joslin.org/755\\_1409.asp](http://www.joslin.org/755_1409.asp)

# Entraîneur personnel pour le diabète

## APERÇU DU PROGRAMME

L'intervention visait à accroître la motivation et les compétences des enfants en ce qui a trait à la gestion du diabète. Le terme « entraîneur personnel » a été choisi pour mettre l'accent sur le développement des points forts plutôt que sur la correction de déficiences. Le rôle de *l'entraîneur personnel* était de favoriser la fidélité au traitement médical prescrit et non de donner des conseils médicaux.

**Création :** 2002

**Révision :** Le programme n'a pas en lui-même été révisé; il a toutefois servi de point de départ pour la création d'une intervention comportementale axée sur la famille et intégrée aux soins prodigués à la clinique visant à améliorer la résolution des problèmes qu'entraîne la gestion de la maladie, à améliorer la coopération et la communication parent-enfant, à prévenir les conflits liés à la gestion de la maladie et à favoriser le bon partage des responsabilités liées à la gestion de la maladie.

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** L'intervention prévoyait six séances semi-structurées, qui avaient lieu au domicile du patient ou dans un endroit public, ainsi que des appels téléphoniques. Elle durait environ deux mois

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Modèles sociocognitif et de l'autorégulation avec application des principes de l'entrevue motivationnelle, de l'analyse comportementale appliquée et de la résolution de problème

**PUBLIC CIBLE :** Enfants de 11 à 16 ans

**MILIEU :** Domicile du patient ou lieu public (si le patient habite loin)

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

et était offerte par des non-professionnels ayant reçu la formation nécessaire. À la séance initiale, l'enfant et ses parents étaient présents, mais toutes les autres séances ne s'adressaient qu'à l'enfant. Tout était mis en œuvre pour que l'enfant puisse mettre à profit ses rapports familiaux et ses compétences. On apprenait à l'enfant à développer ses compétences tout en déterminant les éléments à améliorer, en fixant des objectifs et en trouvant des solutions aux problèmes, mais on lui disait ensuite de trouver des façons de se faire aider par ses parents et d'en faire part à ses parents pendant la séance.

La première séance visait à créer des liens avec l'enfant, à donner un aperçu du programme et à examiner les résultats des épreuves de glycémie. On remettait à l'enfant un accéléromètre et un journal alimentaire. L'enfant devait toujours porter son accéléromètre et noter dans son journal tout ce qu'il mangeait pendant deux jours de semaine et un samedi ou un dimanche.

À la deuxième séance, l'évaluation se poursuivait et on commençait à motiver l'enfant à modifier son comportement. L'enfant et l'entraîneur personnel examinaient ensemble les données issues de l'autosurveillance, soit la fréquence, la durée et l'intensité de l'activité physique, la fréquence et le moment des épreuves de glycémie et le moment et la teneur des repas. Une entrevue semi-structurée fondée sur les principes de l'entrevue motivationnelle était menée pour cerner les problèmes et dresser une liste d'objectifs possibles. L'enfant évaluait dans quelle mesure il était disposé à apporter les changements nécessaires pour atteindre chaque objectif, puis choisissait ses trois principaux objectifs possibles.

À la troisième séance, l'entraîneur personnel faisait passer l'enfant par les étapes du processus de modification du comportement. L'enfant parlait des avantages et inconvénients de chaque objectif possible et analysait ses antécédents et les conséquences des comportements cibles possibles. L'enfant choisissait l'objectif sur lequel il allait se concentrer et l'entraîneur personnel l'aidait à élaborer un plan personnel par le processus suivant : remue-méninges pour le choix de stratégies, contournement des obstacles possibles, définition du rôle des parents dans la mise en œuvre du plan, choix d'une méthode d'évaluation des progrès et définition des résultats prévus.

Les trois dernières séances visaient à assurer un suivi et à poursuivre le développement des compétences. L'entraîneur personnel aidait l'enfant à analyser les résultats, à rechercher la cause des problèmes, à résoudre les problèmes et à revoir son plan au besoin, et lui donnait les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs qu'il s'était fixé et évaluer ses progrès. Le processus devait renforcer et accroître les attentes liées aux résultats et à l'efficacité. L'entraîneur personnel faisait des suggestions, encourageait l'enfant et lui donnait une rétroaction positive.

**But du programme :** Accroître la motivation et les compétences des enfants en ce qui a trait à la gestion du diabète.

**Objectifs du programme :** Incorporer les principes de l'entrevue motivationnelle pour accroître l'engagement de l'enfant et appliquer la démarche de l'apprentissage par l'expérience. L'étude visait à évaluer les effets cognitifs, comportementaux et physiologiques d'un programme d'autorégulation offert à des enfants atteints de diabète de type 1 par des non-professionnels et, compte tenu des importants changements développementaux qui surviennent de la préadolescence au milieu de l'adolescence, à évaluer divers effets de l'intervention en fonction de l'âge.

**Étapes de mise en application :** Voir la description du programme, ci-dessus.

**Prestation du programme :** Les interventionnistes recevaient 80 heures de formation sur la gestion du diabète, l'entrevue motivationnelle, l'analyse comportementale appliquée, les problèmes parent-enfant liés à la gestion du diabète, la sécurité, l'éthique et les activités prévues par l'intervention. La formation comportait des séances didactiques, de la documentation, une vidéo, des jeux de rôle, des activités de groupe et des exercices pratiques individuels avec rétroaction.

**Évaluation du programme :** Les séances étaient enregistrées et surveillées pour garantir la fidélité aux principes de l'intervention. Le codage d'un échantillon de séances en fonction de dimensions pertinentes de l'entrevue motivationnelle (p. ex. reformulation, questions ouvertes, empathie et égalitarisme) et d'aspects précis de l'intervention a démontré que tous les entraîneurs avaient les compétences voulues et étaient fidèles aux principes de l'intervention.

**Évaluation des résultats :** Le taux d'HbA<sub>1c</sub>, principal critère d'évaluation, a été évalué dans les cliniques selon leur protocole de soins standard. Des effets significatifs ont été observés au milieu de l'adolescence (de 14 à 16 ans). La fidélité a été évaluée au moyen d'une version modifiée du *Diabetes Self Management Profile* (profil d'autogestion du diabète). Les questionnaires *Self Efficacy for Diabetes Self Management* (auto-efficacité en matière d'autogestion du diabète), *Outcome Expectations of Diabetes Self Management Positive and Negative Scales* (attentes liées aux résultats de l'autogestion du diabète, échelles positive et négative) et *Diabetes Quality of Life* (qualité de vie du patient diabétique) ont été remplis au départ et à chacune des rencontres de suivi. Les enfants et les parents ont aussi rempli un questionnaire sur la satisfaction à l'égard du programme.

**Portée du programme :** Limitée parce que l'interaction se fait d'un à un.

**Coûts initiaux/du maintien du programme :** Puisque le programme a été créé et mis en application par un groupe de recherche interne des *National Institutes of Health*, il est impossible d'en calculer précisément les coûts initiaux et de mise en application. Le programme a été créé par des chercheurs du *National Institute of Child Health and Human Development* dans le cadre de leur mandat de recherche, et des stagiaires de recherche ont été formés par les chercheurs pour la prestation de l'intervention. Dans un milieu clinique, les coûts comprendraient la formation des interventionnistes (environ 80 heures) et les coûts de la main-d'œuvre nécessaire pour offrir six séances d'environ une heure chacune par patient et faire cinq courts appels téléphoniques. Si l'intervention a lieu à domicile, comme au cours de la présente étude, il y aurait aussi des frais de déplacement. Le programme pourrait toutefois être offert en milieu clinique ou ailleurs.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Enfants et parents ont bien accueilli le programme. Les enfants ont bien répondu au style d'interaction axé sur l'entrevue motivationnelle et pu déterminer quels aspects de la gestion du diabète ils désiraient améliorer et apprendre et appliquer le processus de résolution des problèmes. Les enfants et les parents ont apprécié le processus menant à l'atteinte d'un objectif

précis, soit fixer l'objectif, faire les efforts nécessaires et suivre les progrès. Dans sa forme actuelle, le programme a été plus utile au milieu qu'au début de l'adolescence.

**Généralisabilité :** Les meilleurs résultats ont été obtenus chez les enfants de 14 à 16 ans.

**Leçons apprises :** Les observations démontrent que des non-professionnels ayant reçu la formation voulue peuvent agir comme interventionnistes. Le personnel a été fidèle aux principes de l'intervention et il n'y a pas eu de problèmes liés aux limites de leur expertise.

Selon l'évaluation des résultats et la rétroaction qualitative des parents, le programme pourrait être amélioré si on faisait intervenir les parents d'une façon plus intégrée et plus systématique.

Par ailleurs, le fait que les interventionnistes ont dû parcourir de grandes distances pour offrir le programme à domicile est un obstacle à la prestation à grande échelle en raison du temps et des coûts exigés par ces déplacements. La prestation du programme en milieu clinique ou ailleurs pourrait en accroître la faisabilité.

#### CONTACT :

**Tonja R. Nansel, PhD**

6100 Executive Boulevard

Room 7B13R, MS 7510

Bethesda, Maryland 20892-7510

Courriel : nanselt@mail.nih.gov

---

#### Références :

Nansel, T. R., Iannotti, R. J., Plotnick, L. P., Zeitsoff, L., Simons-Morton, B., & Cox, C. (2007). Short-term and one-year outcomes of a "diabetes personal trainer" intervention among youth with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 30, 2471-2477.

Communication avec la D<sup>re</sup> Tonja Nansel.

# Jeu vidéo éducatif – Packy et Marlon

## APERÇU DU PROGRAMME

Packy et Marlon est un jeu vidéo dont l'objet est de donner à l'enfant la confiance, les aptitudes et la motivation nécessaires pour aborder les rigoureux soins auto-administrés qu'exige l'équilibre du diabète de type 1.

**Création :** 1994

**Révision :** Pas de révision apparente depuis 1994.

**État actuel :** Le jeu peut être commandé auprès de divers distributeurs de jeux vidéo.

**Description :** Packy et Marlon est un jeu vidéo pour le Super Nintendo Entertainment System (SNES). Les défis du jeu reflètent ceux que pose le diabète. Pour gagner, le joueur doit apprendre à éviter les ennemis, faire de bons choix et adopter certains comportements pour aider son personnage à demeurer en santé. La répétition est un facteur clé.

**But du programme :** Encourager l'autogestion du diabète chez les enfants.

**Objectif du programme :** Utiliser une activité très intéressante (un jeu vidéo) pour apprendre à l'enfant, par essais et erreurs et dans le confort et la sécurité de son domicile, à accroître son auto-efficacité en matière de gestion du diabète.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Psychologie cognitive, éducation, promotion de la santé, interaction homme-machine

**PUBLIC CIBLE :** Enfants de 8 à 16 ans

**MILIEU :** Domicile du patient

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUES :** Anglais, espagnol ou français

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Étapes de mise en application :** Les personnages du jeu Packy et Marlon sont deux éléphants adolescents diabétiques qui s'en vont à un camp d'été pour jeunes diabétiques. Quand un enfant joue seul, son personnage est Packy; Marlon se joint à Packy quand il y a deux joueurs. Les personnages doivent sauver leur camp des rats et des souris qui ont éparpillé la nourriture et les fournitures diabétiques. Le joueur aide son personnage à surveiller sa glycémie, à prendre la bonne dose d'insuline, à passer en revue son carnet d'autogestion du diabète et à trouver pour chaque repas et collation des aliments qui contiennent le nombre d'équivalents alimentaires (pain, fruits, viandes, lait, légumes et matières grasses) convenables selon le plan de repas. Le joueur s'initie à l'autogestion du diabète et aux situations sociales typiques ayant trait au diabète en répondant à des questions à choix multiples posées par des conseillers de camp tout au long du jeu. Le jeu comporte 24 niveaux de difficulté progressive et se déroule dans divers milieux : forêts, terrains de jeu, rivières, montagnes, maisons hantées et lacs.

Il y a six niveaux de jeu par jour et quatre jours en tout. Chaque niveau comporte un repas ou une collation : déjeuner, collation du matin, dîner, collation de l'après-midi, souper et collation du coucher. Un menu s'affiche au début de chaque niveau et le joueur doit aider son personnage à trouver et à manger les aliments du plan de repas, ou leur substituer des équivalents alimentaires afin que sa glycémie demeure dans l'écart des valeurs normales. Le joueur peut appuyer sur un bouton pour utiliser une calculatrice d'équivalents alimentaires qui permet de trouver des équivalents de tous les aliments du jeu, tels qu'un bol de céréales ou un sandwich au thon. Il appuie ensuite de nouveau sur le bouton pour consulter un carnet qui donne les glycémies antérieures, les doses d'insuline et les équivalents alimentaires consommés.

**Prestation du programme :** Jeu vidéo utilisé à domicile.

**Évaluation du programme :** On a demandé aux enfants d'évaluer le jeu au moyen d'une échelle de quatre points allant de « je n'aime pas du tout le jeu » à « j'aime beaucoup le jeu ». On a déterminé combien de temps les enfants passaient à jouer en leur demandant le nombre de fois où ils avaient joué seuls et avec quelqu'un d'autre au cours des trois derniers mois et combien de temps ils avaient passé à jouer chaque fois.

**Évaluation des résultats :** Les enfants du groupe de traitement ont aimé jouer à Packy et Marlon autant que ceux du groupe témoin. Six mois après avoir reçu le jeu, 69 % ont dit qu'ils « aimaient le jeu vidéo » ou qu'ils « aimaient beaucoup le jeu vidéo ». Les participants qui ont reçu le jeu Packy et Marlon ont dit avoir joué pendant une moyenne de 34 heures au cours des six mois de l'étude, soit 18 heures au cours des trois premiers mois et 16 heures au cours des trois derniers mois. Chez les enfants qui avaient utilisé le jeu vidéo, il y a eu des améliorations de l'auto-efficacité, de la communication relative au diabète avec les parents et des soins auto-administrés. Les problèmes liés au diabète ont donné lieu à moins de consultations médicales urgentes. Il n'y a pas eu d'effet discernable sur le taux d'HbA<sub>1c</sub>.

**Portée du programme :** Illimitée

**Soutien communautaire :** Aucun, sauf pour mettre les enfants au courant de l'existence du jeu.

**Coût initiaux :** Le coût du jeu – disponible sur Amazon.com – va de 15,49 \$ à 35,00 \$.

**Coûts du maintien du programme :** Aucun

**Éléments cruciaux à reproduire :** Aucun précisé

**Description des facteurs contextuels :** Le jeu convient aux enfants de 8 à 16 ans qui ont une console SNES et qui aiment les jeux vidéo.

**Généralisabilité :** Voir ci-dessus

**Matériel pouvant être adapté :** Le jeu vidéo est sur le marché.

**Leçons apprises :** Chez les enfants diabétiques, on peut améliorer les soins auto-administrés par l'entremise de jeux vidéo, passe-temps populaire des enfants de toutes les strates socio-économiques. Il pourrait être possible de mettre le jeu en ligne, ce qui permettrait au clinicien de suivre les progrès de l'enfant, entre autres pour ce qui est de l'attitude et de la motivation. Le jeu pourrait aussi être raccordé à des appareils de mesure tels qu'un glucomètre pour permettre au patient d'appliquer directement au traitement du diabète les leçons tirées du jeu de rôles.

**CONTACTS :**

**Raya Systems Inc**

2570 West El Camino Real, Suite 520  
Mountain View, California 94040

**Deborah Lieberman**

5808 Ellison Hall  
University of California, Santa Barbara  
Santa Barbara, California 93106  
Tél. : (805) 893-7571  
Télec. : (805) 893-7995  
Courriel : [lieberma@isber.ucsb.edu](mailto:lieberma@isber.ucsb.edu)

---

**Référence :**

Brown, S. J., Lieberman, D. A., Germeny, B. A., Fan, Y. C., Wilson, D. M., & Pasta, D. J. (1997). Educational video game for juvenile diabetes: Results of a controlled trial. *Medical informatics = Medicine et informatique*, 22(1), 77-89.

# Éducation de groupe fondée sur l'expérience

## APERÇU DU PROGRAMME

L'intervention visait à déterminer dans quelle mesure un programme d'éducation de groupe fondé sur l'expérience était efficace après 24 mois (la plupart des programmes n'examinent pas les effets des interventions à visée éducative après plus de trois à six mois). Elle a fait ressortir que des médiateurs pourraient aider les gens à atteindre les objectifs métaboliques voulus. Divers aspects de l'autogestion du diabète ont été examinés, dont le sentiment qu'a une personne de pouvoir influencer sur sa situation, son auto-efficacité et la connaissance de son corps.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé; il est offert à Stockholm par l'association du diabète.

**Description :** L'étude visait à déterminer dans quelle mesure un programme d'éducation de groupe fondé sur l'expérience était efficace après 24 mois, suivi plus long que celui de la plupart des programmes d'éducation. On a choisi divers critères pour voir s'ils pouvaient produire un contrôle glycémique à plus long terme. Ces critères étaient la réflexion et la compréhension ou la reconnaissance de la capacité de la personne à prendre des décisions à propos de ses soins quotidiens, ce qui lui procure un sentiment d'autonomie qui favorise la prise en charge

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Autonomisation, locus de contrôle interne et auto-efficacité

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Échelle communautaire

**PAYS D'ORIGINE :** Suède

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

du diabète. La personne est donc un partenaire à part entière dans la planification et la prestation des soins du diabète et a le sentiment de pouvoir influencer sur sa situation. Un autre des critères d'évaluation était le rôle que jouent la connaissance qu'a le patient de son corps et sa capacité de reconnaître ses hyper- et hypoglycémies.

**Buts du programme :** Renforcer les expériences des participants et utiliser ces expériences comme point de départ pour l'acquisition des compétences pratiques nécessaires à l'autogestion du diabète.

**Objectifs du programme :** L'hypothèse de l'étude était que la mesure dans laquelle une personne connaît son corps et peut estimer sa glycémie avant de la mesurer est en corrélation avec le contrôle de la glycémie. Les autres hypothèses étaient qu'en ce qui a trait aux complications du diabète, l'exercice et la perte de poids ont des effets positifs et la solitude, un indice de masse corporelle élevé et l'anxiété ont des effets négatifs.

**Étapes de mise en application :** L'intervention a duré 12 mois et prévoyait un suivi après un an. La glycémie était mesurée tout au long de l'intervention. Le groupe se réunissait une fois par mois et chaque participant partageait avec l'ensemble du groupe le journal de ses glycémies, ce qui était un important point de départ pour les discussions.

Le matériel comprenait une vidéo sur les modifications à apporter au mode de vie pour bien équilibrer le diabète, un jeu de dés au cours duquel les participants devaient répondre à des questions (les réponses n'étaient pas prédéterminées mais devaient être négociées par les joueurs), un livret ou guide sur la gestion du diabète (contenant le journal de personnes fictives dont l'alimentation ou le traitement comportait des erreurs typiques, des renseignements sur les complications du diabète et un plan personnalisé pour les visites de suivi). Ce livret servait à alimenter la discussion sur ce qui constitue de bons plans de traitement.

Pour favoriser l'apprentissage expérientiel, on encourageait les participants à modifier leur alimentation et leur programme d'activité physique pour constater les effets des modifications sur leur glycémie. Les séances de groupe étaient fondées sur le principe que toutes les questions soulevées devaient être résolues par le groupe plutôt que par l'animateur.

**Prestation du programme :** Les séances d'éducation étaient animées par des pharmaciens ayant reçu la formation voulue, avec l'aide d'une infirmière spécialisée en diabétologie. Les pharmaciens avaient reçu une formation intensive de trois jours avant le début des séances. Le matériel qui servait à la formation des pharmaciens était le même que celui présenté aux participants (voir ci-dessus). Les pharmaciens ne devaient pas modifier le traitement médical des participants, mais plutôt les adresser à leur équipe soignante. Un pharmacien était toujours là pour aider et appuyer les participants et il y avait des réunions de suivi tous les six mois. Le pharmacien tenait pour chaque participant un journal sur l'expérience d'apprentissage du participant tout au long du programme.

**Évaluation du programme :** Les participants ont rempli un questionnaire au début de l'étude et deux ans plus tard. Les commentaires des participants sur tous les éléments liés à leur perception de la maladie et des citations de ces commentaires sont utilisés pour expliquer davantage certains résultats et/ou donner des exemples de certains résultats.

**Évaluation des résultats :** Le taux d'HbA<sub>1c</sub> de chaque patient du groupe visé par l'intervention et du groupe témoin a été mesuré au départ puis après six, 12 et 24 mois. Les participants ont rempli un questionnaire au début de l'étude et deux ans plus tard. Dans le groupe visé par l'intervention, il y avait une baisse significative du taux d'HbA<sub>1c</sub> six mois après le début de l'étude ainsi qu'après 24 mois. L'intervention a été sans effet sur les résultats des mesures effectuées après 12 mois.

Il y a eu des différences significatives entre le groupe visé par l'intervention et le groupe témoin pour ce qui est des facteurs suivants : plus grande satisfaction des patients à l'égard de leurs connaissances sur le diabète, intensification de l'activité physique pour réduire la glycémie et capacité d'estimer la glycémie avant de la mesurer. Les facteurs pour lesquels il n'y a pas eu de différence notable ont été les suivants : capacité du patient de ressentir où se situe sa glycémie, sentiment de contrôle sur la glycémie et sentiment que la glycémie fluctue malgré les efforts faits pour la contrôler.

**Portée du programme :** Quatre-vingt-quatre participants ont été inscrits à l'étude et 77 ont été randomisés, ce qui a donné un groupe témoin de 38 participants et un groupe visé par l'intervention de 39 participants. À la fin de l'étude (après 24 mois), il restait 33 participants dans le groupe témoin et 31 dans le groupe visé par l'intervention.

**Soutien communautaire :** Selon les remerciements, l'étude a été menée avec l'appui financier de la *Swedish Foundation for Health-Care Sciences and Allergy Research*, la *National Corporation of Swedish Pharmacies* et l'Université d'Uppsala. Le premier auteur a reçu l'appui financier de la Fondation Knut et Alice Wallenberg, de Stockholm, en Suède.

**Mobilisation de partenaires :** Pour recruter les participants, on a fait passer des annonces dans des journaux locaux et distribué des prospectus dans le cabinet d'omnipraticiens et par l'entremise de l'association du diabète de Stockholm. Le comité d'éthique du Centre hospitalier universitaire d'Uppsala a aussi été mis à contribution. Des pharmaciens ont assuré la prestation du programme et l'équipe soignante des participants a aussi joué un rôle.

**Aspect financier :** Selon le contact, le programme permet d'économiser deux fois plus d'argent qu'on y investit. Les pharmaciens suédois ont estimé que le coût du programme d'un an était de 4500 SEK par patient, ce qui ne comprend pas le temps du personnel des pharmacies. Le principal coût était celui de la surveillance de la glycémie. En s'assurant que les diabétiques aient les compétences voulues, on pourrait beaucoup réduire les coûts (Tennvall, G. R, Rosenqvist, U., Nilsson, L. G. [1997]. It is worth concentrating on prevention of complications. An example from diabetic care. *Läkartidningen*, 94 [34], 2817-2821).

**Éléments cruciaux à reproduire :** La plus importante constatation a été que des mesures subjectives des perceptions personnelles des participants influent de façon significative sur les résultats. Cette constatation pourrait en partie expliquer pourquoi il ne suffit pas d'accroître les connaissances sur le diabète et pourquoi il est difficile de cerner et de mesurer les prédicteurs du succès de l'éducation des patients sur le diabète. On recommande donc qu'à l'avenir, l'évaluation des programmes d'éducation des patients tienne systématiquement compte de facteurs subjectifs pouvant influencer sur les résultats.

**Description des facteurs contextuels :** Les participants avaient répondu à une annonce dans des journaux et des prospectus. La sélection était donc probablement biaisée, car les personnes qui ont répondu à l'annonce avaient la motivation voulue pour améliorer l'autogestion du diabète.

**Généralisabilité :** Selon les résultats, il y avait une réduction du taux d'HbA<sub>1c</sub> après six et 24 mois, mais pas après 12 mois. C'est donc dire que les interventions peuvent avoir des effets différés ou variables, ce qui donne à penser que le suivi ne doit pas cesser un an après le début du programme, mais plutôt prévoir plusieurs autres mesures à plus long terme pour faire ressortir un effet différé possible de l'intervention. Il semble que des facteurs tant biomédicaux que subjectifs aient permis d'expliquer la différence entre le taux d'HbA<sub>1c</sub> au départ et celui mesuré deux ans plus tard.

**Leçons apprises :** Le contact a indiqué que le programme avait été mis en application avec un certain succès avec l'aide de personnes profanes de l'association du diabète de Stockholm. Les personnes qui animent les groupes doivent recevoir une formation de deux ou trois jours pour comprendre les principes du programme.

**CONTACT :**

**Anna Sarkadi**

Department of Public Health and Caring Sciences  
Uppsala University  
Uppsala Science Park,  
Uppsala SE-751 85 Suède  
Tél. : 46-18-611-35-67  
Courriel : Anna.Sarkadi@kbh.uu.se

---

**Références :**

- Sarkadi, A. (2001). *The borderland between care and self-care*. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 983. Univ.-bibl. Retrieved from Acta Universitatis Upsaliensis (Uppsala) website:<http://publications.uu.se/theses/91-554-4901-8/>.
- Sarkadi, A., & Rosenqvist, U. (2004). Experience-based group education in type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counselling*, 53(3), 291-298.
- Sarkadi, A., Vég, A., & Rosenqvist, U. (2005). The influence of participants' self-perceived role on metabolic outcomes in a diabetes group education program. *Patient Education and Counselling*, 58(2), 137-45.
- Vég, A. (2006). *Teaching and learning in type 2 diabetes: The importance of self-perceived roles in disease management*. Digital comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine, 169. Tiré le 26 mars 2008 du site Web de Acta Universitatis Upsaliensis (Uppsala) : <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-7122>.
- Vég, A., Rosenqvist, U., & Sarkadi, A. (2006). Self management profiles and metabolic outcomes in type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 1-11.
- Vég, A., Rosenqvist, U., & Sarkadi, A. Variation of patients' views on type 2 diabetes management over time. *Diabetic Medicine* (compte rendu accepté).
- Vég, A., Rosenqvist, U., & Sarkadi, A. Long-term follow-up of participants from an experience-based group education program for type 2 diabetes (manuscrit).

# Amélioration de l'adaptation par le counselling de groupe

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme de counselling de groupe a pour but de répondre aux « besoins comportementaux, cognitifs et psychologiques d'adultes atteints de diabète de type 1 ou de type 2 ». Il prévoit neuf séances de groupe et met l'accent sur le rôle et les responsabilités du patient en ce qui a trait à la gestion du diabète.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le programme, qui comporte neuf séances de groupe, est fondé sur la supposition selon laquelle le comportement et les émotions sont en constante interaction avec la cognition et que le sujet peut avoir des idées fautives, ce qui peut entraîner des réactions émotionnelles extrêmes et empêcher le sujet de s'adapter efficacement au diabète.

**But du programme :** Aider les participants à prendre une part plus active à la gestion du diabète.

**Objectifs du programme :** Le counselling vise à faire participer activement et à responsabiliser le patient par :

- la réflexion consciente
- la restructuration cognitive
- l'acquisition d'aptitudes à résoudre les problèmes
- l'acquisition d'aptitudes à prendre des décisions.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1 et de type 2

**NIVEAU :** Programme de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Thérapie cognitivo-comportementale

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Norvège

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Étapes de mise en application :** Une infirmière spécialisée en diabétologie et des personnes d'expérience atteintes de diabète ont animé ensemble les neuf séances de groupe. Les séances s'articulaient autour de discussions et de démonstrations sur la réduction du stress, l'adaptation active, l'amélioration du bien-être psychologique et le contrôle métabolique. Les sujets traités au cours des séances étaient les suivants : autosurveillance de la glycémie, stress, comportement d'adaptation, soins auto-administrés, profils et stratégies d'adaptation, relations interpersonnelles (avec les professionnels de la santé, les membres de la famille, les amis et les collègues), gestion du stress, détermination d'objectifs, alimentation, activité physique, atteinte des objectifs et prévention des rechutes. Les séances, d'une durée de 1,5 heure chacune, ont été offertes pendant une période de 12 mois. Les participants ont aussi été partagés en sous-groupes qui se réunissaient des jours de semaine différents.

**Prestation du programme :** La prestation du programme a été assurée par une infirmière spécialisée en diabétologie et des personnes d'expérience atteintes de diabète. Les participants ont aussi fait fonction d'animateurs au cours des séances. Ils ont été mis à contribution pour « favoriser la réflexion afin de modifier les perceptions du diabète. »

**Évaluation des résultats :** À la fin du programme, les participants ont dit qu'ils étaient plus motivés à équilibrer leur diabète, avaient davantage confiance dans l'autogestion, arrivaient à mieux composer avec le diabète et étaient en général plus optimistes. Ils ont aussi dit avoir acquis des connaissances, appris comment demander de l'appui et joué un plus grand rôle dans la gestion du diabète. À la fin du programme, tout comme au moment du suivi, 12 mois plus tard, les patients se blâmaient moins de mal gérer le diabète. Les participants ont pu maintenir un taux d'HbA<sub>1c</sub> acceptable pendant toute la période de 12 mois.

**CONTACT :**

**Bjorg Karlsen**

School of Health and Social Work Education

Stavanger University College

P.O. Box 8002, N-4068 Stavanger, Norvège

Tél. : +47-51-83-41-68

Télec. : +47-51-83-41-50

Courriel : [bjorg.karlsen@hs.his.no](mailto:bjorg.karlsen@hs.his.no)

---

**Référence :**

Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Rokne Hanestad, B., & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counselling program on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Education and Counselling*, 53, 299-308.

# Séances de groupe sur l'autodétermination dirigée pour les personnes atteintes de diabète de type 1

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme de groupe dure 16 heures et utilise les principes de l'autodétermination dirigée pour donner aux patients l'autonomie et la motivation nécessaires à la gestion du diabète. Il met l'accent sur l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le programme guide les patients et professionnels dans un processus de réflexion réciproque à l'aide de feuilles de travail semi-structurées. Le programme dure 16 heures (deux heures par semaine pendant huit semaines) et comporte les cinq étapes suivantes : établissement d'une relation claire, exploration de soi, compréhension de soi, action et rétro-information sur l'action. Chaque groupe compte environ dix personnes. Au cours de chaque séance, les professionnels utilisent les techniques suivantes : réponse en miroir, écoute active, clarification des valeurs et communication claire. Les feuilles de travail permettent d'examiner les relations, la façon dont le patient compose avec le diabète, les réflexions du patient sur sa réalité par rapport à l'idéal et les changements qu'il doit apporter.

**Objectifs du programme :** On s'attend à ce que le programme sur l'autodétermination dirigée produise les résultats suivants : plus grande autonomie selon les professionnels, moins de problèmes liés au diabète,

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie de l'autodétermination et théorie des étapes du changement

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Danemark

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

amélioration du contrôle de la glycémie, amélioration perçue des compétences en matière de gestion du diabète, augmentation de la fréquence des épreuves de glycémie faites par le patient et augmentation de la motivation autonome.

**Étapes de mise en application :** Le programme comporte une séance de deux heures par semaine pendant huit semaines. Le patient et le professionnel dressent chacun une liste de problèmes qui posent des difficultés au patient. Ils choisissent ensemble entre un et trois problèmes à examiner de plus près. Pour chaque problème choisi, le patient examine ses stratégies actuelles et l'infirmière le met au défi, en lui donnant l'appui voulu, d'élaborer de nouvelles stratégies. Au cours des séances, on donne aux participants des renseignements sur la gestion du diabète fondés sur les besoins cernés par les professionnels ou par les participants eux-mêmes. Il y a un total de 20 feuilles de travail qui portent sur les relations, la façon dont le patient compose avec le diabète, les réflexions du patient sur sa réalité par rapport à l'idéal et les changements qu'il doit apporter. Les patients examinent 15 recommandations relatives à l'autogestion du diabète et déterminent pour chacune où ils en sont. Ils cernent leurs objectifs d'avenir en matière de soins du diabète. L'infirmière suit les patients pendant un an pour évaluer leurs progrès et passer en revue les feuilles de travail remplies.

**Prestation du programme :** La prestation du programme a été assurée par le chercheur et par des infirmières ayant reçu la formation voulue sur l'autodétermination dirigée.

**Évaluation des résultats :** L'auteur de l'étude signale que les « résultats ont confirmé que les séances d'autodétermination dirigée avaient été efficaces, ayant permis aux patients dont le contrôle de la glycémie était systématiquement médiocre d'améliorer leur autonomie fonctionnelle pendant une période d'un an, comme en ont témoigné la plus grande autonomie selon les professionnels, l'augmentation de la fréquence des épreuves de glycémie faites par les patients, l'amélioration perçue des compétences en matière de gestion du diabète, la baisse du nombre de problèmes liés au diabète et l'amélioration du contrôle de la glycémie. Une évaluation des feuilles de travail a aussi montré que ces feuilles rendaient les patients plus aptes à exprimer, présenter, évaluer et résoudre les difficultés personnelles liées au diabète. »

**Portée du programme :** Dix personnes participent à chaque programme de 16 heures.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Les feuilles de travail et les aptitudes à la communication des professionnels sont des éléments importants pour la reproduction du programme. L'intervention d'infirmières ayant reçu la formation voulue sur l'autodétermination dirigée est essentielle.

**Description des facteurs contextuels :** Les participants étaient des patients de 18 à 49 ans ayant assisté aux séances sur le diabète offertes par un hôpital universitaire danois en 2000. Les patients ayant un taux d'HbA<sub>1c</sub> moyen de plus de 8,0 % pouvaient participer à l'étude.

**Généralisabilité :** Les auteurs croient que de légères modifications sont nécessaires pour que le programme puisse être offert aux patients atteints de diabète de type 1 et de type 2.

**Matériel pouvant être adapté :** L'article dont la référence figure ci-dessous présente en détail les 20 feuilles de travail utilisées au cours du programme.

**CONTACT :**

**Vibeke Zoffmann**

Institute of Public Health

Department of Nursing Science

University of Aarhus, Denmark

Hoegh Guldbergsgade 6a.

8000 Aarhus C, Denmark

Tél. : +45-89-42-48-45

Télec. : +45-89-42-55-00

Courriel : vz@nursingscience.au.dk

**Référence :**

Zoffmann, V., & Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and HbA<sub>1c</sub> in randomized controlled trial. *Patient Education and Counselling*, 64, 78-86.

# Faible niveau de littératie

## APERÇU DU PROGRAMME

Application multimédia automatisée destinée aux personnes atteintes de diabète (intitulée *Living Well with Diabetes*) qui n'exige pas de lecture ni de navigation complexe et qui, à partir de nombreuses séquences sonores et vidéo, donne des renseignements, offre un soutien psychologique et encourage la pratique de l'autogestion du diabète. L'application était offerte sur des ordinateurs à écran tactile placés dans des salles d'attente et que les patients pouvaient utiliser avant leur rendez-vous.

**Création :** L'étude et le programme ont été financés par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) à compter de 2000. Le programme a été élaboré entre 2000 et 2002. Sa conception était fondée sur un projet pilote intitulé *Diabetes and Your Eyes*, qui avait été mené en 1999 et 2000.

**Révision :** Le programme n'a jamais été révisé, mais ses développeurs aimeraient beaucoup pouvoir le réviser s'ils disposaient du financement nécessaire.

**État actuel :** Le programme est mis en application ailleurs.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Général

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie de l'apprentissage de Gagné et *Component Design Theory*

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUES :** Anglais et espagnol

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.

**Description :** L'application (intitulée *LivingWell with Diabetes*) était offerte sur des ordinateurs à écran tactile placés dans des salles d'attente et que les patients pouvaient utiliser avant leur rendez-vous. À partir de séquences sonores et vidéo, elle donne des renseignements, offre un soutien psychologique et encourage la pratique de l'autogestion du diabète; elle exige peu de lecture et pas de navigation complexe. L'application contient des leçons sur les sujets suivants : introduction au diabète, contrôle de la glycémie, médicaments oraux et insuline, nutrition et activité physique, dépression et stress, hygiène buccale et prévention des complications (dont maladies de l'œil, du pied, de l'appareil cardiovasculaire et du rein). On suggérait aux utilisateurs de commencer par l'introduction, mais ils pouvaient faire les leçons dans n'importe quel ordre (des repères visuels indiquaient les leçons faites). À chaque leçon correspondait un objectif donné en matière de soins auto-administrés, selon la théorie de l'apprentissage de Gagné et la *Component Design Theory*. Pour chaque objectif, une hiérarchie d'apprentissage était élaborée en fonction de l'information verbale pertinente (faits sur le diabète), des aptitudes intellectuelles (modalités du traitement du diabète) et des stratégies cognitives (suggestions d'amélioration du mode de vie). Chaque leçon incorporait les phases de l'apprentissage selon Gagné, soit capter l'attention de l'utilisateur, énoncer l'objectif, passer en revue les notions déjà apprises, guider l'apprentissage, évaluer le rendement de l'utilisateur et donner une rétroaction. Il était possible de personnaliser l'intervention (en fonction de la familiarité avec l'ordinateur et du style d'apprentissage de l'utilisateur) ainsi que les messages présentés (adaptés aux Afro-Américains et aux Latinos). Des professionnels de la région assuraient la narration des directives. Le logiciel présentait des enregistrements vidéo de témoignages improvisés de personnes atteintes de diabète, mettant l'accent sur les obstacles au traitement du diabète, les défis qu'eux ou les membres de leur famille ont dû relever et les solutions qu'ils ont trouvées. Les plans des leçons de la version anglaise du logiciel et de sa traduction espagnole étaient très semblables, mais les deux versions présentaient des témoignages différents afin que l'information soit adaptée à la culture de l'utilisateur. Le logiciel tournait sur des ordinateurs personnels à écran tactile. L'interface de navigation était simple, l'utilisateur se servant de boutons pour avancer ou reculer. Le logiciel comportait aussi des fonctions avancées, dont des fenêtres en incrustation présentant des renseignements supplémentaires ou d'autres témoignages sur le concept présenté à l'écran. Pour renforcer l'apprentissage,

chaque leçon était suivie d'environ dix questions à choix multiples présentées dans un ordre aléatoire. En cas de réponse erronée, l'utilisateur recevait sur-le-champ des commentaires audio. Il fallait en moyenne entre 10 et 20 minutes pour faire chaque leçon. Par suite de l'utilisation du logiciel, les utilisateurs se percevaient comme plus exposés aux complications, mais il n'y avait pas d'amélioration du contrôle de la glycémie. L'intervention a toutefois significativement réduit le taux d'HbA<sub>1c</sub> chez les patients de faible niveau de littératie en santé dont le contrôle de la glycémie était médiocre.

**Buts du programme :** Renseigner des personnes de faible niveau de littératie en santé, leur offrir un soutien psychologique et les encourager à pratiquer l'autogestion du diabète.

**Étapes de mise en application :** Des ordinateurs personnels à écran tactile ont été placés dans la salle d'attente de cliniques de santé publique. Des casques d'écoute ont aussi été mis à la disposition des utilisateurs.

**Prestation du programme :** Cliniques de santé publique.

**Évaluation du programme :** Le groupe a continué de recueillir et d'analyser les données sur l'utilisation des ordinateurs.

**Évaluation des résultats :** Le logiciel fait actuellement l'objet d'un autre essai (2008) visant à mesurer ses répercussions sur le comportement et l'état clinique de diabétiques.

**Portée du programme :** Le programme se poursuit et sa portée est quasi illimitée puisque les ordinateurs peuvent être utilisés par tous les patients des cliniques publiques.

**Soutien communautaire :** Les cliniques publiques ont contribué à la mise en application du programme en acceptant d'installer des kiosques informatiques.

**Coûts initiaux :** Coût d'un ordinateur personnel et accès au logiciel.

**Coûts du maintien du programme :** Le programme n'exige pas d'accès Internet. Pour le maintien du programme, le seul coût est celui de l'entretien de routine de l'ordinateur personnel.

**Éléments cruciaux à reproduire :** La simplicité de l'application et le lien avec des professionnels de la santé favorisent l'utilisation.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme a été mis en application dans des cliniques publiques de Chicago à l'intention d'une population hétérogène de personnes de faible niveau de littératie en santé.

**Généralisabilité :** Le programme multimédia met à profit divers mécanismes pour produire son impact chez les utilisateurs. Les principales caractéristiques du logiciel éducatif sont des vidéos de témoignages de patients et des évaluations interactives qui donnent une rétroaction immédiate aux utilisateurs. L'utilisation de modèles de rôle réalistes pourrait aussi encourager l'apprentissage vicariant par imitation. L'application vise aussi à améliorer les aptitudes de l'utilisateur pour ce qui est de la surveillance de la glycémie et de l'injection d'insuline et à encourager la modification du mode de vie. Les témoignages font ressortir les bienfaits des soins auto-administrés et présentent diverses façons de contourner les obstacles. La rétroaction positive des témoignages et les encouragements du narrateur peuvent aussi accroître l'auto-efficacité. Divers modèles de modification des comportements sanitaires sociaux et psychologiques, dont la théorie sociale cognitive de Bandura et le modèle élargi des croyances relatives à la santé de Rosenstock, peuvent expliquer l'impact psychologique de la rétroaction positive et des encouragements. Les vidéos de témoignages de personnes chez qui le diabète a eu des complications (déficiences visuelles, maladie du rein, amputation et autres) peuvent aussi faire croire aux utilisateurs qu'ils sont plus exposés aux complications. Toutefois, des modifications du comportement sont possibles, surtout chez les personnes qui se sentent davantage en mesure de les effectuer, si on traite par la suite des avantages et obstacles perçus.

**Leçons apprises :** Le programme a été très populaire auprès des patients qui veulent comprendre le diabète. Les patients apprécient les témoignages de personnes qui racontent leurs problèmes liés au diabète; ils aiment le réalisme de ces témoignages. Ils apprécient aussi la façon fondamentale dont l'éducation sur le diabète est abordée. Certains aiment les tests qui suivent les leçons. Certains médecins trouvent le programme utile pour les personnes

chez qui le diabète vient d'être diagnostiqué et celles qui passent à l'insulinothérapie. La mise en application et l'intégration du programme au déroulement du travail de la clinique sont des déterminants essentiels de sa viabilité. Il ne suffit pas d'avoir un ordinateur à écran tactile pour assurer le succès du programme : il faut aussi que le programme soit bien intégré aux régimes de travail du personnel. Cela est particulièrement vrai dans les cas où le soutien financier d'un projet de recherche prend fin dès que la recherche est terminée. Quelqu'un doit s'assurer que les patients diabétiques puissent utiliser l'ordinateur au besoin et que l'information présentée leur convient bien. Il faut aussi mettre en place un processus pour donner l'occasion aux pourvoyeurs de soins de recommander aux patients quelles leçons du programme ils devraient faire.

**Autres remarques :** L'intervention comble aussi le fossé numérique. En effet, tous n'ont pas nécessairement accès à un ordinateur ou à Internet et les caractéristiques personnelles des utilisateurs de renseignements électroniques sont différentes de celles des non-utilisateurs. L'accès à la technologie ne permettra pas la dissémination efficace des renseignements sur la santé destinés aux consommateurs si ceux-ci ne peuvent pas les lire. Le programme multimédia tient compte de beaucoup des besoins et préférences des Américains à faible revenu et mal desservis en ce qui a trait au contenu : information accessible aux personnes qui ont un niveau minimal de littératie en santé et contenu présenté dans d'autres langues que l'anglais et adapté à la réalité culturelle. L'écran tactile est une bonne solution de rechange au clavier et à la souris et peut être particulièrement utile chez les personnes âgées, de faible niveau de littératie en santé ou qui ont peu l'habitude de l'ordinateur.

Selon les auteurs, il y a plusieurs obstacles au progrès des interventions assistées par ordinateur. Malgré les efforts d'amélioration de la convivialité des ordinateurs, les participants de plus faible niveau de littératie en santé les utilisent moins. L'installation des ordinateurs dans les cliniques a soulevé un problème inattendu : on n'était parfois pas certain de l'endroit optimal où les installer. Il est difficile d'installer les ordinateurs bien en vue et de façon à ce qu'ils soient facilement accessibles (conformément aux lignes directrices de l'*Americans with a Disabilities Act*) dans les salles d'attente achalandées. Malheureusement,

l'installation bien en vue d'un ordinateur se fait aux dépens du respect de la vie privée. Enfin, l'accès aux ordinateurs peut être limité quand plusieurs personnes désirent les utiliser en même temps ou quand un des ordinateurs est en panne. Les messages-guides, les instructions, la répétition et le soutien sont des facteurs clés de l'utilisation d'un ordinateur. Au départ, l'encouragement et l'aide du personnel améliorent l'acceptation, mais il est difficile de modifier le comportement du personnel dans une clinique occupée. Des adjoints de recherche bilingues donnent de brèves directives initiales aux utilisateurs, ce qui est utile, surtout dans les cliniques où il n'y a pas de personnel bilingue. On a constaté que des messages-guides audiovisuels multimédia étaient nécessaires pour que l'utilisation soit continue. Toutefois, il se peut que le personnel doive rappeler aux patients d'utiliser le logiciel ou que le pourvoyeur de soins doive recommander

l'apprentissage assisté par ordinateur pour que les patients continuent de se servir du logiciel. Selon des données récentes, un patient est beaucoup plus susceptible d'utiliser et d'accepter le logiciel quand un bénévole ou un membre de sa famille l'aide. Pour améliorer la convivialité, d'autres obstacles personnels et organisationnels devront être éliminés et les pourvoyeurs de soins devront être mis à contribution. Ainsi, l'apprentissage assisté par ordinateur pourrait avoir un plus grand impact sur le comportement et l'état clinique des diabétiques.

**CONTACT :**

**Ben Gerber, MD, MPH**

Section of Health Promotion Research, M/C 275

University of Illinois at Chicago

1747 West Roosevelt Road

Chicago, Illinois 60608

Tél. : (312) 996-8872

Télec. : (312) 413-8950

---

**Référence :**

Gerber, B. S., Brodsky, I. G., Lawless, K. A., Smolin, L. I., Arozullah, A. M., Smith, E. V., et al (2005). Implementation and evaluation of a low-literacy diabetes education computer multimedia application. *Diabetes Care*, 28(7), 1574-1580.

# Favoriser la perte de poids par l'entrevue motivationnelle

## APERÇU DU PROGRAMME

L'entrevue motivationnelle prend peu de temps et on a démontré qu'elle favorisait l'amélioration de divers aspects du devenir des patientes à long terme avec un soutien préliminaire et comme complément au traitement comportemental de l'obésité. Au cours d'une étude pilote menée auprès de femmes diabétiques, l'entrevue motivationnelle a produit une amélioration significative du contrôle de la glycémie, une plus grande fidélité au traitement et une tendance à une perte de poids plus marquée à court terme.

**Création :** 2007

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Toutes les participantes ont pris part à un programme de gestion du poids de 24 séances. Il y a eu une séance par semaine pendant six mois, puis une séance par mois pendant 12 autres mois. Au cours des six premiers mois, l'accent était mis sur la perte de poids et au cours des 12 mois suivants, sur le maintien du poids. Le programme comportait cinq séances individuelles, soit une avant le début du programme de traitement de groupe et une après trois, six, neuf et 12 mois. Les séances duraient 45 minutes et étaient offertes par des psychologues autorisés qui avaient reçu une formation structurée sur l'entrevue motivationnelle. Elles comportaient des entrevues motivationnelles adaptées à la gestion du poids.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe et individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Technique d'entrevue motivationnelle

**PUBLIC CIBLE :** Femmes en surpoids

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**But du programme :** Utiliser l'entrevue motivationnelle au cours d'un programme de gestion comportementale du poids pour favoriser la perte de poids et améliorer le contrôle de la glycémie.

**Prestation du programme :** Les séances de groupe ont été animées par une équipe multidisciplinaire composée d'un comportementaliste, d'un nutritionniste, d'un physiologiste de l'exercice et d'une éducatrice en diabète. Des psychologues cliniciens autorisés ayant reçu une formation structurée sur l'entrevue motivationnelle ont effectué les entretiens.

**Évaluation du programme :** Les séances hebdomadaires comportaient une surveillance clinique continue des compétences en matière d'application des principes de l'entrevue motivationnelle ainsi que de la fidélité au protocole d'intervention. Toutes les séances étaient enregistrées et, chaque semaine, des enregistrements choisis au hasard étaient analysés par deux psychologues cliniciens qui utilisaient un système de codification normalisé prenant exemple sur celui d'autres études de la maîtrise des principes de l'entrevue motivationnelle.

**Évaluation des résultats :** Les femmes avec lesquelles on avait mené des entretiens motivationnelles avaient perdu significativement plus de poids après six et 18 mois. La perte de poids produite par les entretiens motivationnelles découlait d'une plus grande fidélité au programme de gestion comportementale du poids. Après six mois, les réductions des taux d'HbA<sub>1c</sub> étaient significativement plus marquées chez les femmes avec lesquelles on avait mené des entretiens motivationnelles. La perte de poids a été significativement plus faible chez les Afro-Américaines que chez les Blanches. Les effets à long terme des entretiens motivationnelles ont varié selon la race : les entretiens motivationnelles ont davantage augmenté la perte de poids à long terme chez les Blanches que chez les Afro-Américaines.

**Portée du programme :** Les groupes étaient en moyenne composés de 14 personnes.

**Coûts initiaux :** Formation et lieux de rencontre.

**Coûts du maintien du programme :** Temps du personnel et formation continue.

**Description des facteurs contextuels :** Les participantes avaient un indice de masse corporelle de 27 à 50 kg/m<sup>2</sup>, mais étaient par ailleurs en bonne santé et pouvaient pratiquer la marche.

**Leçons apprises :** D'autres recherches devront être menées pour déterminer quels paramètres pourraient être associés à une réponse positive aux entretiens motivationnelles ou favoriser l'obtention d'une telle réponse pour ce qui est de la gestion du poids dans divers groupes ethniques, et quels sont les mécanismes qui favorisent la modification du comportement. Des évaluations de l'effet de l'entrevue motivationnelle sur la gestion du poids chez les hommes et les personnes qui ne sont pas atteintes de diabète s'imposent aussi.

**CONTACT :**

**Delia Smith West, PhD**

UAMS College of Public Health  
4301 West Markham Street, #820  
Little Rock, Arkansas 72205  
Courriel : westdelia@uams.edu

---

**Référence :**

West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 30(5), 1081-1087.

# Envoi de courts messages par une infirmière

## APERÇU DU PROGRAMME

Un programme d'éducation offert sur Internet par une infirmière et comportant l'envoi de courts messages par téléphone cellulaire a permis de réduire les taux d'HbA<sub>1c</sub> et la glycémie deux heures après les repas pendant 12 semaines chez des patients atteints de diabète de type 2.

**Création :** 2003

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Avant l'intervention, un chercheur a appris à chaque patient, au cours d'une séance de 30 minutes, à entrer des données dans un site Web. Les patients accédaient au site Web quand ils voulaient pour y entrer les résultats de leurs épreuves de glycémie et les détails de leur traitement médicamenteux, soit les types et doses d'insuline et d'antidiabétiques oraux. Les données étaient ensuite acheminées vers un serveur et automatiquement ajoutées au dossier électronique du patient. Les patients pouvaient consulter les recommandations de l'infirmière et du médecin, ainsi que les résultats des épreuves de laboratoire. L'infirmière avait accès aux renseignements sur les patients, dont leurs glycémies, les médicaments qu'ils prenaient et des détails donnés par les patients sur certains événements. Elle pouvait aussi consulter des données de base sur les antécédents personnels du patient, soit données antérieures, antécédents familiaux, tabagisme, indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle et résultats des épreuves de laboratoire initiales. Chaque semaine, une fois les renseignements ci-dessus intégrés, l'infirmière transmettait ses recommandations au patient dans un court message envoyé par téléphone cellulaire ou par courriel. Ces recommandations étaient par exemple « Réduisez de deux unités la dose d'insuline à action prolongée », « Le manque d'exercice

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**MILIEU :** Au choix du patient

**PAYS D'ORIGINE :** Corée du Sud

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

pourrait être la cause de la hausse de votre glycémie » ou « Vous semblez bien contrôler votre glycémie ». Le médecin du patient était informé de toute modification apportée au traitement médicamenteux. S'il y avait plus d'une semaine qu'un patient avait transmis les résultats de ses épreuves de glycémie, il recevait un avertissement.

**But du programme :** Faire en sorte que la glycémie demeure à l'intérieur des valeurs normales.

**Prestation du programme :** La prestation du programme a été assurée par Internet et téléphone cellulaire.

**Évaluation du programme :** Inconnue

**Évaluation des résultats :** Une intervention par Internet menée par une infirmière peut réduire les taux d'HbA<sub>1c</sub> chez les patients atteints de diabète de type 2.

**Portée du programme :** La portée du programme dépend du nombre d'infirmières disponibles pour recueillir et interpréter les données envoyées et faire les recommandations qui s'imposent. Le programme ne peut être offert qu'aux personnes qui ont accès à Internet et qui ont un téléphone cellulaire.

**Mobilisation de partenaires :** Une infirmière travaille en étroite collaboration avec le médecin du patient.

**Coûts initiaux :** Inconnus

**Coûts du maintien du programme :** Inconnus

**Éléments cruciaux à reproduire :** Ce programme a été efficace en Corée du Sud, un des pays où le réseau Internet est le mieux développé. Presque toutes les familles ont un ordinateur et un téléphone cellulaire et peuvent accéder à Internet au moyen d'un modem ou d'un réseau haute vitesse.

**Généralisabilité :** Si la technologie nécessaire est disponible, le programme pourrait être adapté aux jeunes, qui sont familiers avec Internet et la messagerie textuelle.

**Leçons apprises :** Aux fins d'éclaircissement, il serait utile d'utiliser un modèle d'analyse des coûts pour comparer le coût d'une consultation médicale à celui d'un système de gestion sur le Web.

**Autres remarques :** On a supposé que le programme avait été offert en sud-coréen, mais il a été impossible de communiquer avec le chercheur pour le confirmer.

**CONTACT :**

**Hee-Seung Kim, PhD**

College of Nursing,

The Catholic University

505 Banpodong, Socho-gu, Seoul 137-701

Corée du Sud

Courriel : hees@catholic.ac.kr

**Référence :**

Kim, H. S., Yoo, Y. S., & Shim, H. S. (2005). Effects of an Internet-based intervention on plasma glucose levels in patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 335-340.

# Autonomisation et perte de poids (programme POWER)

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme POWER (*Pounds Off With Empowerment*) est un essai clinique avec répartition aléatoire de 12 mois visant à comparer aux soins habituels (intervention témoin) une intervention intensive sur le mode de vie (sur le modèle du *Diabetes Prevention Program* des *National Institutes of Health*) et une intervention sur le mode de vie dite « remboursable » (intervention intensive sur le mode de vie dont la durée est fixée selon le montant remboursé par le régime Medicare pour l'éducation des personnes diabétiques sur la nutrition et l'activité physique).

**Création :** 2000

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le programme tire parti de stratégies comportementales en matière de perte de poids et d'activité physique, telles que l'autosurveillance de l'alimentation et de l'activité physique, ainsi que d'autres stratégies comportementales pour aider le patient à perdre le poids nécessaire, selon ses besoins et sa réalité culturelle. Le groupe visé par l'intervention intensive s'est réuni avec un nutritionniste pendant une heure une fois par semaine au cours des quatre premiers mois, toutes les deux semaines au cours des deux mois suivants et une fois par mois au cours des six derniers mois. Dans le groupe visé par l'intervention sur le mode de vie dite « remboursable », on a présenté une version condensée du matériel au cours de quatre séances d'une heure pendant une période de 12 mois, soit trois séances de groupe et une séance individuelle. L'intervention mettait l'accent sur une alimentation à faible teneur en calories et en matières grasses, sur

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Psychologie communautaire comportementale

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans vivant en milieu rural

**MILIEU :** Communautés rurales et établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

un degré modéré d'activité physique et sur des outils d'autosurveillance portant sur l'alimentation et l'activité physique.

**But du programme :** Le programme de 12 mois visait à aider les participants à perdre 10 % de leur poids et à ne pas reprendre ce poids. Selon le programme, pas plus de 25 % des calories devaient venir de matières grasses et les participants devaient faire au moins 150 minutes d'activité physique par semaine, l'intensité de celle-ci devant être semblable à celle d'une marche rapide.

**Objectif du programme :** L'intervention visait à réduire les facteurs de risque de complications du diabète chez les Afro-Américains et les Latinos atteints de diabète de type 2.

**Étapes de mise en application :** Les étapes de mise en application étaient les suivantes :

- établissement de partenariats avec des centres de santé communautaires
- recrutement des sujets comprenant une analyse du dossier médical, un entretien téléphonique de présélection et deux visites de sélection
- prestation de l'intervention intensive sur le mode de vie.

**Prestation du programme :** On encourageait les médecins à diriger leurs patients vers le programme. La prestation du programme était assurée par des éducateurs en matière de santé, des chercheurs et des nutritionnistes.

**Évaluation du programme :** Non précisée.

**Évaluation des résultats :** Il y avait une légère perte de poids après six mois et celle-ci était plus élevée, et de façon statistiquement significative, dans le groupe visé par l'intervention intensive que dans celui recevant les soins habituels. Après 12 mois, une proportion significativement plus grande des patients visés par l'intervention intensive que de ceux recevant les soins habituels avait perdu au moins deux kilogrammes. Il n'y a pas eu de perte de poids statistiquement significative dans le groupe visé par l'intervention sur le mode de vie dite « remboursable ».

**Portée du programme :** Les huit premières séances du *Lifestyle Change Program* de l'essai de prévention primaire financé par les *National Institutes of Health/National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases* et le *Diabetes Prevention Program* ont été utilisées pour l'intervention visant la gestion du poids. Les chercheurs de l'étude POWER ont très peu modifié le matériel provenant de ces essais : ils ont simplifié la langue et la présentation, ont ajouté des exemples reflétant les réalités régionales et culturelles, ont ajouté des renseignements pertinents pour les personnes diabétiques et ont remplacé les commentaires sur la prévention du diabète par des commentaires sur la prévention des complications du diabète.

**Soutien communautaire :** Le programme a été présenté directement aux médecins en milieu communautaire comme un projet conjoint entre des chercheurs universitaires et le centre de santé communautaire.

**Mobilisation de partenaires :** Les centres de santé communautaires ont joué un rôle prépondérant dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme POWER.

**Coûts initiaux :** Inconnus

**Coûts du maintien du programme :** Pour assurer le maintien du programme, la participation d'éducateurs en matière de santé et de nutritionnistes est essentielle.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Les stratégies qui ont permis de convaincre des adultes en surpoids atteints de diabète et venant de régions rurales médicalement mal desservies de participer à une intervention visant la gestion du poids sont les suivantes : partenariat avec le centre de santé communautaire, embauche de personnel dans la communauté, renforcement positif et soutien social, surveillance des progrès et transport gratuit.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme a été offert dans deux centres de soins de santé primaires

de comtés ruraux des États-Unis. L'étude avec répartition aléatoire de 12 mois était un projet conjoint de la *University of South Carolina* et de la *South Carolina Primary Health Care Association*. Elle a été menée auprès d'adultes âgés, pour la plupart des Afro-Américains, chez qui un médecin avait diagnostiqué un diabète de type 2 et qui habitaient dans des communautés rurales médicalement mal desservies de la Caroline du Sud.

**Leçons apprises :** Les auteurs de l'étude insistent sur l'importance de la planification adaptée aux besoins de la population cible. L'appui d'intervenants clés au sein

de l'organisation est l'assise de programmes solides et durables, car il en garantit la compatibilité avec les objectifs organisationnels. La langue de prestation du programme et les termes choisis doivent être ceux en usage dans la région et les coutumes et valeurs locales doivent être respectées.

**CONTACT :**

**Elizabeth J. Mayer-Davis, PhD**

Department of Epidemiology and Biostatistics

Arnold School of Public Health

University of South Carolina

Columbia, South Carolina 29208

Tél. : (803) 251-7874

Courriel : mayer@gwm.sc.edu

---

**Références :**

- Mayer-Davis, E. J., D'Antonio, A., Martin, M., Wandersman, A., Parra-Medina, D., & Schulz, R. (2001). Pilot study of strategies for effective weight management in type 2 diabetes: Pounds off with empowerment (POWER). *Family & Community Health, 24*(2), 27-35.
- Mayer-Davis, E. J., Smith, S. M., Kirkner, G., Levin Martin, S., Parra-Medina, D., Schultz, R. (2004). Pounds off with empowerment (POWER): A clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *American Journal of Public Health, 94*(10), 1736-1742.
- Parra-Medina, D., D'Antonio, A., Smith, S. M., Levin, S., Kirkner, G., Mayer-Davis, E., et al. (2004). Successful recruitment and retention strategies for a randomized weight management trial for people with diabetes living in rural, medically underserved counties of South Carolina: The POWER study. *Journal of the American Dietetic Association, 104*(1), 70-75.

# Intervention contre le diabète par des *promotoras* pour les Mexico-Américains

## APERÇU DU PROGRAMME

Cet essai contrôlé avec répartition aléatoire visait à déterminer l'efficacité d'une intervention menée par des *promotoras* (leaders communautaires non professionnels) sur le contrôle de la glycémie, les connaissances sur le diabète et les croyances relatives à la santé s'adressant à des Mexico-Américains atteints de diabète de type 2 vivant dans une grande ville située à la frontière entre le Texas et le Mexique.

**Création :** 1995

**Révision :** En 2000, le nombre total d'heures, qui était auparavant de 20, a été réduit à 16 (série de huit cours).

**État actuel :** Depuis 2000, la participation à l'échelle communautaire a augmenté d'environ 5 % par année (dans chaque série de cours).

**Description :** Le programme est animé par des leaders communautaires non professionnels appelés *promotoras* ayant reçu une formation sur l'éducation sur le diabète.

**Buts du programme :** Déterminer l'efficacité d'une intervention menée par des travailleuses communautaires non professionnelles (*promotoras*) sur le contrôle de la glycémie, les connaissances sur le diabète et les croyances relatives à la santé s'adressant à des Mexico-Américains atteints de diabète de type 2 vivant dans une grande ville située à la frontière entre le Texas et le Mexique.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Offert au niveau communautaire à des Mexico-Américains

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie de l'auto-efficacité de Bandura avec certaines adaptations de la théorie des étapes du changement, théorie de l'autonomisation communautaire ainsi que mesure des croyances relatives à la santé des diabétiques

**PUBLIC CIBLE :** Mexico-Américains de 40 ans et plus

**MILIEU :** Communauté (recrutement des sujets dans des groupes confessionnels)

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUES :** Anglais et espagnol

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Objectifs du programme :** Les objectifs sont les suivants :

1. taux d'HbA<sub>1c</sub> des personnes visées par l'intervention inférieur à celui des personnes du groupe témoin (recevant les soins habituels) six mois après le début de l'intervention
2. score du questionnaire DKQ (*Diabetes Knowledge Questionnaire*) des personnes visées par l'intervention supérieur à celui des personnes du groupe témoin (recevant les soins habituels) trois et six mois après le début de l'intervention
3. meilleur score des croyances relatives à la santé selon le questionnaire DHBM (*Diabetes Health Belief Measure*) chez les personnes visées par l'intervention que chez les personnes du groupe témoin (recevant les soins habituels) trois et six mois après le début de l'intervention.

**Étapes de mise en application :** L'essai a été mené auprès de patients d'une clinique communautaire catholique dans une grande ville située à la frontière entre le Texas et le Mexique. L'intervention de six mois a été élaborée avec la collaboration de *promotoras* et de patients de la clinique. Une équipe de deux *promotoras* a animé chaque semaine pendant huit semaines un cours de groupe interactif de deux heures et assuré un suivi téléphonique auprès des participants. Les cours, offerts en anglais et en espagnol, ont été créés de concert avec des *promotoras* par un éducateur en diabète agréé. Ces cours interactifs, qui respectaient le programme-cadre de l'*American Diabetes Association*, comportaient des démonstrations pratiques et prévoyaient la distribution de matériel aux participants, la fixation d'objectifs en matière de gestion du diabète et l'évaluation des progrès des participants. Les *promotoras* téléphonaient aux participants toutes les deux semaines pour répondre à leurs questions ou calmer leurs inquiétudes, renforcer l'apprentissage et favoriser la modification du comportement. Après la fin des cours, les participants recevaient toutes les deux semaines pendant 16 semaines une carte postale à thème religieux les encourageant à adopter des comportements sains. L'étude a porté sur trois groupes de 23 hispanophones et un groupe de six anglophones.

**Prestation du programme :** Les *promotoras* étaient des employées bilingues de la clinique qui avaient reçu 60 heures de formation sur l'autogestion du diabète.

**Évaluation du programme :** Les participants de chaque série de cours ont rempli régulièrement des sondages sur leur degré de satisfaction. Toutefois, on n'a pas fait le suivi des résultats cliniques connexes (taux d'HbA<sub>1c</sub> et autres).

**Évaluation des résultats :** Le contrôle de la glycémie a été évalué en fonction des taux d'HbA<sub>1c</sub>; les prélèvements nécessaires ont été faits par le personnel qualifié d'un centre communautaire local d'éducation sur le diabète. Le questionnaire DKQ (en anglais et en espagnol) a été utilisé pour déterminer ce que savaient les participants de la cause du diabète, des types de diabète, des habiletés d'autogestion et des complications du diabète. Le questionnaire bilingue DHBM a servi à déterminer si les participants se croyaient capables de gérer le diabète. Au départ et après trois et six mois, on a mesuré les taux d'HbA<sub>1c</sub> et fait remplir les questionnaires DKQ et DHBM.

Les taux d'HbA<sub>1c</sub> moyens ont baissé dans le groupe visé par l'intervention et augmenté dans le groupe témoin pendant les six mois de l'étude. Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes après trois mois. Le changement moyen du score du questionnaire DKQ était significativement plus élevé dans le groupe visé par l'intervention que dans le groupe témoin au moment de l'évaluation du sixième mois. Selon le questionnaire DHBM, les participants ne se croyaient pas plus capables de gérer le diabète, mais ceux du groupe visé par l'intervention avaient des connaissances plus approfondies et contrôlaient mieux leur taux d'HbA<sub>1c</sub>.

**Portée du programme :** La clinique prodigue des soins primaires à 12 000 patients, dont 2000 sont atteints de diabète de type 2. Quatre-vingt-dix pour cent des patients de la clinique se disent Mexico-Américains. Selon un calcul de la taille de l'échantillon, il fallait environ 63 participants par groupe. Comme on s'attendait à un taux d'abandon de 20 %, on a fixé la taille de l'échantillon à 75 participants par groupe. Parmi les patients de la clinique, 160 étaient admissibles au programme et intéressés à y participer et 150 répondaient aux critères d'inclusion. Ces patients ont été partagés au hasard en deux groupes, soit un groupe visé par l'intervention et un groupe témoin recevant les soins habituels.

**Soutien communautaire :** Le protocole a été approuvé par les responsables de l'administration de la clinique ainsi que par le comité de l'université qui voit à la protection des sujets humains.

**Mobilisation de partenaires :** Le programme a été mené dans une clinique communautaire catholique d'une grande ville située à la frontière entre le Texas et le Mexique. Les remerciements indiquent que la *Paso del Norte Health Foundation* a subventionné l'étude par l'entremise du

Centre for Border Health Research. L'auteur était employé par l'Université du Texas au moment de la publication du compte rendu de l'étude.

**Coûts initiaux et du maintien du programme :** Les *promotoras* ont consacré environ 16 heures à chaque série de cours et été payées 10 \$ l'heure, ce qui donne un total de 160 \$ pour chaque série de cours de huit semaines (deux heures par semaine). Le coût du matériel destiné aux apprenants a été d'environ 100 \$, ce qui donne un coût total de 260 \$ par série de cours.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Pour que les participants terminent le programme, on a pris les mesures d'incitation suivantes :

1. transport du participant aux cours et aux entrevues d'évaluation
2. crédit porté au compte du participant par la clinique pour chaque cours
3. remise d'un petit cadeau symbolique
4. à chacune des trois entrevues d'évaluation, remise d'un bon-cadeau échangeable dans un important magasin de rabais local.

**Description des facteurs contextuels :** Au cours de cette étude, les *promotoras* ont donné à des Mexico-Américains une formation sur de multiples aspects de l'autogestion du diabète et ont assuré un suivi plutôt que de simplement offrir une assistance, comme au cours d'études antérieures. Elles ont pu présenter le matériel en tenant compte de la réalité culturelle et du niveau scolaire des participants, parler d'aliments que ceux-ci connaissaient et recommander des activités physiques convenables, tout en reconnaissant et en intégrant les croyances des Mexico-Américains sur le fatalisme divin. Elles ont fait des efforts concertés pour renforcer les liens entre la foi et l'autogestion du diabète.

**Généralisabilité :** Comme l'étude a été menée dans un milieu unique auprès d'un groupe de patients précis, la généralisabilité des résultats est limitée. Elle a toutefois démontré l'utilité des *promotoras* pour la présentation

des renseignements ainsi que des cartes postales à thème religieux sur les résultats sur le plan de la santé.

**Matériel pouvant être adapté :** On peut acheter le matériel (documents pour les patients, vidéos, tableaux à feuilles) en s'adressant à NovoNordisk, à la *El Paso Diabetes Association*, à Eli Lilly ou au *Centro San Vicente Community Health Center* à El Paso, Texas. On peut communiquer avec les compagnies pharmaceutiques en ligne. On peut aussi joindre en ligne le *Centro San Vicente*, par l'entremise du directeur de l'éducation des patients.

**Leçons apprises :** Cette étude permet de tirer les leçons suivantes :

- les *promotoras* sont utiles pour éduquer les patients en tenant compte de leur réalité culturelle et linguistique
- tous les programmes d'éducation des patients doivent tenir compte de la spiritualité des Hispaniques pour donner de bons résultats
- beaucoup plus de projets de recherche sur les interventions devront être menés pour réduire les disparités qui existent aux États-Unis entre Hispaniques et Blancs au chapitre de la santé.

**CONTACT :**

**Josefina Lujan**

University of Texas

University of Texas at El Paso

1101 North Campbell

El Paso, Texas 79902

Courriel : [jlujan32@epcc.edu](mailto:jlujan32@epcc.edu)

**Référence :**

Lujan, J., Ostwald, S. K., & Ortiz, M. (2007). *Promotora diabetes intervention for Mexican Americans. The Diabetes Educator*, 33(4), 660-670.

# Formation sur la lutte contre le stress pour les patients atteints de diabète de type 1

## APERÇU DU PROGRAMME

Des patients atteints de diabète de type 1 envoyés par un centre de recherche ont assisté à une série de huit cours sur la gestion du stress pendant une période de trois mois. Des réductions significatives de la tension artérielle (maximum) et de la fréquence du pouls ont été observées.

**Création :** Le compte rendu a été publié en 2006.

**Révision :** Il n'y a pas eu de révision.

**État actuel :** Le programme est systématiquement offert aux patients du centre de traitement du diabète.

**Description :** L'équilibre du diabète de type 1 peut être une source de stress pour le patient parce qu'il exige de fréquentes injections d'insuline, un contrôle de la glycémie à jeun et des modifications du mode de vie et de l'alimentation. Des patients atteints de diabète de type 1 envoyés par un centre de recherche ont assisté à une série de huit cours sur la gestion du stress pendant une période de trois mois. Des réductions significatives de la tension artérielle (maximum) et de la fréquence du pouls ont été observées. Les patients qui participaient au programme devaient faire des « devoirs ».

**But du programme :** Cerner l'effet de la gestion du stress sur le contrôle de la glycémie chez des patients atteints de diabète de type 1.

**Objectif du programme :** Mettre sur pied un centre de traitement du diabète à Isfahan.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 16 à 30 ans

**MILIEU :** Échelle communautaire

**PAYS D'ORIGINE :** Iran

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.

**Étapes de mise en application :** Un groupe de sujets a assisté à des cours sur la gestion du stress pendant trois mois tandis qu'un autre groupe (groupe témoin) n'a pas assisté à ces cours. Chaque cours durait deux heures et il y avait de dix à 15 participants par groupe. Il y avait au total huit cours. Les cours s'articulaient autour de discussions animées par un psychiatre chevronné. À chaque cours, on donnait des devoirs aux participants et ces derniers devaient présenter leurs résultats au cours suivant.

**Évaluation des résultats :** L'étude a montré que la gestion du stress avait un effet positif sur le contrôle de la glycémie chez les patients atteints de diabète de type 1. On recommande qu'une formation sur la gestion du stress soit ajoutée au programme de traitement des patients atteints de diabète de type 1. Chez les patients ayant reçu la formation, les méthodes d'adaptation se sont grandement améliorées. Dans le groupe formé, le taux d'HbA<sub>1c</sub> était de  $11,7 \pm 2,9$  avant l'intervention et de  $8,5 \pm 1,7$  après l'intervention (différence significative;  $p < 0,001$ ); les valeurs correspondantes dans le groupe témoin étaient de  $10,9 \pm 2,1$  et de  $10,3 \pm 2,1$ . De plus, la différence entre

**Tableau 1.0** Plan des cours sur la gestion du stress

COURS	DURÉE (HEURES)	CONTENU	DEVOIR
1 <sup>e</sup> semaine	2	Nature du stress Réponse physiologique et psychologique à toute exigence Un certain degré de stress est essentiel Nature des facteurs de stress	Répondre à des questions sur le stress et les facteurs de stress
2 <sup>e</sup> semaine	2	Facteurs liés à la personnalité Facteurs liés à l'environnement	Cerner les facteurs de stress dans l'environnement
3 <sup>e</sup> semaine	2	Effets du stress Le stress peut directement ou indirectement entraîner une maladie Types de maladie causés par le stress Personnalité de type A	Dresser une liste des facteurs de stress
4 <sup>e</sup> semaine	2	Aspects de l'alimentation liés au stress Gestion de l'alimentation Modifications du mode de vie	Présenter les changements qui seront apportés à l'alimentation au cours de la semaine suivante
5 <sup>e</sup> semaine	2	Amélioration des aptitudes Établissement de routines Modification de la personnalité Modification intentionnelle des aspects stressants de la personnalité	Placer les tâches en ordre d'importance
6 <sup>e</sup> semaine	2	Amélioration de la perception du moi psychologique Augmentation de l'assertivité Interruption de la pensée Comment se faire des amis proches Modification des comportements de type A	Essayer de réduire le stress au cours des semaines à venir en modifiant sa personnalité
7 <sup>e</sup> semaine	2	Formation sur la relaxation musculaire	Appliquer les techniques de relaxation musculaire pendant au moins 20 minutes deux ou trois fois par jour
8 <sup>e</sup> semaine	2	L'activité physique comme technique de gestion du stress La natation, le jogging, la danse, le ski et d'autres sports individuels conviennent Programme d'activité physique régulière	Présenter le programme quotidien d'activité physique

les deux groupes pour ce qui est des taux d'HbA<sub>1c</sub> était statistiquement significative à la fin de l'étude ( $p < 0,001$ ).

Cette étude a montré que les programmes bien structurés sur l'apprentissage des techniques de gestion du stress peuvent être utiles chez les patients atteints de diabète de type 1. À la fin de l'étude, les patients formés utilisaient nettement moins souvent des stratégies d'adaptation négatives et il y avait une différence significative à ce chapitre entre le groupe formé et le groupe témoin. Les patients formés ont utilisé des stratégies d'adaptation positives plus souvent que ceux du groupe témoin.

**Portée du programme :** Trente personnes ont reçu la formation sur la gestion du stress.

**Description des facteurs contextuels :** Puisque le stress a été décrit comme une réaction universelle des patients atteints de diabète de type 1, la connaissance des techniques de gestion du stress est utile.

**Généralisabilité :** Ce programme n'est pas recommandé chez les personnes de moins de 16 ans. La formation sur la gestion du stress peut beaucoup contribuer à l'amélioration du contrôle de la glycémie chez les patients atteints de diabète de type 1. Une telle formation doit être vue comme

un aspect important d'un programme de traitement complet des patients atteints de diabète de type 1.

**Matériel pouvant être adapté :** Le plan des huit cours et un questionnaire sur la gestion du stress comportant 17 items positifs et 9 items négatifs sont offerts.

**Leçons apprises :** Par suite des résultats du programme, on a recommandé qu'une formation sur la gestion du stress comme celle offerte au cours de l'étude soit ajoutée au programme de traitement typique des patients atteints de diabète de type 1. Cette étude a montré que les programmes bien structurés sur l'apprentissage des techniques de gestion du stress peuvent être utiles chez les patients atteints de diabète de type 1. À la fin de l'étude, les patients formés utilisaient nettement moins souvent des stratégies d'adaptation négatives et il y avait une différence significative à ce chapitre entre le groupe formé et le groupe témoin. Les patients formés ont utilisé des stratégies d'adaptation positives plus souvent que ceux du groupe témoin.

**CONTACT :**

**Abbas Attari**

Behavioural Sciences Research Centre,  
Khorshid Hospital  
Ostandari St., PO Box 81465-993  
Isfahan, Iran  
Tél. : +98-311-222-2135  
Courriel : bsrc@mui.ac.ir

**Référence :**

Attari, A., Sartippour, M., Amini, M., & Haghighi, S. (2006). Effect of stress management training on glycemic control in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 73(1), 23-28.

# Programme structuré d'éducation intensive sur le diabète

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme structuré d'éducation intensive sur le diabète est un programme de groupe présenté par une équipe interdisciplinaire (diabétologue, éducatrice en diabète agréée [infirmière ou diététiste], ophtalmologue, thérapeute en réadaptation, pharmacien, psychologue, médecin de famille et spécialiste de la réadaptation). Ce programme, d'une durée de quatre ans, comportait 30 heures de cours pendant le séjour des patients à l'hôpital, un suivi assuré à titre externe (deux semaines après la sortie de l'hôpital et tous les trois mois par la suite) et une séance annuelle d'éducation de groupe de trois heures.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Les patients ont suivi un cours de 30 heures (six heures par jour pendant cinq jours) pendant leur séjour à l'hôpital. Le cours portait sur le diabète, l'utilisation d'un glucomètre pour l'autosurveillance de la glycémie, les techniques d'injection, les mesures à prendre en cas de maladie, la planification des repas, l'activité physique, l'examen des pieds et la gestion des hypoglycémies. À chacun des cinq jours, un buffet était servi au dîner et une diététiste aidait les

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Thérapie cognitivo-comportementale

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Établissement de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Corée

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

patients dans leurs choix d'aliments, et il y avait une séance d'exercice d'une heure (le premier jour, le patient apprenait à faire les exercices et les jours suivants, il s'exerçait à les faire). La partie du cours portant sur l'alimentation était fondée sur les directives de la pyramide alimentaire. On recommandait aux patients que les graisses représentent moins de 30 % de l'apport énergétique quotidien (entre 8 et 10 % pour les graisses saturées), de ne pas consommer plus de 300 mg/jour de cholestérol et de maintenir un poids sain. Selon les auteurs, « le cours était structuré de façon à permettre aux patients d'avoir des connaissances, habiletés et attitudes susceptibles de favoriser et de soutenir la pratique de l'autogestion afin d'assurer le maintien à long terme des comportements » (Ko, S.H. et coll., 2007).

Les participants se présentaient au service des consultations externes deux semaines après leur sortie de l'hôpital et tous les trois mois par la suite. À chacune des visites, une infirmière enseignante évaluait la fidélité du participant aux recommandations concernant le mode de vie et un médecin rencontrait le patient pour faire les adaptations nécessaires à son traitement médicamenteux.

Il y avait tous les ans une séance d'éducation de groupe au cours de laquelle on parlait d'autogestion et de nouveaux sujets (p. ex. hypoglycémiant, obésité et dyslipidémie).

**Buts du programme :** Le principal critère d'évaluation était le contrôle de la glycémie. Le critère d'évaluation secondaire était la fidélité aux recommandations concernant le mode de vie et les soins auto-administrés.

**Étapes de mise en application :** Les participants ont suivi un cours de 30 heures (six heures par jour pendant cinq jours consécutifs) pendant leur séjour à l'hôpital. Ils se sont présentés au service des consultations externes deux semaines après leur sortie de l'hôpital et tous les trois mois par la suite pendant les quatre années de l'étude. Le programme prévoyait aussi une séance d'éducation de groupe annuelle de trois heures.

**Prestation du programme :** Le programme a été offert par une équipe de professionnels de la santé ayant

des connaissances spécialisées sur le diabète. L'équipe comprenait un diabétologue, une éducatrice en diabète agréée (infirmière ou diététiste), un ophtalmologue, un thérapeute en réadaptation, un pharmacien, un psychologue, un médecin de famille et un spécialiste de la réadaptation.

**Évaluation du programme :** Les chercheurs ont vérifié que les participants se présentaient comme prévu au service des consultations externes et aux séances d'éducation de groupe. L'infirmière enseignante essayait de joindre par téléphone ou courriel les patients qui ne se présentaient pas à la clinique tous les trois mois.

**Évaluation des résultats :** Les principaux critères d'évaluation étaient le taux d'HbA<sub>1c</sub> moyen et le changement du taux d'HbA<sub>1c</sub> pendant les quatre années de l'étude. Le taux d'HbA<sub>1c</sub> moyen, de  $9,4 \pm 2,0$  au départ, était de  $7,1 \pm 1,5$  après six mois. Au bout des quatre années de l'étude, le taux d'HbA<sub>1c</sub> était 1,5 % plus bas chez les participants au programme que chez ceux du groupe témoin (la différence entre les deux groupes était significative).

En plus de mesurer le contrôle de la glycémie des participants, on leur a fait remplir un questionnaire tous les ans pour avoir des renseignements sur leurs habitudes alimentaires, leurs activités physiques et la fréquence de leurs épreuves de glycémie. Chez les participants au programme, les scores correspondant aux habitudes alimentaires, aux activités physiques et à la fréquence des épreuves de glycémie étaient significativement plus élevés que dans le groupe témoin. Près de 60 % des participants au programme (59,4 %) faisaient de l'activité physique plus de trois ou quatre fois par semaine au bout des quatre années de l'étude (par rapport à 30,6 % de ceux du groupe témoin). On n'a pas constaté de lien entre cette amélioration et une saine alimentation chez la plupart des participants au programme.

**Portée du programme :** Cent soixante patients ont participé à l'étude de quatre ans.

**Soutien communautaire :** On encourageait les membres de la famille des patients à assister aux cours offerts au début du programme.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Les auteurs de l'étude croient qu'il faudrait renforcer les messages sur la saine alimentation et l'activité physique au cours de la séance de groupe. Ils sont aussi d'avis que la séance d'éducation annuelle pourrait avoir beaucoup contribué aux différences significatives pour ce qui est des taux d'HbA<sub>1c</sub> après 36 et 48 mois entre les participants du programme et ceux du groupe témoin.

**Généralisabilité :** L'étude a été menée en Corée. Ko, S.H. et ses collaborateurs (2007) signalent que « beaucoup plus de Coréens et Coréennes atteints de diabète sont traités par des modifications du mode de vie et des hypoglycémiantes oraux que par l'insuline. » Le fait que la situation est différente au Canada pourrait nuire à l'adoption du programme ici.

**CONTACT :**

**Yu-Bai Ahn, MD, PhD**

Associate Professor, Division of Endocrinology and Metabolism

Department of Internal Medicine

St. Vincent's Hospital

The Catholic University of Korea

93, Ji-Dong, Paldal-Gu, Suwon

442-723, Corée du Sud

Courriel : ybahn@catholic.ac.kr

---

**Référence :**

Ko, S. H., Song, K. H., Kim, S. R., Lee, J. M., Kim, J. S., Shin, J. H., et al. (2007). Long-term effects of a structured intensive diabetes education program (SIDEPE) in patients with type 2 diabetes mellitus – a 4-year follow-up study. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 24(1), 55-62.

# La messagerie textuelle au service du diabète

## APERÇU DU PROGRAMME

*Sweet Talk* est le nom d'un réseau novateur de soutien motivationnel qui, par l'entremise de messages textes envoyés par téléphone cellulaire, permet la prestation d'une intervention comportementale ayant un fondement théorique chez des jeunes de 8 à 18 ans atteints de diabète de type 1. L'hypothèse était que l'envoi automatique quotidien de messages textes renforçant les objectifs en matière d'autogestion du diabète fixés à la clinique augmenterait l'auto-efficacité, favoriserait la fidélité à l'insulinothérapie intensive et améliorerait le contrôle de la glycémie sans beaucoup augmenter la fréquence des contacts avec le patient ni le travail des professionnels de la santé.

**Création :** Les sujets ont été recrutés d'octobre 2002 à février 2003. L'étude a ensuite duré 12 mois.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Le programme semble toujours être offert.

**Description :** L'élément central du programme *Sweet Talk* est l'envoi automatique et régulier de messages textes pour donner un appui constant aux patients atteints de diabète afin qu'ils puissent optimiser l'autogestion du diabète et le contrôle de la glycémie. Les objectifs fixés au cours des visites à la clinique étaient renforcés par des messages

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie de la fixation des objectifs, théorie du soutien social et théorie sociale cognitive

**PUBLIC CIBLE :** Enfants de 8 à 18 ans

**MILIEU :** Télésanté (adaptation)

**PAYS D'ORIGINE :** Écosse

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

textes quotidiens, envoyés par le logiciel *Sweet Talk*, qui étaient personnalisés selon les objectifs, l'âge, le sexe et l'insulinothérapie du patient. Des patients des cliniques de Tayside, en Écosse, ont été invités à participer s'ils avaient entre 8 et 18 ans, étaient atteints de diabète de type 1 depuis plus d'un an et recevaient une insulinothérapie traditionnelle (soit deux ou trois injections par jour d'insuline prémélangée). Le programme *Sweet Talk* est une intervention axée sur le soutien de la modification du comportement qui répond aux besoins cernés en matière d'acceptabilité sociale, de faible coût et d'intégration aux soins cliniques courants.

Les patients conviennent de leurs objectifs personnels en matière de gestion du diabète au cours de la consultation et, en fonction de ces objectifs, de leur âge, de leur sexe et de leur traitement, le logiciel *Sweet Talk* leur envoie des messages personnalisés, dont un rappel hebdomadaire des objectifs fixés à la clinique et un message quotidien donnant des trucs, des renseignements ou des rappels pour renforcer les objectifs.

Le programme *Sweet Talk* est une forme unique de soutien individualisé fondée sur l'envoi automatique de messages textes liés aux objectifs et au profil des patients. Il pourrait permettre d'éliminer les importantes limites des programmes actuels d'éducation sur le diabète et de soutien des patients – coût et temps pour les patients

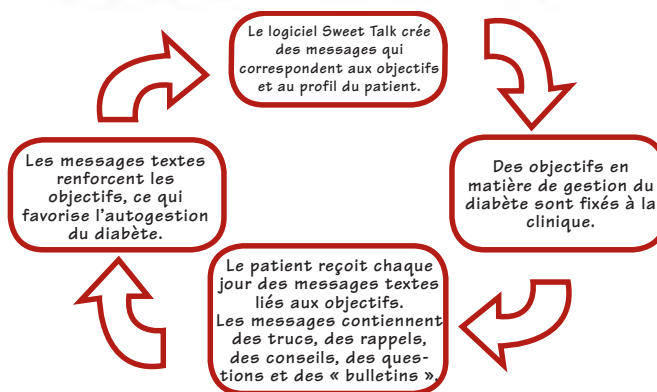
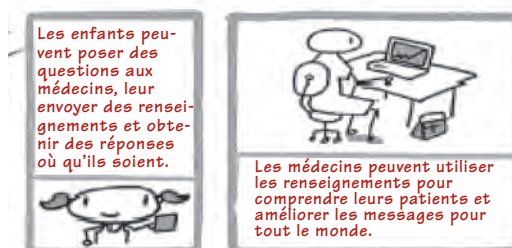
**Tableau 1.0 Exemples de messages envoyés par le logiciel *Sweet Talk***

Catégories de message	Exemples de messages
Injections d'insuline	N'oublie pas tes injections!
Épreuves de glycémie	Pourquoi ne pas essayer un glucomètre différent avec l'équipe la prochaine fois que tu seras à la clinique?
Saine alimentation	Les fruits, les bâtonnets de céleri ou de carottes, les bretzels et le maïs soufflé nature sont des collations saines.
Activité physique	N'oublie pas de bouger chaque jour : fais jouer ta musique favorite et danse!
Calcul des glucides	As-tu des questions pour le médecin ou le diététiste sur le calcul des glucides?
Pompe à insuline	Visite un site Web pour les enfants qui utilisent une pompe à insuline ( <a href="http://www.kidspumping.com">www.kidspumping.com</a> ). Envoie-nous par message texte les bonnes idées que tu y trouves et nous les transmettrons aux autres.

et les professionnels, portée et disponibilité limitées des programmes et nécessité d'un soutien continu pour que les modifications du comportement soient durables – en répondant aux critères RE-AIM mis au point pour les programmes de soutien comportemental s'adressant aux jeunes qui sont atteints de diabète de type 1. Le programme *Sweet Talk* a eu une grande portée, plus de 70 % des patients admissibles des cliniques y ayant participé (un pourcentage qui soutient la comparaison aux essais contrôlés avec répartition aléatoire sur l'insulinothérapie intensive ou les interventions comportementales), et a semblé interpeller un groupe de jeunes qui sont difficiles à toucher. Le programme *Sweet Talk* a aussi été efficace pour l'amélioration des mesures psychologiques.

**Buts du programme :** Favoriser l'auto-efficacité, faciliter l'acceptation de l'insulinothérapie intensive et améliorer le contrôle de la glycémie chez des enfants atteints de diabète de type 1 par l'utilisation d'un système de messages textes personnalisés et fondés sur les objectifs de chacun.

**Étapes de mise en application :**



**Prestation du programme :** Tous les patients ont continué de recevoir les soins classiques prodigués par une équipe multidisciplinaire, qui comprenaient trois ou quatre visites à la clinique par mois et l'accès à un service d'assistance téléphonique d'urgence. Le psychologue de l'équipe de soins diabétologiques formait les autres membres sur la fixation d'objectifs et tous les patients inscrits au programme *Sweet Talk* fixaient leurs objectifs au cours de leurs visites à la clinique. On leur remettait une fiche énumérant les fonctions du service de messagerie textuelle et expliquant qu'il ne devait pas être utilisé en cas d'urgence.

**Évaluation du programme :** Le développement du logiciel *Sweet Talk* a été évalué séparément. De plus, on a mené une entrevue semi-structurée à la fin de l'étude pour savoir ce que pensaient les patients du service de messagerie textuelle. Parmi les participants, 81 % croyaient que le programme leur avait facilité l'autogestion du diabète. À la fin de l'étude, 90 % des patients voulaient continuer de recevoir des messages. Quatre-vingt-dix-sept pour cent des patients ont apprécié la fréquence des messages (un ou deux par jour), mais 20 % se sont plaints d'avoir reçu plusieurs fois le même message.

**Évaluation des résultats :** Le taux d'HbA<sub>1c</sub> n'a pas changé chez les patients recevant le traitement classique, qu'ils aient ou non participé au programme *Sweet Talk* ( $10,3 \pm 1,7$  par rapport à  $10,1 \pm 1,7$  %), mais s'est amélioré chez les patients répartis au hasard pour recevoir un traitement intensif et participer au programme *Sweet Talk* ( $9,2 \pm 2,2$  %; IC de 95 % :  $-1,9$  à  $-0,5$ ;  $p < 0,001$ ). Le programme *Sweet Talk* a été associé à une amélioration de l'auto-efficacité relative au diabète (traitement classique :  $56,0 \pm 13,7$ ; traitement classique et programme *Sweet Talk* :  $62,1 \pm 6,6$ ; IC de 95 % :  $+2,6$  à  $+7,5$ ;  $p = 0,003$ ) et de la fidélité au traitement selon les patients (traitement classique :  $70,4 \pm 20,0$ ; traitement classique et programme *Sweet Talk* :  $77,2 \pm 16,1$ ; IC de 95 %  $+0,4$  à  $+17,4$ ;  $p = 0,042$ ). Quatre-vingt-deux pour cent des patients étaient d'avis que le programme leur avait facilité l'autogestion du diabète et 90 % voulaient continuer de recevoir des messages.

Le programme *Sweet Talk* a été associé à une amélioration de l'auto-efficacité et de la fidélité au traitement et a interpellé un groupe de jeunes difficiles à toucher. Le programme *Sweet Talk* n'a pas à lui seul amélioré le contrôle de la glycémie, mais il se peut qu'il ait facilité la mise en route de l'insulinothérapie intensive.

La mise en route de l'insulinothérapie intensive en association avec les programmes de formation sur les techniques d'adaptation semble particulièrement bien réussir. Les données n'ont pas fait ressortir d'augmentation de la fréquence des effets néfastes (acidocétose diabétique, hypoglycémie et gain de poids) chez les patients qui recevaient une insulinothérapie intensive et participaient au programme *Sweet Talk*, ce qui donne à penser que cette façon de faire est efficace pour aider le patient à s'habituer à la complexité du traitement. Toutefois, chez les patients répartis au hasard pour recevoir une insulinothérapie intensive et participer au programme *Sweet Talk*, il y a eu plus d'épisodes d'acidocétose diabétique que dans les autres groupes : il y a eu un épisode chez un patient recevant un traitement basal-bolus et six chez cinq patients qui avaient choisi d'utiliser une pompe à insuline, surtout au cours du premier mois de traitement et en association avec une maladie virale. Deux de ces patients ont par la suite cessé d'utiliser une pompe à insuline. Ces résultats correspondent à ceux de plus récentes études, au cours desquelles la mise en route rapide du traitement intensif n'a pas causé d'augmentation de la fréquence des effets néfastes (acidocétose diabétique, hypoglycémie et gain de poids). Il y a eu une augmentation graduelle du nombre de visites à la clinique dans les trois groupes pendant l'année de l'étude, mais la fréquence des visites n'a pas dépassé trois ou quatre par mois, conformément au protocole de la clinique, et cette augmentation pourrait être un effet positif des rappels envoyés par messagerie textuelle aux participants au programme *Sweet Talk* avant chaque visite. Les participants au programme *Sweet Talk* qui recevaient une insulinothérapie intensive ont communiqué plus souvent avec le service d'assistance téléphonique que les participants au programme *Sweet Talk* qui recevaient l'insulinothérapie classique ( $p = 0,01$ ), mais globalement, les patients ont moins souvent utilisé le service pendant l'étude qu'au cours de l'année précédente.

Comme on s'y attendait, il y a eu dans les deux groupes de participants au programme *Sweet Talk* une amélioration de l'auto-efficacité relative au diabète ( $p = 0,003$ ), de la fidélité au traitement selon les patients ( $p = 0,04$ ) et du soutien social de l'équipe de soins diabétologiques ( $p < 0,001$ ). Les résultats n'ont pas été ajustés en fonction des épreuves multiples, ce qui peut jeter un doute sur les résultats à la limite du seuil de signification, mais n'a probablement pas

influé sur les résultats très significatifs. De plus, la majorité des patients étaient d'avis que le programme leur avait facilité l'autogestion du diabète et voulaient continuer de recevoir des messages après la fin de l'étude.

**Portée du programme :** Le programme *Sweet Talk* a eu une grande portée, plus de 70 % des patients admissibles y ayant participé (un pourcentage qui soutient la comparaison aux essais contrôlés avec répartition aléatoire sur l'insulinothérapie intensive ou les interventions comportementales), et a semblé interpeller un groupe de jeunes qui sont difficiles à toucher.

**Coûts du maintien du programme :** On a peu de détails sur les coûts, mais chaque participant a reçu un téléphone cellulaire et une télécarte. Il y avait aussi des frais minimes pour chaque message texte.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Il faut absolument bien évaluer les messages, fixer des objectifs au départ avec les patients pour que les messages soient adaptés et remettre aux patients un téléphone cellulaire et une télécarte pour que tous puissent participer au programme.

#### **Description des facteurs contextuels :**

- La messagerie textuelle est rapidement devenue une forme de communication populaire. Les messages textes sont personnels, peuvent être envoyés de n'importe où et sont largement utilisés, surtout par les adolescents.
- Le contrôle de la glycémie chez les jeunes atteints de diabète de type 1 en Écosse et ailleurs en Europe est médiocre, ce qui expose beaucoup d'entre eux aux complications associées au diabète. L'insulinothérapie (par de multiples injections quotidiennes ou l'utilisation d'une pompe pour la perfusion sous-cutanée continue d'insuline) améliore le contrôle de la glycémie quand on l'associe à un bon soutien professionnel (augmentation de la fréquence des visites à la clinique et des appels téléphoniques). Ces conditions peuvent être créées dans le cadre d'études quand on dispose de beaucoup de ressources, mais sont difficiles à reproduire en pratique courante.
- On a montré que les interventions classiques visant à encourager la modification du comportement favorisent l'acceptation de l'insulinothérapie intensive, mais elles exigent des ressources considérables et un engagement

important de la part du patient. En outre, elles rebutent souvent les jeunes et ne sont pas systématiquement utilisées en pratique clinique. Il faut donc trouver comment soutenir, éduquer et motiver les jeunes atteints de diabète de type 1. Le défi consiste à développer des systèmes de soutien validés et novateurs qui plaisent aux jeunes, les encouragent à accepter l'insulinothérapie intensive et peuvent être intégrés aux ressources actuelles en matière de santé.

**Généralisabilité :** L'envoi régulier de messages textes personnalisés est une façon novatrice d'appuyer les adolescents atteints de diabète et pourrait être adapté à d'autres contextes et maladies chroniques.

Le programme *Sweet Talk* a aussi été efficace pour l'amélioration des mesures psychologiques. Toutefois, un des principaux points forts du programme est que l'intervention pourrait être facilement adoptée, mise en œuvre et maintenue par toute équipe de soins diabétologiques qui s'y intéresse : son utilisation est intuitive, les coûts associés aux messages textes sont faibles (environ deux pennies par message) et la maintenance et l'utilisation continues du système ne prennent pas beaucoup du temps des professionnels de la santé. On croit que la banque de messages textes créée aux fins de l'étude pourrait être personnalisée par chaque clinique : le contenu pourrait être adapté à ses protocoles, philosophies et démarches.

Les résultats de cette étude devraient intéresser les professionnels de la santé et les décideurs, puisque la banque de messages textes pourrait être facilement adaptée à d'autres maladies chroniques et d'autres groupes d'âge.

#### **Matériel pouvant être adapté :**

- <http://texting4health.org/slides/Stanford%20Sweet%20Talk%20Franklin%20-Numbered%20slides.pdf>
- Banque de 400 messages textes

**Leçons apprises :** Le programme *Sweet Talk* a été associé à une amélioration de l'auto-efficacité et de la fidélité au traitement et a interpellé un groupe de jeunes difficiles à toucher. Le programme *Sweet Talk* n'a pas à lui seul

amélioré le contrôle de la glycémie, mais il se peut qu'il ait facilité la mise en route de l'insulinothérapie intensive. L'envoi régulier de messages textes personnalisés est une façon novatrice d'appuyer les adolescents atteints de diabète et pourrait être adapté à d'autres contextes et maladies chroniques.

Il n'y a pas eu de différence pour ce qui est du contrôle de la glycémie entre les patients recevant une insulinothérapie classique seule et ceux recevant une insulinothérapie classique et participant au programme *Sweet Talk*, mais il y a eu une différence globale du taux d'HbA<sub>1c</sub> d'environ 1 % entre ces groupes et celui chez qui l'insulinothérapie intensive était associée au programme *Sweet Talk*. Cette différence est importante du point de vue clinique, car elle est associée à une réduction de 43 % du risque de progression de la rétinopathie.

#### CONTACTS :

##### **D<sup>re</sup> Claudia Pagliari**

Senior Lecturer in Primary Care  
General Practice Section  
Division of Community Health Sciences  
The University of Edinburgh  
20 West Richmond Street  
Edinburgh EH8 9DX, R.-U.  
Tél. : (0131) 650-9464  
Télec. : (0131) 650-9119  
Courriel : [Claudia.Pagliari@ed.ac.uk](mailto:Claudia.Pagliari@ed.ac.uk)

##### **Victoria Franklin**

Maternal and Child Health Services  
Ninewells Hospital  
Dundee DD1 9SY, R.-U.  
Courriel : [v.franklin@dundee.ac.uk](mailto:v.franklin@dundee.ac.uk)

---

#### Références :

- Franklin, V. L., Waller, A., Pagliari, C., & Greene, S. A. (2006). A randomized controlled trial of Sweet Talk, a text-messaging system to support young people with diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 23(12), 1332-1338.
- Franklin, V., Waller, A., Pagliari, C., & Greene, S. (2003). "Sweet Talk": Text messaging support for intensive insulin therapy for young people with diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 5(6), 991-996.

# Programme X-PERT

## APERÇU DU PROGRAMME

X-PERT est un programme de groupe sur l'autogestion du diabète axé sur les patients et qui comporte six séances hebdomadaires de deux heures. Il vise à améliorer les compétences des patients et à augmenter leur confiance en eux pour leur permettre de prendre des décisions éclairées en matière de soins auto-administrés.

**État actuel :** Le programme est mis en application, entre autres, par l'organisme qui l'a créé.

**Objectifs du programme :** Le programme vise à améliorer les compétences des patients et à augmenter leur confiance en eux pour leur permettre de prendre des décisions éclairées en matière de soins auto-administrés.

**Description :** Les séances ont été menées dans la communauté. Les groupes comportaient en moyenne 16 participants et de quatre à huit pourvoyeurs de soins. Selon l'article publié, le programme X-PERT vise à « améliorer les compétences des patients et augmenter leur confiance en eux pour leur permettre de prendre des décisions éclairées en matière de soins auto-administrés. » Pendant l'essai contrôlé et avec répartition aléatoire sur lequel porte l'article, le programme X-PERT a été mis au point et offert dans la communauté par un diététiste spécialisé en recherche sur le diabète qui a joué le rôle d'éducateur en diabète. « Des séances distinctes ont été offertes, avec la participation

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie de l'autonomisation et théorie de l'apprentissage par la découverte

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Communautaire

**PAYS D'ORIGINE :** Royaume-Uni

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

d'un interprète, aux Asiatiques du Sud parlant l'urdu. »  
Voici le thème de chacune des séances hebdomadaires du programme X-PERT.

- Semaine 1 : Qu'est-ce que le diabète?
- Semaine 2 : Gestion du poids
- Semaine 3 : Sensibilisation aux glucides
- Semaine 4 : Visite du supermarché
- Semaine 5 : Complications possibles du diabète
- Semaine 6 : Questions et évaluation
- Fixation d'objectifs : Expérience sur le mode de vie

**Prestation du programme :** Le matériel du programme doit être présenté par un éducateur en diabète.

**Évaluation du programme :** Le programme a été évalué pour en déterminer la portée (il a été offert 56 fois à 840 personnes diabétiques), mais aussi pour recueillir les commentaires des participants. Voici certains des commentaires recueillis par la D<sup>re</sup> Deakin :

- « Il y a dix ans que je souffre de diabète et personne ne m'avait jamais donné ces renseignements. »
- « Je suis très contente d'avoir pu prendre ce cours (mes remerciements au NHS!). Je me sens encouragée à prendre soin de moi-même et j'ai maintenant plus de connaissances. »
- « Grâce à ce que j'ai appris, je suis moins intimidé par le diabète et je le maîtrise mieux. »
- « J'ai été très impressionnée par le programme. Visiblement, on a fait beaucoup d'efforts pour faciliter la compréhension du matériel présenté. »
- « J'ai moins peur qu'avant [...] j'ai davantage confiance en moi [...] les renseignements ont été présentés de façon à ce que tous puissent les comprendre. »
- « Ce cours m'a beaucoup aidé à comprendre le diabète et tout a été présenté dans un langage simple. C'est un programme qui aurait dû être mis en place il y a des années. »

**Évaluation des résultats :** Les résultats de l'étude montrent que le programme X-PERT a significativement amélioré le contrôle de la glycémie, réduit les besoins médicamenteux, la tension artérielle, le poids corporel et le tour de taille, amélioré le bilan lipidique, augmenté la consommation de fruits et de légumes, réduit l'apport total en graisses et l'apport en graisses saturées, augmenté le degré d'activité physique, augmenté la satisfaction à l'égard du traitement,

augmenté le bien-être en raison de la qualité de vie liée à l'alimentation et favorisé l'autonomisation des patients.

**Portée du programme :** Environ 16 personnes à la fois participent à chaque programme de six semaines.

**Soutien communautaire :** Les six séances hebdomadaires sont tenues dans les locaux d'organismes communautaires.

**Coûts initiaux :** Avant de pouvoir offrir le programme X-PERT, il faut acheter une licence de ses créateurs pour obtenir l'autorisation de faire des adaptations au matériel suivant :

- manuel du formateur (programme structuré)
- guide du participant
- matériel du cours de formation des formateurs.

En vertu du contrat de licence, un groupe de travail pourrait offrir une version adaptée du cours de formation des formateurs à des professionnels de la santé pour que ces derniers puissent présenter le programme X-PERT à la population locale atteinte de diabète. Outre le coût associé à l'achat de la licence, les seuls coûts sont ceux de la formation initiale et de l'achat des aides visuelles du programme X-PERT.

**Coûts du maintien du programme :** Les coûts du maintien du programme sont ceux du personnel qui en assure la prestation.

**Éléments cruciaux à reproduire :** X-PERT est un programme d'éducation structuré visant l'autonomisation des patients et fondé sur l'apprentissage visuel et par la découverte. Comme il s'agit d'une intervention complexe, il est difficile selon la D<sup>re</sup> Deakin d'en cerner les composantes efficaces. Selon les commentaires des participants, il semble que le succès du programme vienne de sa nature non didactique, de l'accent mis sur l'autogestion et de l'utilisation d'aides visuelles. Comme le programme s'appuie sur des aides visuelles, le niveau de littératie des participants est sans importance : ils peuvent tous accroître leurs connaissances et améliorer leurs compétences et leur confiance en eux pour ce qui est de l'autogestion du diabète. La D<sup>re</sup> Deakin fait remarquer qu'elle a aussi effectué une revue systématique Cochrane sur les programmes d'éducation de groupe et constaté que l'éducation de groupe semblait avoir un avantage réel.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme X-PERT a très souvent été offert au Royaume-Uni. La Nouvelle-Zélande et l'Irlande sont intéressées à acheter une licence pour la mise en application du programme X-PERT. Un projet pilote a montré que le programme avait été tout aussi efficace dans la population irlandaise.

**Généralisabilité :** Le programme a été mis en application avec succès dans un certain nombre de communautés dans toutes les régions du Royaume-Uni et de l'Irlande. Le matériel du programme X-PERT a été adapté pour créer des programmes destinés aux enfants de moins de 11 ans et aux enfants de 11 à 16 ans. Un projet de recherche pilote a été mené pour la mise en application de la version révisée du programme. Le programme a aussi été adapté aux adultes atteints de diabète de type 1. Un CD-ROM interactif et un DVD ont été créés à l'intention des personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas participer aux séances de groupe. Une fois la licence du programme achetée, les créateurs du programme prêteront leur concours pour l'adaptation du programme aux besoins particuliers de diverses populations.

**Matériel pouvant être adapté :** Le matériel du programme X-PERT peut être acheté. Ses éléments sont les suivants :

- le but du programme structuré d'éducation des patients et les objectifs d'apprentissage
- une liste du matériel et des aides visuelles nécessaires, ainsi que des styles d'apprentissage utilisés
- le texte intégral du programme de six semaines
- un formulaire et une grille d'inscription du patient
- des plans de leçons détaillés
- un programme d'évaluation qui garantit la vérification des résultats
- un programme d'assurance de la qualité portant sur le milieu, la structure, le contenu, l'utilisation du matériel, la prestation du programme et les données sur l'évaluation et les résultats
- du matériel à remettre aux participants et un CD-ROM à partir duquel le matériel peut être imprimé.

**Leçons apprises :** Selon la D<sup>re</sup> Deakin, le programme X-PERT a montré que chez les personnes diabétiques, quand on mise sur un programme d'éducation de groupe axé sur les patients et visant l'autonomisation plutôt que sur des soins cliniques traditionnels fondés sur le modèle médical, l'amélioration de l'autogestion du diabète est étonnante. Les résultats sont l'amélioration du devenir des patients, de son mode de vie et des paramètres psychologiques, ainsi que l'augmentation de la satisfaction tant des personnes diabétiques que des professionnels de la santé à l'égard du traitement. À l'avenir, ce programme réduira probablement l'utilisation des ressources en santé.

**CONTACT :**

**D<sup>re</sup> Trudi Deakin**

X-PERT Team

Culpan House, Burnley General Hospital  
Casterton Ave., Burnley,  
Lancashire BB10 2PQ, R.-U.

Tél. : +44 (0) 79-21-50-7003

Courriel : [trudi.deakin@hotmail.co.uk](mailto:trudi.deakin@hotmail.co.uk)

---

**Références :**

Deakin, T. A., Cade, J. E., Williams, R., & Greenwood, D. C. (2006). Glycemic control: The Diabetes X-PERT program makes a difference. *Diabetic Medicine*, 23 944-954.

Site Web du programme X-PERT :  
[www.xpert-diabetes.org.uk](http://www.xpert-diabetes.org.uk)

Correspondance avec la D<sup>re</sup> Trudi Deakin

# Pratiques prometteuses

# 4

*Pratiques exemplaires et prometteuses  
en matière d'éducation sur le diabète*

## 27 pratiques « prometteuses »

Brève intervention contre le diabète de type 1 – Éducation sur l'auto-efficacité

Programme « Contrôle sur le campus »

Éducation en ligne sur le diabète pour les enseignants

Programme de prévention du diabète : adaptation du cahier du participant sur la modification du mode de vie

Programme d'éducation sur l'autogestion du diabète pour les bénéficiaires de Medicaid

Éducation et gestion de cas par téléphone pour les enfants atteints de diabète de type 1

Programme d'éducation de groupe visant l'autonomisation

Programme d'éducation sur le diabète adapté à un groupe ethnique (immigrants turcs de Rotterdam)

Insulinothérapie fonctionnelle

Visites de groupe et consultations assistées par ordinateur pour les adolescents atteints de diabète de type 1

Programme HyPOS

Simulateurs interactifs pour l'éducation sur le diabète

Programme d'activité physique sur Internet

Programme d'éducation sur la santé en milieu de travail

Programme MicoHealth pour la gestion du diabète sur Internet

Cartes-éclair illustrées pour l'éducation sur la santé

Programme pratique d'éducation et de modification du comportement

Projet Dulce

Programme d'intervention familiale REACH de Détroit

Éducation des patients sur l'autogestion

Le programme *Simple Meal Plan* : des choix alimentaires sains

Programme *Simple Start*

Cuisine afro-américaine allégée

Gestion axée sur les symptômes

Cercles de la parole

Éducation à distance sur le traitement

Programme offert aux membres d'une congrégation urbaine

# Brève intervention contre le diabète de type 1 – Éducation sur l'auto-efficacité

## APERÇU DU PROGRAMME

Une équipe multidisciplinaire (composée d'un diabétologue-conseil, d'une infirmière spécialisée en diabète, d'une diététiste spécialisée en diabète et d'une psychologue en santé clinique) a mis au point une brève intervention psycho-éducative à l'intention des patients atteints de diabète de type 1. Sa prestation prend 20 heures (2,5 jours). L'essai avec répartition aléatoire sur cette intervention a été mené entre 2003 et 2007. Ses résultats n'ont pas encore été publiés.

**Création :** 2003

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Le programme psycho-éducatif a été mis au point de façon à être acceptable pour les personnes atteintes de diabète, applicable et économique. Le programme, appelé BITES, comporte 2,5 jours de séances étalées sur une période de six semaines pour donner le temps aux participants de s'exercer et de réfléchir entre

### Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances de groupes

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie sociale cognitive et de l'apprentissage

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Royaume-Uni

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

les séances. Les séances sont animées par une infirmière spécialisée en diabète et une diététiste spécialisée en diabète. Le programme BITES est fondé sur les principes de l'apprentissage chez les adultes et met à profit les techniques cognitivo-comportementales. Au cours des 2,5 jours de cours, les participants examinent les techniques d'adaptation et de contrôle et les stratégies d'établissement des priorités. Les participants sont encouragés à utiliser l'insuline de façon astucieuse, à estimer la teneur en glucides des aliments, à tenir compte de l'indice glycémique et à mesurer leur glycémie avant et après les repas. On les encourage aussi à adapter eux-mêmes leurs doses d'insuline en fonction de leur consommation de glucides et de leurs activités physiques. Il est aussi question de la transformation de pensées négatives en pensées positives et du maintien des changements. Pendant le cours, les participants guident une personne fictive atteinte de diabète et parlent de façons de l'aider à faire les changements nécessaires. Le cours ne se limite pas à la simple présentation de renseignements, mais exige que les participants réfléchissent entre les séances et qu'ils partagent avec les autres le fruit de leurs réflexions.

**But du programme :** Le but du programme BITES est de motiver et d'habiliter les patients à obtenir des glycémies aussi normales que possible. Toutes les personnes qui acceptent d'y participer doivent adopter une insulinothérapie basale-bolus comportant deux injections d'insuline isophane (matin et soir) et l'injection prandiale d'insuline à action rapide. Les doses d'insuline sont adaptées en fonction des principes thérapeutiques des programmes de Dusseldorf et DAFNE (*Dose Adjustment For Normal Eating*) sur l'obtention de la glycémie visée et l'appariement des doses d'insuline à l'apport en glucides. On cherche à normaliser l'alimentation du patient et à ne pas restreindre ses choix alimentaires.

**Étapes de mise en application :** Les participants sont recrutés parmi les patients d'un même service de diabétologie en milieu hospitalier. Pour participer au programme, les patients doivent répondre aux critères suivants :

- être atteints de diabète de type 1 depuis plus de 12 mois
- pratiquer de multiples injections quotidiennes d'insuline depuis au moins deux mois
- avoir au moins 18 ans et savoir lire et écrire.

Les séances durent 2,5 jours et, entre les séances, les participants doivent faire certains travaux.

**Prestation du programme :** Les séances sont animées par une infirmière spécialisée en diabète et une diététiste spécialisée en diabète.

**Évaluation des résultats :** Les résultats n'ont pas encore été publiés, mais on sait que les principaux critères d'évaluation, soit le taux d'HbA<sub>1c</sub> et l'hypoglycémie grave, devaient être mesurés après trois, six et 12 mois. Les critères d'évaluation secondaires ont été mesurés après trois, six et 12 mois : tension artérielle, poids, taille, cholestérol total, triglycérides et facteurs psychologiques. Ces derniers ont été mesurés au moyen d'un questionnaire composé des échelles suivantes : *Short Form 36*, *Illness Perception Questionnaire* (IPQ), *Diabetes Knowledge Test* (DKT), *Diabetes Empowerment Scale* (DES), *Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire* (DTS-Q), *Hypoglycemia Fear Scale* (HFS), *Diabetes Health Profile* (DHP) et questionnaire sur le respect des principes de l'autogestion du diabète (DSMA-Q).

**Portée du programme :** Les 120 participants ont été partagés en deux groupes égaux, soit un groupe visé par l'intervention et un groupe témoin. Les participants ont été recrutés parmi les patients du service de diabétologie du *York Health Services NHS Trust*.

**Matériel pouvant être adapté :** Il y a un cahier d'exercices que les participants doivent remplir pendant le cours et à domicile. En plus de faire les exercices, les patients écrivent leurs commentaires quotidiens dans le cahier..

#### CONTACT :

**D<sup>r</sup> Jonathan Thow**

York Hospital

Wigginton Road

York YO318HE, R.-U.

Courriel : [jonathan.thow@york.nhs.uk](mailto:jonathan.thow@york.nhs.uk)

---

#### Référence :

George, J. T., Valdovinos, A. P., Thow, J. C., Russell, I., Dromgoole, P., Lomax, S., et al (2007). Brief intervention in type 1 diabetes – education for self-efficacy (BITES): Protocol for a randomised control trial to assess biophysical and psychological effectiveness. *BMC Endocrine Disorders*, 7, 6.

# Programme « Contrôle sur le campus »

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme « Contrôle sur le campus » s'adresse aux étudiants atteints de diabète de type 1. Un de ses éléments est un guide complet de 92 pages qui présente les plus récents renseignements sur la gestion du diabète en fonction des besoins et des points de vue de collégiens. Les étudiants qui y participent assistent à trois séances sur divers sujets. Ils rencontrent aussi l'animateur des séances un à un pour discuter des questions qui les préoccupent.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.  
**État actuel :** Composante d'un plus vaste programme.

**Description :** « Contrôle sur le campus » est à la fois le nom d'un programme d'intervention à l'intention des étudiants et le titre d'un guide de 92 pages qui contient des renseignements sur la nutrition, la glycémie, l'insuline et la gestion de ses fluctuations, l'exercice, le stress, l'alcool, les corps cétoniques, la prise en charge des journées de maladie et la fixation d'objectifs à long terme. Ces sujets ont été choisis parce qu'on a jugé qu'ils étaient ceux qui étaient les plus pertinents pour des collégiens. Conformément à la théorie de l'apprentissage social, chaque chapitre contient des objectifs comportementaux, des activités adaptées à l'âge, des activités pratiques, des devoirs originaux pour renforcer les connaissances et des graphiques intéressants pour conserver l'attention du lecteur.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances de groupe et une séance individuelle

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Modèle élargi des croyances relatives à la santé et théorie de l'apprentissage social

**PUBLIC CIBLE :** Collégiens atteints de diabète de type 1

**MILIEU :** Établissement d'enseignement post-secondaire

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

Les étudiants assistent à une séance de groupe hebdomadaire de deux heures trois semaines de suite. À chaque séance, des rafraîchissements sont servis et les étudiants reçoivent des récompenses s'ils ont atteint un objectif ou fait un devoir ou une activité. On demande aussi aux participants de rencontrer un à un l'animateur des séances (un diététiste/éducateur agréé en diabète) pour parler des questions qui les préoccupent. On dit aux participants que cette séance est obligatoire.

Au cours de l'intervention, on donne aux étudiants l'occasion de parler de leurs problèmes émotionnels liés au diabète et de trouver ensemble des façons de les résoudre. Les participants parlent aussi des normes comportementales relativement à la pression de conformité perçue concernant la consommation d'alcool et de ce que pensent les autres de leurs épreuves de glycémie, de leur alimentation et de leur régime d'activité physique.

Pour que les étudiants persévèrent dans leurs intentions, on leur a fait fixer des objectifs, on a fait des rappels verbaux et on les a aidés à trouver des façons d'intégrer leurs réussites ou comportements à leur mode de vie. Pour améliorer les capacités comportementales, on a utilisé des activités pratiques. On a aussi mis à profit le renforcement direct (éloge des étudiants qui ont participé aux discussions et fait des activités, remise chaque semaine de petits prix à ceux qui ont fait leur devoir ou atteint leurs objectifs) et vicariant (observation du modèle de rôle qui est récompensé pour sa bonne gestion du diabète).

**But du programme :** Accroître les connaissances sur la gestion du diabète de type 1 chez des collégiens (les auteurs de l'étude signalent que peu de recherches ont été faites sur les collégiens atteints de diabète de type 1).

**Objectifs du programme :** Offrir aux étudiants atteints de diabète un milieu propice aux rencontres et aux échanges. Le programme a permis de renseigner et de sensibiliser les étudiants.

**Étapes de mise en application :** Les étudiants ont été recrutés parmi ceux qui s'étaient rendus au centre de santé

universitaire en raison de leur diabète. On a aussi envoyé une lettre aux étudiants qu'on savait atteints de diabète pour les inviter à participer au programme. Il y a eu une séance de groupe hebdomadaire de deux heures trois semaines de suite et une séance individuelle, présentée comme obligatoire aux participants.

**Prestation du programme :** L'animateur des séances était un diététiste/éducateur agréé en diabète.

**Évaluation du programme :** La seule ressource documentaire était un guide de 92 pages (décrit ci-dessus). Le contenu du guide a été évalué par 12 experts du diabète, donc des éducateurs agréés en diabète, des diététistes, des infirmières, des chercheurs du domaine du diabète et des étudiants atteints de diabète.

**Évaluation des résultats :** Les taux d'HbA<sub>1c</sub> et les connaissances sur le diabète ont été mesurés et se sont tous deux améliorés en raison de l'intervention. Les participants ont aussi signalé qu'ils se sentaient davantage appuyés sur le campus après l'intervention, ont semblé avoir surmonté la peur associée aux épreuves de glycémie, ont dit mesurer plus souvent leur glycémie et étaient plus susceptibles de mesurer leur glycémie quand ils croyaient qu'elle était basse.

**Portée du programme :** Le groupe étudié était composé de 21 étudiants. La taille du groupe dépend uniquement du nombre d'éducateurs dont on dispose, puisqu'il faut maintenir un bon rapport étudiants/éducateurs.

**Soutien communautaire :** La communauté universitaire a appuyé l'intervention en mettant des locaux et des éducateurs à la disposition des chercheurs.

**Coûts du maintien du programme :** Inconnus, mais les participants ont reçu des prix et des récompenses, ainsi que 50 \$ une fois le programme terminé.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Aucun élément mentionné.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme ne convient qu'aux étudiants d'âge collégial.

**Généralisabilité :** Le programme peut être offert aux étudiants d'âge collégial qui sont atteints de diabète de type 1.

**CONTACT :**

**Patricia A. Kendall, PhD**

Food Science and Human Nutrition Department

Colorado State University

Fort Collins, Colorado 80523

Courriel : [kendall@cahs.colostate.edu](mailto:kendall@cahs.colostate.edu)

Tél. : (970) 491-1945

Télec. : (970) 491-7252

---

**Référence :**

Wdowik, M. J., Kendall, P. A., Harris, M. A., & Keim, K. S. (2000). Development and evaluation of an intervention program: "Control on Campus". *The Diabetes Educator*, 26(1), 95-104.

# Éducation en ligne sur le diabète pour les enseignants

## APERÇU DU PROGRAMME

Programme offert en ligne pour éduquer les enseignants sur le diabète et sur ce qu'il faut faire en cas d'incident lié au diabète. Il contient des clips audio et vidéo, ainsi que des renseignements tirés d'une publication de l'*American Diabetes Association* intitulée *Caring for Children with Diabetes*.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le programme a été offert en ligne pour éduquer les enseignants sur le diabète et sur ce qu'il faut faire en cas d'incident lié au diabète. Le matériel présenté est organisé et relié de façon à ce que les participants puissent naviguer facilement dans le site. Les textes sont accompagnés de clips audio et vidéo. Il y a entre autres des clips vidéo sur la façon de pratiquer les injections et sur les aliments qui conviennent aux personnes diabétiques et des clips audio d'enfants qui parlent de l'alimentation, de l'activité physique et des symptômes possibles de l'hypoglycémie. Les textes du programme sont fondés sur une publication de l'*American Diabetes Association* intitulée *Caring for Children with Diabetes*.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Enseignants d'écoles élémentaires

**MILIEU :** En ligne (enseignement sur le Web)

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Objectif du programme :** Augmenter les connaissances des enseignants sur les soins du diabète.

**Étapes de mise en application :** Les participants ont terminé le programme d'éducation en ligne sur le diabète en une seule séance (aucun n'a pris plus de 45 minutes).

**Évaluation du programme :** Le score de satisfaction a été beaucoup plus élevé chez les personnes qui avaient suivi le programme en ligne que chez celles qui avaient lu la documentation.

**Évaluation des résultats :** La note du test des connaissances a été beaucoup plus élevée chez les personnes qui avaient suivi le programme en ligne que chez celles qui avaient lu la documentation.

**Portée du programme :** Comme la formation est offerte en ligne, un grand nombre d'enseignants pourraient être touchés. En outre, le programme sera plus économique à long terme parce que la documentation est en ligne plutôt qu'en format imprimé.

**CONTACT :**

**Doreen Radjenovic, PhD, ARNP, CDE**  
Department of Nursing  
College of Health, University of North Florida  
Jacksonville, Florida  
Courriel : dradjeno@unf.edu

---

**Référence :**

Radjenovic, D., & Wallace, F. L. (2001). Computer-based remote diabetes education for school personnel. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 3(4), 601-607.

# Programme de prévention du diabète : adaptation du cahier du participant sur la modification du mode de vie

## APERÇU DU PROGRAMME

Programme de gestion de cas, à l'intention de patients à haut risque atteints de diabète de type 2 faisant partie de minorités ethniques, qui comporte un guide du participant divisé en sept modules ainsi qu'un guide de l'animateur (adaptation du cahier du participant sur la modification du mode de vie du Programme d'intervention contre le diabète). Une infirmière gestionnaire de cas rencontre les participants et leur téléphone pour les appuyer.

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** La version révisée du Programme de prévention du diabète comporte un guide du participant (51 pages) divisé en sept modules et un guide de l'animateur adapté selon les besoins. Les points de mire du programme sont les suivants : renseignements de base sur le diabète et ses complications, fixation d'objectifs relatifs à l'alimentation et à l'activité physique, renseignements de base sur la teneur en calories et en graisses des aliments, directives sur le choix d'exercices convenables selon l'âge et la forme physique, techniques d'autosurveillance, stratégies précises pour l'achat de nourriture et les

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Patients de minorités ethniques

**MILIEU :** Établissement de santé (clinique de soins primaires)

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

repas pris au restaurant et prévention des rechutes. Une infirmière rencontre les participants un à un pour évaluer leur progrès, les aider à surmonter les obstacles et accroître leur motivation. Le programme utilise aussi des pyramides alimentaires adaptées à la culture.

**Buts du programme :** L'intervention visait l'augmentation du degré d'activité physique, la perte de 7 % du poids et la modification de l'alimentation.

**Étapes de mise en application :** La première fois que le patient rencontrait l'infirmière gestionnaire de cas, il recevait des renseignements sur le diabète et le risque de complications et remplissait un questionnaire sur l'activité physique et l'alimentation. Le patient devait se rendre à la clinique une fois par mois pour rencontrer l'infirmière et celle-ci lui téléphonait toutes les deux semaines pour lui parler d'alimentation, d'activité physique, de surveillance de la glycémie et de fidélité au traitement médicamenteux, ainsi que pour discuter de ses progrès. Les sept modules du programme sont les suivants :

- Semaine 1 : Accueil du patient et premiers pas de l'augmentation du degré d'activité physique
- Semaine 2 : L'activité physique comme mode de vie
- Semaine 3 : Premières étapes de la perte de poids
- Semaine 4 : Trois stratégies pour consommer moins de graisses
- Semaine 5 : Manger sainement en prenant des mesures concrètes
- Semaine 6 : Quatre trucs pour manger sainement au restaurant
- Semaine 7 : Les obstacles à la modification du mode de vie

À la septième visite, le patient remplissait de nouveau le questionnaire sur l'activité physique et l'alimentation.

**Prestation du programme :** La prestation du programme a été assurée par une infirmière gestionnaire de cas.

**Évaluation du programme :** Les participants ont réagi favorablement à l'intervention et dit que la pyramide alimentaire et le soutien de l'infirmière leur avaient été utiles.

**Évaluation des résultats :** Le programme a permis une perte de poids significative et la modification de l'alimentation chez des patients à faible revenu de minorités ethniques. Les taux d'HbA<sub>1c</sub> se sont aussi améliorés chez eux.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme a été offert à des patients à faible revenu de minorités ethniques vivant en milieu urbain aux États-Unis.

**Matériel pouvant être adapté :** Le matériel suivant peut être téléchargé à partir du site Web de l'Université de Buffalo ([fammed.buffalo.edu/intensiveNurseCM.html](http://fammed.buffalo.edu/intensiveNurseCM.html)) :

- version modifiée du cahier du participant sur la modification du mode de vie du Programme d'intervention contre le diabète
- version modifiée du guide de l'animateur du Programme d'intervention contre le diabète
- version modifiée du guide sur l'alimentation du Programme d'intervention contre le diabète
- grille d'évaluation de la teneur en graisses
- pyramide standard des aliments ethniques.

#### CONTACT :

**J. Steven Cramer, MD, MSc**  
Department of Family Medicine  
School of Medicine and Biomedical Sciences  
State University of New York Buffalo  
2447 Sheridan Drive  
Tonawanda, New York 14150  
Courriel : [cramerjs@msn.com](mailto:cramerjs@msn.com)

#### Références :

Cramer, J. S., Sibley, R. F., Bartlett, D. P., Kahn, L. S., & Loffredo, L. (2007). An adaptation of the diabetes prevention program for use with high-risk, minority patients with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 33(3), 503-508.

Site Web de l'Université de Buffalo : [fammed.buffalo.edu/intensiveNurseCM.html](http://fammed.buffalo.edu/intensiveNurseCM.html)

# Programme d'éducation sur l'autogestion du diabète pour les bénéficiaires de Medicaid

## APERÇU DU PROGRAMME

Élaborer, mettre en œuvre et évaluer un programme d'éducation sur l'autogestion du diabète destiné aux bénéficiaires de Medicaid. Le processus d'amélioration continue de la qualité a été utilisé pour repérer les problèmes ainsi que recueillir et analyser les données.

**Création :** 2001

**Révision :** Le programme n'a pas été révisé.

**État actuel :** L'objet du programme était de démontrer au régime Medicaid de l'état que des économies étaient possibles. Les législateurs ont aimé le concept et lui ont donné une note élevée, mais n'ont pas financé sa mise en œuvre en raison de l'insuffisance du budget de l'état. Le programme a donc été mis de côté jusqu'à ce qu'il puisse être financé. Le contact a indiqué que la phase II du programme prévoyait son élargissement, avec l'aide d'Eli Lilly, à des communautés mal desservies. Les résultats de la phase II, qui n'est pas terminée, ont été publiés dans la revue *Preventing Chronic Disease* du *Centers for Disease Control*. Le programme comporte aussi une phase III, soit un projet pilote d'éducation par la télémédecine sur l'autogestion du diabète de communautés mal desservies (publication des résultats à venir).

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Général

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Prédiction des coûts liés au diabète au moyen du modèle de Gilmer

**PUBLIC CIBLE :** Adultes atteints de diabète depuis au moins un an et qui étaient bénéficiaires de Medicaid depuis 11 mois consécutifs

**MILIEU :** Échelle communautaire pour le groupe cible

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Description :** Le programme a été créé en raison de l'augmentation des coûts du diabète pour le régime Medicaid et de l'aggravation de la crise financière. Plusieurs partenaires ont uni leurs efforts pour mettre à l'essai des stratégies de réduction des coûts. (L'*Arkansas Diabetes Prevention and Control Program* et Eli Lilly and Company ont formé une coalition de partenaires des secteurs public et privé, dont l'*Arkansas Department of Human Services*, l'*Arkansas Foundation for Medical Care*, *Health Information Design*, la section de l'Arkansas de l'*American Diabetes Association* et l'*Arkansas Minority Health Commission*.) La coalition voulait mettre en œuvre un programme d'éducation sur l'autogestion du diabète et déterminer s'il améliorerait les soins du diabète et réduisait les coûts globaux des soins de santé chez les bénéficiaires de Medicaid atteints de diabète. Ce programme comporte une évaluation initiale des besoins d'une durée d'une heure, puis 12 heures d'éducation de groupe sur l'alimentation et l'autogestion. Les détails du programme figurent ci-dessous, à la rubrique Étapes de mise en application.

**But du programme :** Élaborer et mettre en œuvre un programme d'éducation sur l'autogestion du diabète et déterminer s'il améliorerait les soins du diabète et réduisait les coûts globaux des soins de santé chez les bénéficiaires de Medicaid atteints de diabète.

**Objectifs du programme :** Les objectifs étaient les suivants :

1. évaluer les changements des paramètres cliniques clés
2. évaluer les différences quant à l'utilisation des services de santé et aux dépenses de santé entre les participants et les non-participants au programme d'éducation sur l'autogestion du diabète
3. utiliser des modèles pour projeter l'impact du programme d'éducation sur l'autogestion du diabète sur les coûts du diabète pendant trois ans et sur la fréquence des événements liés au diabète pendant dix ans chez les participants au programme.

**Étapes de mise en application :** Après une évaluation initiale, les participants ont reçu 12 heures d'éducation sur le diabète, dont trois heures sur l'alimentation. Trois visites étaient nécessaires, soit une peu de temps après l'évaluation initiale des besoins, une deuxième six mois plus tard et une dernière un an après la première. L'éducation sur le diabète était offerte en groupe et portait sur les dix sujets suivants : processus pathologiques du diabète; alimentation; activité physique; médicaments; surveillance de la glycémie et utilisation des résultats;

complications à court terme; complications à long terme; fixation d'objectifs et résolution des problèmes; adaptation psychosociale; soins préconceptionnels, grossesse et diabète gestationnel.

**Prestation du programme :** Le programme d'éducation sur l'autogestion du diabète est offert par une infirmière et une diététiste qui ont suivi le programme de base de l'*American Diabetes Association* sur l'éducation diabétologique.

**Évaluation du programme :** Au cours de chaque visite, au moyen d'un questionnaire, les éducatrices recueillent des données démographiques sur les participants et déterminent quelles sont leurs compétences en matière de soins auto-administrés, quelles mesures préventives ils prennent et quelle utilisation ils font des services de santé.

**Évaluation des résultats :** Des paramètres cliniques clés, soit le taux d'HbA<sub>1c</sub>, les tensions artérielles systolique et diastolique, le poids et l'indice de masse corporelle, sont mesurés à la première et à la dernière visite (soit au départ et après 12 mois). Les données cliniques et provenant des questionnaires sont entrées dans un système électronique de gestion des données appelé Dia-Trac, qui est géré par la firme *Control Diabetes Services* (CDS). Au cours de la période d'un an, le taux d'HbA<sub>1c</sub> a baissé de 0,45 % chez les personnes qui avaient terminé le programme d'éducation sur l'autogestion du diabète. Les changements des taux d'HbA<sub>1c</sub> et de la tension artérielle systolique étaient statistiquement significatifs. Il n'y a pas eu de changements du poids ni de l'indice de masse corporelle moyens. On a estimé que pendant une période de trois ans, la réduction des coûts liés au diabète serait de 415 \$ par personne ayant terminé le programme. Au moyen des modèles de prédiction des risques de la *United Kingdom Prospective Diabetes Study*, on a déterminé que pendant une période de dix ans, la fréquence des événements coronariens et des microangiopathies baisserait de 15 et 12 %, respectivement, chez les personnes ayant terminé le programme.

**Portée du programme :** Pour que les 212 personnes terminent le programme d'un an, on leur a téléphoné et envoyé des rappels par carte postale. Grâce à ces mesures, 184 (87 %) participants se sont présentés à la visite du sixième mois et 157 (74 %) se sont présentés à la dernière visite.

**Soutien communautaire :** Eli Lilly and Company a financé le programme par une subvention sans restrictions. L'Arkansas Department of Human Services et Control Diabetes Services ont aussi donné leur appui.

**Mobilisation de partenaires :** Comme le traitement du diabète coûte de plus en plus cher au régime Medicaid, le directeur du régime Medicaid de l'Arkansas a fait un appel de propositions pour mettre à l'essai des stratégies de réduction des coûts. L'Arkansas Diabetes Prevention and Control Program et Eli Lilly and Company ont formé une coalition de partenaires des secteurs public et privé, dont l'Arkansas Department of Human Services, l'Arkansas Foundation for Medical Care, Health Information Design, la section de l'Arkansas de l'American Diabetes Association et l'Arkansas Minority Health Commission.

**Coûts initiaux :** En 2002, le coût initial de la mise en œuvre du programme a été d'environ 10 000 \$, sans compter le salaire du personnel. Les organisateurs du programme prévoient commencer à obtenir un remboursement de Medicaid six mois après le début du programme (une fois le programme reconnu par l'ADA), ce qui aurait couvert les coûts du programme à partir de ce moment.

**Coûts du maintien du programme :** Les coûts du maintien du programme seront couverts par les remboursements versés par les assureurs privés ou publics (p. ex. Medicare ou Medicaid) des patients.

**Éléments cruciaux à reproduire :** En raison des bons résultats obtenus, les auteurs indiquent que le directeur du régime Medicaid de l'état et d'autres intervenants clés cherchent comment continuer à offrir le programme d'éducation sur l'autogestion du diabète aux bénéficiaires de Medicaid. Ils croient que les administrateurs du régime Medicaid devraient envisager sérieusement le remboursement de l'éducation sur le diabète afin de ralentir la hausse des coûts du régime.

**Description des facteurs contextuels :** Les bénéficiaires de Medicaid qui avaient accepté de participer au programme étaient plus susceptibles de chercher à obtenir des soins que ceux qui n'y avaient pas participé, et pourraient ainsi ne pas être représentatifs de l'ensemble des bénéficiaires de Medicaid qui sont atteints de diabète. Comme le programme s'adressait à une population précise – les bénéficiaires de Medicaid –, il pourrait ne pas être transposable à la population générale.

**Généralisabilité :** Cette étude a clairement démontré que l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires de Medicaid avait baissé, ce qui indique que les coûts du programme et de sa prestation seraient probablement contrebalancés par la réduction, à court et à long termes, du coût des soins de santé.

Les limites de l'étude étaient le petit nombre de personnes ayant participé au programme d'éducation sur l'autogestion du diabète et la courte durée du suivi pour une maladie dont l'évolution est relativement lente. Les bénéficiaires de Medicaid qui avaient accepté de participer au programme étaient plus susceptibles de chercher à obtenir des soins que ceux qui n'y avaient pas participé, et pourraient ainsi ne pas être représentatifs de l'ensemble des bénéficiaires de Medicaid qui sont atteints de diabète. L'effet de l'amélioration de la gestion du diabète sur les taux de lipides pourrait avoir été surestimé, car les taux de lipides n'ont pas été mesurés mais plutôt estimés à partir d'une population comparable.

**Leçons apprises :** Un programme d'éducation sur le diabète comme le programme d'éducation sur l'autogestion du diabète peut produire une réduction de l'utilisation des services de santé.

Pour élaborer et mettre en œuvre le programme, il faut obtenir un financement initial (dans ce cas, le financement est venu d'Eli Lilly), avoir du personnel motivé pour mener le projet et convaincre les hôpitaux/cliniques d'offrir le programme. Le principal défi a été le maintien du programme. Faute de financement, il a été impossible de maintenir le programme en Arkansas (au moins pour les bénéficiaires de Medicaid).

**CONTACT :**

**Appathurai Balamurugan**

Arkansas Department of Health and Human Services

PO Box 1437, Slot H-32

Little Rock, Arkansas 72203-1437

Tél. : (501) 661-2000

Courriel : [appathurai.balamurugan@arkansas.gov](mailto:appathurai.balamurugan@arkansas.gov)

**Référence :**

Balamurugan, A., Ohsfeldt, R., Hughes, T., & Phillips, M. (2006). Diabetes self-management education program for Medicaid recipients: A continuous quality improvement process. *The Diabetes Educator*, 32(6), 893-900.

# Éducation et gestion de cas par téléphone pour les enfants atteints de diabète de type 1

## APERÇU DU PROGRAMME

L'étude visait à comparer trois interventions par des infirmières et leur impact sur le contrôle de la glycémie chez des enfants atteints de diabète de type 1. Elle a révélé qu'en association, les soins habituels, l'éducation de groupe et la gestion de cas par téléphone amélioreraient la fidélité au traitement.

**Création :** Le compte rendu a été publié en 2005.

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Le programme s'appuie sur les soins habituels, soit la consultation trimestrielle d'une infirmière praticienne et d'un endocrinologue, une séance d'éducation des membres de la famille sur les aptitudes de base en gestion du diabète et la gestion du cas par une série d'appels téléphoniques (d'en général cinq à 15 minutes) entre les visites à la clinique (un appel par semaine au cours des trois premiers mois ou jusqu'à la première visite à la clinique, puis deux appels par mois au cours des trois mois suivants).

**Étapes de mise en application :** Dans le cas des enfants de moins de 13 ans, la coordonnatrice téléphonait au parent désigné et, dans le cas des enfants de plus de 13 ans, elle s'entretenait tant avec l'enfant

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances individuelles et de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Enfants et leur famille

**MILIEU :** Établissement de santé et domicile

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

qu'avec le parent. Pour la gestion de cas par téléphone, un protocole standard était utilisé : revue des glycémies, questions de sécurité liées aux hypo- et hyperglycémies, aptitudes de résolution des problèmes, alimentation et planification des repas et modification de la dose d'insuline. Au besoin, la coordonnatrice discutait aussi avec le parent des compétences parentales et des aptitudes en gestion des comportements.

**Prestation du programme :** Les activités prévues par le programme ont exigé l'intervention de divers professionnels de la santé (un endocrinologue, une infirmière en diabète ou une infirmière praticienne, une diététiste et un travailleur social ou un thérapeute familial).

**Évaluation des résultats :** Les taux d'HbA<sub>1c</sub>, qui étaient de 10,0 % au départ, ont baissé de 0,5 % (baisse non significative). Il y a eu des améliorations significatives au chapitre de la fidélité (liste de contrôle sur la fidélité) pour ce qui est des six items portant sur l'utilisation des techniques de résolution des problèmes et des cinq items portant sur l'adoption des comportements sécuritaires de

base. Il n'y a pas eu d'améliorations significatives selon la liste de contrôle de l'équipe (le clinicien utilise cette liste pour évaluer la capacité de l'enfant d'adopter des comportements de gestion du diabète convenables selon son âge et la capacité des parents d'exercer une surveillance adaptée à l'âge de l'enfant sur la façon dont celui-ci gère le diabète).

**Éléments cruciaux à reproduire :** Les auteurs avancent que le modèle transthéorique de changement du comportement pourrait donner un aperçu intéressant de la complexité des modifications du comportement qu'on a cherché à obtenir au cours de l'étude. Au lieu de s'attendre à ce que les patients passent de la précontemplation à l'action puis au maintien, les auteurs avancent qu'il serait plus réaliste de faire avancer le patient dans la démarche continue de modification du comportement.

**CONTACT :**

**Carol J. Howe, RN, MScN**  
Division of Endocrinology and Diabetes  
The Children's Hospital of Philadelphia  
34th Street and Civic Center Blvd  
Philadelphia, Pennsylvania 19104  
Tél. : (215) 590-1000

---

**Référence :**

Howe, C. J., Jawad, A. F., Tuttle, A., Moser, J., Preis, C., Buzby, M., & Murphy, K. M. (2005). Education and telephone case management for children with type 1 diabetes: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing, 20*(2): 83-95.

# Programme d'éducation de groupe visant l'autonomisation

## APERÇU DU PROGRAMME

Au cours de ce programme, 101 patients ont été répartis au hasard pour recevoir une éducation de groupe axée sur l'autonomisation (groupe visé par l'intervention) ou les soins habituels du diabète (groupe témoin). Quarante-deux patients du groupe visé par l'intervention et 46 du groupe témoin ont été suivis pendant la période prévue d'un an. Avant l'intervention et à la fin du suivi d'un an, les patients ont rempli un questionnaire de 27 items et on a déterminé leur poids, leur indice de masse corporelle (IMC) et leur taux d'HbA<sub>1c</sub>. Le questionnaire portait sur les trois domaines suivants : confiance dans les connaissances sur le diabète, auto-efficacité et satisfaction à l'égard de la vie quotidienne.

**Création :** Le compte rendu de l'étude a été publié en 2006.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Des médecins et infirmières spécialisées en diabétologie se sont portés volontaires pour animer une série de séances de groupe mettant l'accent sur un modèle d'autonomisation et s'adressant aux patients atteints de diabète de type 2. On considère que les patients sont autonomes « quand ils ont les connaissances, les compétences, les attitudes et la connaissance de soi nécessaires pour modifier leur propre comportement et celui des autres afin d'améliorer leur qualité de vie. »

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 74 ans

**MILIEU :** Établissements de santé (soins primaires)

**PAYS D'ORIGINE :** Suède

**LANGUE :** Articles en anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

**Buts du programme :** Chez des personnes atteintes de diabète de type 2, utiliser une démarche de groupe axée sur l'autonomisation pour que la confiance dans les connaissances sur le diabète, l'auto-efficacité et la satisfaction à l'égard de la vie quotidienne soient supérieures, pour que l'IMC soit inférieur et pour que le contrôle de la glycémie soit meilleur au bout d'un an de suivi que chez des patients ayant reçu les soins habituels du diabète.

**Objectifs du programme :** À l'échelon individuel, l'autonomisation peut être considérée comme un processus qui permet à la personne de prendre sa vie en main. C'est un processus selon lequel « on autonomise des personnes, en groupe ou individuellement, en faisant en sorte qu'elles aient les compétences, les ressources, les occasions et l'autorité nécessaires pour changer une situation ». On considère que les patients sont autonomes « quand ils ont les connaissances, les compétences, les attitudes et la connaissance de soi nécessaires pour modifier leur propre comportement et celui des autres afin d'améliorer leur qualité de vie. »

#### **Étapes de mise en application :**

- Les groupes étaient composés d'au moins cinq et de pas plus de huit personnes.
  - Il y a eu au moins quatre et pas plus de cinq séances d'autonomisation (moyenne : 4,7), y compris une séance de suivi qui a eu lieu au cours des sept premiers mois. Les séances ont duré 2,5 heures dans chaque centre.
  - Au début de la première séance d'éducation, il y avait une présentation et une discussion sur les attentes des patients. Les patients étaient encouragés à parler des problèmes que leur posait le diabète. Le facilitateur demandait à chacun des participants de parler de ses problèmes pour que les patients se sentent à l'aise de poser des questions.
  - Les séances ont porté sur divers aspects des soins auto-administrés et du diabète : questions générales sur la maladie, traitement, prévention des complications, surveillance de la glycémie, alimentation, activité physique et soins quotidiens des pieds. Pour aborder chaque sujet, le facilitateur posait une question ouverte du genre « que savez-vous de...? » ou « que pensez-vous de...? » Le but du facilitateur était d'obtenir la collaboration des patients. Il cherchait aussi à répondre aux besoins des patients et à calmer leurs inquiétudes relatives au diabète. Les patients étaient encouragés à partager leurs expériences entre eux.
- À la fin de chaque séance, le facilitateur encourageait les patients à réfléchir aux modifications du comportement qui s'imposaient dans un domaine donné pour améliorer leurs soins auto-administrés. À compter de la deuxième séance, il y avait d'abord une discussion sur les expériences et les réflexions des patients depuis la séance précédente. Il était question du soutien des modifications du comportement et des obstacles à ces modifications. Le but des séances était de permettre aux patients d'atteindre leurs objectifs à court et à long termes.
  - Au cours de l'année, le facilitateur a eu environ 12,5 heures de contact avec les patients.

**Prestation du programme :** Les sept médecins et 12 infirmières spécialisées en diabétologie qui s'étaient portés volontaires pour animer les séances de groupe axées sur l'autonomisation ont reçu une formation. On leur a d'abord demandé de prétendre pendant deux jours de suite qu'ils étaient atteints de diabète et de s'alimenter en conséquence afin de mieux comprendre les patients atteints de diabète. Après cette simulation, ils ont assisté à un atelier de deux jours sur l'autonomisation présenté par le Centre d'éducation et de recherche sur le diabète de l'hôpital de Karolinska, en Suède. Le programme de l'atelier était fondé sur les recherches menées aux États-Unis par le *Michigan Diabetes Research and Training Centre*. L'atelier avait pour objet de présenter aux futurs facilitateurs le cadre théorique de l'autonomisation et de la motivation, ainsi que les principes de l'apprentissage. La partie pratique de l'atelier comportait la formation des facilitateurs en counselling individuel au moyen d'enregistrements vidéo. Les participants se sont aussi exercés à résoudre les problèmes, à cerner les changements possibles, les façons d'appuyer les changements et les obstacles aux changements, à fixer des objectifs à court et à long termes et à élaborer un plan pour l'atteinte de ces objectifs. On leur a expliqué que l'éducation axée sur l'autonomisation misait sur la collaboration entre égaux et mettait l'accent sur la capacité et la responsabilité des patients de faire leurs propres choix et de prendre leurs propres décisions. Le rôle du facilitateur était d'aider les patients à découvrir et à développer leurs propres ressources pour apporter les changements nécessaires et prendre le diabète en charge. Après l'atelier, les facilitateurs se sont exercés à appliquer la démarche d'autonomisation en situations réelles. Ils ont agi comme facilitateurs et mis en application la nouvelle démarche au cours de quatre séances s'adressant à un groupe pilote d'au moins quatre patients. Un des chercheurs a participé à titre d'observateur à au moins une des séances pilotes

dans chacun des sept centres de soins primaires. Il a filmé trois de ces séances de groupe. Les observations ont révélé que les facilitateurs devaient s'améliorer dans les domaines suivants : aptitudes à écouter, façon de poser des questions, résolution des problèmes, fixation d'objectifs et appui des patients pour ce qui est des changements du comportement et du traitement médical.

Selon ces observations, on a donné une rétroaction aux facilitateurs de chaque centre de soins primaires. Pour que les facilitateurs saisissent bien l'importance des compétences nécessaires et pour leur permettre de les appliquer, on a tenu deux réunions de suivi d'une demi-journée à deux mois d'intervalle avant le début de l'intervention. À la première de ces deux réunions, on a présenté les enregistrements vidéo des trois séances de formation de groupe, puis on a discuté de la philosophie de l'autonomisation et de sa mise en application. À la seconde réunion, il a été question du contenu des séances d'éducation de groupe axées sur l'autonomisation. On a aussi remis aux facilitateurs un document présentant les principes fondamentaux de l'autonomisation et un ensemble de lignes directrices à utiliser pendant l'étude.

**Évaluation du programme :** L'objectif global de l'étude était de déterminer et de mieux comprendre comment les médecins et les infirmières voient la mise en application de l'éducation de groupe sur le diabète axée sur l'autonomisation. Avant l'étude, les médecins et infirmières ont assisté à un atelier de deux jours sur l'autonomisation. Ils ont aussi appliqué la démarche d'autonomisation dans deux groupes de patients atteints de diabète de type 2. De trois à neuf mois plus tard, les cinq médecins et onze infirmières de six cabinets de médecine familiale ont pris part à des entrevues de groupe visant à évaluer la mise en application de l'éducation de groupe axée sur l'autonomisation. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites, puis analysées par la méthode comparative constante. Les entrevues ont principalement démontré que les rôles étaient conflictuels. Les médecins et infirmières savaient quel rôle jouer quand ils utilisaient la démarche traditionnelle, mais pas quand ils utilisaient celle axée sur l'autonomisation, donc ils devaient s'y habituer. La nouvelle démarche exigeait qu'ils se comportent comme des facilitateurs plutôt que comme des experts. Ils se sentaient sûrs d'eux comme experts, mais pour apprendre le rôle de facilitateurs, ils avaient besoin d'appui. Pour mettre en application l'éducation de groupe axée sur l'autonomisation, ils ont eu besoin de l'appui tant du personnel du cabinet que d'un superviseur

directement concerné par l'éducation de groupe axée sur l'autonomisation.

Les patients ayant participé à l'étude ont été interviewés. Leurs réponses ont confirmé que les facilitateurs avaient respecté la démarche axée sur l'autonomisation.

**Évaluation des résultats :** Au bout d'un an, le degré de confiance dans les connaissances sur le diabète était significativement plus élevé dans le groupe visé par l'intervention que dans le groupe témoin ( $p < 0,05$ ). Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes pour ce qui est de l'auto-efficacité, de la satisfaction à l'égard de la vie quotidienne, de l'IMC ni du taux HbA<sub>1c</sub>. L'éducation de groupe axée sur l'autonomisation a augmenté la confiance des patients dans leurs connaissances sur le diabète et les a aidés à contrôler leur glycémie malgré la progression de la maladie.

**Portée du programme :** Il y avait 42 patients dans le groupe visé par l'intervention et 46 dans le groupe témoin. Aucun des patients n'avait jamais participé à un programme d'éducation de groupe sur le diabète. Parmi les 42 patients du groupe visé par l'intervention, 29 (69 %) ont assisté à toutes les séances de groupe et 13 (31%) ont manqué une des séances.

#### **Éléments cruciaux à reproduire :**

- Les facilitateurs des séances axées sur l'autonomisation doivent recevoir une bonne formation, avoir l'expérience voulue et être à l'aise dans leur rôle.
- Les personnes qui participent à ce type de programme doivent être prêtes à accepter l'autonomisation.
- Comme le diabète est une maladie chronique, un suivi d'un an est nettement insuffisant.

**Description des facteurs contextuels :** Au cours des 50 dernières années d'éducation des personnes atteintes de diabète, diverses opinions ont été exprimées sur la participation des patients aux soins du diabète. Au début des années 80, l'éducation sur le diabète mettait surtout l'accent sur la présentation de renseignements médicaux sur la maladie. Les prestataires de l'éducation sur le diabète jouaient le rôle d'experts et assumaient l'entière responsabilité des soins des patients. On a toutefois constaté que ce n'était pas là une façon efficace d'aider les patients à gérer le diabète. Dans les années 90, les programmes d'éducation sur le diabète mettaient davantage l'accent sur le processus d'apprentissage, ce qui a changé

le rôle des pourvoyeurs de soins, ceux-ci étant devenus des facilitateurs encadrant et appuyant les patients.

**Matériel pouvant être adapté :** On peut se procurer des outils de sondage, tels que le questionnaire de 27 items particulier à l'étude.

**Leçons apprises :**

- Les entrevues de groupe menées auprès des facilitateurs ont révélé que ceux-ci étaient d'avis qu'il leur aurait fallu s'exercer plus longtemps à appliquer la démarche avant de pouvoir dire qu'ils l'avaient maîtrisée.

- Une période de suivi d'un an est insuffisante. Le suivi devrait durer plusieurs années.
- Les résultats de cette étude ne sont pas suffisants pour justifier une modification des modalités de traitement du diabète.

**CONTACT :**

**Eva Thors Adolfsson**

Courriel : [eva.thors-adolfsson@ltv.se](mailto:eva.thors-adolfsson@ltv.se)

Diabetes Nursing Research Group

Courriel : [Karin.Wikblad@medsci.uu.se](mailto:Karin.Wikblad@medsci.uu.se)

Courriel : [Bibbi.Smide@pubcare.uu.se](mailto:Bibbi.Smide@pubcare.uu.se)

Site Web : <http://www.medsci.uu.se/diabnurse/eng/research.htm>

---

**Références :**

Adolfsson, E. T., Smide, B., Gregeby, E., Fernström, L., & Wikblad, K. (2004). Implementing empowerment group education in diabetes. *Education Counselling, 53*(3), 319-324.

Adolfsson, E. T., Walker-Engstrom, M. L., Smide, B., & Wikblad, K. (2007). Patient education in type 2 diabetes: A randomized controlled 1-year follow-up study. *Diabetes Research and Clinical Practice, 76*(3), 341-350.

# Programme d'éducation sur le diabète adapté à un groupe ethnique (immigrants turcs de Rotterdam)

## APERÇU DU PROGRAMME

À Rotterdam, aux Pays-Bas, des immigrants turcs de première génération atteints de diabète de type 2 (qui répondaient aux critères d'inclusion) d'un de sept cabinets de médecine familiale ont été partagés en deux groupes, soit un groupe visé par une intervention prévoyant sept séances individuelles et trois séances de groupe d'éducation sur le diabète pendant une période de neuf mois et un groupe témoin. Le projet était fondé sur trois principes (éducation par des pairs, adaptation et modèle d'éducation sanitaire) et a entraîné une réduction significative du taux d'HbA<sub>1c</sub> chez les femmes dont le taux d'HbA<sub>1c</sub> était de plus de 7 % au départ. Il n'y a pas eu d'autres changements significatifs.

### Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles et de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Modèle d'éducation sanitaire (croyances)

**PUBLIC CIBLE :** Groupe ethnique

**MILIEU :** Soins primaires

**PAYS D'ORIGINE :** Pays-Bas

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

**Création :** Le compte rendu a été publié en 2005.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Les participants ont assisté à sept séances individuelles et trois séances de groupe pendant une période de neuf mois. Pendant les séances individuelles, les éducateurs devaient cerner les attitudes du patient à l'égard d'importants comportements liés au diabète (p. ex. alimentation, activité physique et fidélité au traitement médicamenteux) en fonction du modèle afin d'établir l'ordre de priorité des objectifs

thérapeutiques. On suggérait aux patients d'inviter un diététiste à une des séances individuelles pour discuter des principes de l'alimentation et son ou sa partenaire à une autre de ces séances pour avoir son appui. Au cours de chacune des séances, les objectifs thérapeutiques étaient réévalués et adaptés selon les expériences personnelles du patient et les obstacles à l'atteinte des objectifs. Le but de la première séance de groupe était surtout de discuter des expériences des patients et de donner à ceux-ci des renseignements généraux sur le diabète. Au cours de la deuxième séance de groupe, il était question des traitements du diabète et des soins auto-administrés. Les principaux sujets traités au cours de la troisième séance étaient la prévention des complications liées au diabète et le soin des pieds (cette intervention et les résultats des mesures de modification du comportement sont décrits ci-dessous).

**Buts du programme :** Au moyen d'un programme d'éducation sur le diabète adapté à la réalité culturelle, améliorer le contrôle de la glycémie et réduire les facteurs de risque cardiovasculaire chez des patients turcs atteints de diabète de type 2.

**Objectifs du programme :** Les critères d'évaluation du succès du programme, qui n'étaient pas présentés comme des objectifs, étaient la mesure de la glycémie, du cholestérol total, du cholestérol des HDL, des triglycérides, de la tension artérielle et de l'indice de masse corporelle (IMC). L'éducation a porté sur les compétences en matière de soins auto-administrés et sur les stratégies de modification du comportement.

**Étapes de mise en application :** On a recruté les participants à partir d'une liste des dossiers informatisés de tous les patients atteints de diabète de type 2 dont la maladie était traitée exclusivement par un omnipraticien et, si possible, de registres des maladies. On considérait qu'un patient était atteint de diabète de type 2 si son dossier le précisait ou s'il prenait un antidiabétique oral ou de l'insuline. On déterminait, avec l'aide d'un adjoint turc, qu'un patient était turc en fonction de son nom de famille. Tous les Turcs de moins de 75 ans atteints de diabète de type 2 qui étaient traités par un omnipraticien étaient admissibles.

Les patients étaient exclus s'ils étaient trop malades (selon leur omnipraticien) pour participer au programme d'intervention ou prévoaient passer plus de six mois à l'étranger pendant la durée de l'étude.

Un adjoint parlant le turc qui ne savait pas de quel groupe les patients faisaient partie a invité les patients à participer au programme de neuf mois, qui comportait sept séances d'éducation individuelles et trois séances de groupe. Le patient était seul avec l'éducateur à quatre des séances individuelles; les trois autres séances avaient lieu en présence de l'omnipraticien et portaient sur les résultats des trois mois précédents pour ce qui est du contrôle de la glycémie et des facteurs de risque cardiovasculaire. On suggérait aux patients d'inviter le diététiste à participer à une des séances individuelles et son ou sa partenaire à une autre de ces séances. L'éducateur et le patient discutaient ensuite des séances auxquelles l'omnipraticien avait assisté. Pour les séances de groupe, les patients étaient partagés selon le sexe. Les éducateurs pouvaient modifier le nombre de séances d'éducation selon les besoins individuels des patients. Les séances individuelles et de groupe ont été tenues au cabinet de l'omnipraticien.

**Prestation du programme :** Deux éducateurs en santé d'origine turque qui parlaient couramment le turc et le néerlandais étaient considérés comme des représentants de la population cible (pairs). Ils avaient la formation voulue et l'expérience de l'éducation dans le contexte des soins primaires. Ils ont reçu une formation sur la prise en charge du diabète et été supervisés par un psychologue néerlandais.

**Évaluation des résultats :** Dans le groupe visé par l'intervention, par rapport au groupe témoin, le taux d'HbA<sub>1c</sub> moyen a baissé de 0,3 % (IC de 95 % : -0,8 à 0,2). Il y a eu une baisse significative du taux d'HbA<sub>1c</sub> chez les femmes dont le taux était de plus de 7 % au départ (-0,9 %; IC de 95 % : -1,73 à -0,09), mais pas dans les autres sous-groupes étudiés. Les taux de lipides sériques, la tension artérielle et l'IMC n'ont pas été modifiés dans le groupe visé par l'intervention. On a conclu que l'éducation sur le diabète adaptée au groupe ethnique et offerte par des éducatrices turques n'avait pas eu d'effets positifs manifestes sur le contrôle de la glycémie ni sur le profil du risque cardiovasculaire. Il se pourrait qu'il faille

mieux choisir les patients et qu'il soit plus avantageux que l'éducateur soit du même sexe que les patients.

La glycémie, le cholestérol total, le cholestérol des HDL et les triglycérides ont été mesurés tous les trois mois au moyen de l'analyseur 950 AT d'Ortho Diagnostics. Pour la détermination du taux d'HbA<sub>1c</sub>, on s'est servi de l'analyseur Variant-1 de Biorad. Le taux de cholestérol des LDL a été calculé au moyen de la formule de Friedewald. Tous les échantillons de sang veineux ont été prélevés à jeun. Les adjoints à la recherche devaient mesurer les tensions artérielles systolique et diastolique (Korotkoff V) du patient en position assise deux fois à deux minutes d'intervalle en mettant le brassard d'un tensiomètre au mercure au bras gauche du patient, puis faire la moyenne des deux mesures. Le patient était pesé et mesuré aux fins du calcul de l'IMC.

Le principal effet observé a été une baisse du taux d'HbA<sub>1c</sub> après un an. Les calculs de la puissance étaient fondés sur la supposition voulant que l'étude devrait pouvoir déceler une réduction cliniquement significative de 0,6 % du taux d'HbA<sub>1c</sub> dans le groupe visé par l'intervention selon l'analyse en intention de traiter. Pour que le seuil de signification soit de 5 % et que la puissance soit de 90 %, il fallait 50 patients par groupe. Pour tenir compte des facteurs confusionnels possibles, on a effectué des analyses de régression linéaire multivariée en utilisant le changement par rapport au départ comme variable. Le taux d'HbA<sub>1c</sub> au départ, le sexe, l'âge, l'ancienneté du diabète, le mode de traitement et les indicateurs des soins du diabète étaient considérés comme des facteurs confusionnels possibles. Comme des données essentielles manquaient pour certains patients qui avaient été perdus de vue, les chercheurs ont d'abord fait une analyse en intention de traiter, puis une analyse en intention de traiter sur l'ensemble de données obtenu par imputation multiple des données manquantes (correction de la non-réponse par remplacement de chaque valeur manquante par au moins deux valeurs plausibles).

Il n'y a pas eu de différences significatives entre les patients du groupe visé par l'intervention et ceux du groupe témoin pour ce qui est du taux d'HbA<sub>1c</sub> et de la glycémie à jeun.

Dans le groupe visé par l'intervention, par rapport au groupe témoin, le taux d'HbA<sub>1c</sub> moyen a baissé de 0,3 % (IC de 95 % : -0,8 à 0,2) et la glycémie à jeun a baissé de 0,9 mmol/L (IC de 95 % : -2,2 à 0,3). Des ajustements en fonction des valeurs initiales (taux d'HbA<sub>1c</sub>), des caractéristiques des patients (âge, sexe, ancienneté du diabète et prise de médicaments) ou des caractéristiques du traitement n'ont pas beaucoup modifié les résultats.

**Portée du programme :** Cent quatre participants ont été recrutés pour le programme. Parmi ceux-ci, 38 ont assisté aux séances et participé au suivi.

**Soutien communautaire :** Une nutritionniste a participé à une des trois séances de groupe.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Au cours de ce programme, les éducateurs étaient du même sexe que les participants. Cela peut être important dans certains groupes ethniques, car selon les pairs éducateurs « les hommes turcs pourraient être moins susceptibles de suivre les conseils d'une femme sur les modifications du comportement (Uitewaal, P [2005]).

**Description des facteurs contextuels :** Les caractéristiques de ce groupe de Turcs atteints de diabète, tels que faible niveau de scolarité et mode de vie traditionnel, ont non seulement été prises en considération, mais ont été déterminantes pour l'adaptation du programme au groupe ethnique. Il était particulièrement important de procéder ainsi en raison de la forte prévalence du diabète de type 2 dans certains groupes ethniques de la société occidentale. En raison du vieillissement de la population, on s'attend à ce que la prévalence du diabète dans ces groupes augmente encore davantage au cours de dix prochaines années. Ce programme d'éducation a été adapté en fonction des traditions et habitudes de vie particulières de Turcs atteints de diabète. Sa prestation a été assurée par des éducatrices en santé turques.

**Généralisabilité :** Ce programme adapté à un groupe ethnique donné était fondé sur les éléments communs de programmes d'éducation sur le diabète offerts aux Pays-Bas (p. ex. nature du diabète, conseils généraux sur l'alimentation, l'activité physique et les soins auto-administrés).

**Leçons apprises :** L'éducation sur le diabète est un aspect fondamental des soins du diabète. Les problèmes liés à la communication et aux différences culturelles peuvent empêcher la prestation de soins optimaux du diabète dans les groupes ethniques. Il faudra tenir compte de l'égalité des sexes dans les études à venir, peut-être en adaptant davantage le message au sexe.

**CONTACT :**

**P.J.M. Uitewaal**

Department EGG, Municipal Health Service

La Haye, Pays-Bas

Tél. : +31-0-70-353-71-94

Courriel : p.uitewaal@ocw.denhaag.nl

---

**Référence :**

Uitewaal, P. J., Voorham, A. J., Bruijnzeels, M. A., Berghout, A., Bernsen, R. M., Trienekens, P. H., et al. (2005). No clear effect of diabetes education on glycemic control for Turkish type 2 diabetes patients: A controlled experiment in general practice. *The Netherlands Journal of Medicine*, 63(11), 428-434.

# Insulinothérapie fonctionnelle

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme d'insulinothérapie fonctionnelle (programme FIT [*Functional Insulin Treatment*]) est un programme d'éducation structuré offert à titre externe et qui porte sur la perception de la maîtrise du diabète et les croyances relatives à la santé. On croit que le programme influe sur la perception de l'auto-efficacité des personnes diabétiques, contrairement au traitement classique, qui exige des prises alimentaires et des doses d'insuline à des moments fixes. Dans le cadre du programme FIT, le régime alimentaire est souple et le patient contrôle lui-même sa glycémie.

**Création :** 1983

**Révision :** Le programme est continuellement amélioré, comme le démontre chaque nouvelle édition du manuel du patient (1987, 1988, 1989, 1993, 1995, 1997).

**État actuel :** Le programme est mis en application, entre autres, par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Le programme FIT met l'accent sur des critères courants pour le choix des doses d'insuline, et donc sur la capacité du patient de mettre en application au quotidien un nouveau traitement souple tout en prévenant les complications à court et à long termes. Le programme prévoit 35 heures de formation structurée et exhaustive offerte en groupe à titre externe. Le programme FIT exige l'utilisation sélective de l'insuline en fonction de la glycémie à jeun ou prandiale ou pour la correction d'une hyperglycémie. La correction systématique de l'hyperglycémie au moyen d'insuline à courte durée d'action a été présentée comme une méthode essentielle pour que la glycémie

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Aucune théorie; programme fondé sur la priorité des solutions et sur le modèle des objectifs de la programmation neurolinguistique

**PUBLIC CIBLE :** Personnes de 17 ans et plus

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Autriche

**LANGUES :** Autrichien et anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

soit aussi normale que possible. On a aussi enseigné aux patients une méthode d'adaptation secondaire des algorithmes des doses d'insuline fondée sur des critères courants et destinée à l'évaluation et à l'adaptation des doses d'insuline basales, prandiales et correctrices. Les participants ont fait des exercices pratiques ou jeux sur l'insuline fondés sur le contenu théorique présenté. Le programme FIT met l'accent sur la capacité du patient de mettre en application et d'adapter le traitement au quotidien tout en prévenant les complications à court et à long termes. Il y a aussi un suivi, sous forme de séances de counselling individuel à partir desquelles des recommandations sont énoncées au besoin pour la création d'autres modules de formation, dont une mise à jour d'une fin de semaine sur les modules du programme FIT, une formation sur l'hypertension, une formation sur l'hyperlipidémie, un cours de préparation à la grossesse et à l'accouchement, un module sur la non-perception de l'hypoglycémie et un cours sur la perte de poids.

**But du programme :** Offrir à titre externe un programme d'éducation de groupe modulaire pour améliorer les soins et les compétences.

**Étapes de mise en application :** Le programme FIT prévoit 35 heures de formation structurée et un suivi individualisé. Avant le programme, il y a une formation de groupe sur les aspects fondamentaux du diabète, dont la pathologie du diabète, l'alimentation, les objectifs individuels du traitement, l'adaptation des doses par le patient, les complications à court et à long termes du diabète et la prévention et le traitement des complications.

**Prestation du programme :** On a confirmé que l'équipe chargée du soin des patients, de la réadaptation et de la conduite de l'étude respectait les normes internationales de gestion et d'assurance de la qualité.

**Évaluation du programme :** On a utilisé le questionnaire de satisfaction à l'égard du traitement du diabète, qui contient des questions sur la satisfaction à l'égard du traitement ainsi que des mesures des perceptions des patients quant à la fréquence de l'hyper- et de l'hypoglycémie.

**Évaluation des résultats :** Le programme FIT a donné aux participants un sentiment d'indépendance parce que l'autogestion du diabète leur a permis de maîtriser leur situation. En moyenne trois ans après le programme d'éducation structurée, les patients avaient beaucoup moins l'impression de dépendre du médecin et de se sentir contraints par leur traitement. En plus d'avoir une plus grande impression d'auto-efficacité, d'être très satisfaits du traitement et de contrôler beaucoup mieux leur glycémie, les patients se sentaient autonomes. Selon les taux d'HbA<sub>1c</sub>, il y avait une amélioration de la glycémie 38 mois après le programme FIT.

**Portée du programme :** La portée est limitée seulement par le nombre d'éducateurs dont on dispose.

**Coûts initiaux :** Le temps du personnel et les locaux nécessaires à la prestation de 40 heures d'éducation structurée.

**Coûts du maintien du programme :** Il faut environ un an pour former une personne pour offrir le programme FIT.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Le programme exige la participation d'éducateurs en diabète agréés ou de médecins enthousiastes et chevronnés, ainsi que l'utilisation du manuel du patient, qui est en anglais.

**Matériel pouvant être adapté :** Tout le matériel du programme est en anglais.

**Leçons apprises :** Un programme offert à titre externe est beaucoup moins coûteux et plus facile à exécuter. Le programme doit être modulaire pour permettre une optimisation de la maîtrise de l'hypertension et de l'hyperlipidémie.

**CONTACT :**

**Kinga Howorka, MD, MPH**

Professor of Internal Medicine

MBA Applied Biomedicine

Medical University Vienna

Center of Biomedical Engineering and Physics

Waehringer Guertel 18, AKH 4L

A-1090 Vienne, Autriche

Tél. : +43-1-40400-3981

Télec. : +43-1-40400-3988

Courriel : kinga.howorka@meduniwien.ac.at

Website : [www.diabetesfit.org](http://www.diabetesfit.org)

---

**Références :**

- Howorka, K. (2004). *Benchmarking benefits generated by a certification process in health care environment: Seven years' experience with ISO 9001 – management system in diabetes bioengineering research and education*. Master thesis for Professional Master of Business Administration in Applied Biomedicine, Donau University Krems (Supervisor: Dipl.-Ing. Thomas Brand, Academic advisor: Univ.-Prof. Dr.med. Dr. phys. Dieter Falkenhagen.)
- Howorka, K., Pumprla, J., Gabriel, M., Feiks, A., Schlusche, C., Nowotny, C., Schober, E., Waldhoer, T., & Langer, M. (2001). Normalization of pregnancy outcome in pregestational diabetes through functional insulin treatment and modular outpatient education adapted for pregnancy. *Diabetic Medicine*, 18, 965-972.
- Howorka, K., Pumprla, J., Schlusche, C., Wagner-Nosiska, D., Schabmann, A., & Bradley, C. *Dealing with ceiling baseline treatment satisfaction level in patients with diabetes under flexible, functional insulin treatment: Assessment of improvements in treatment satisfaction with a new insulin analogue*. Research Group on Functional Rehabilitation and Group Education, Institute of Biomedical Engineering and Physics
- Howorka, K., Pumprla, J., Wagner-Nosiska, D., Grillmayr, H., Schlusche, C., & Schabmann, A. (2000). Empowering diabetes out-patients with structured education: Short-term and long-term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 37-44.

# Visites de groupe et consultations assistées par ordinateur pour les adolescents atteints de diabète de type 1

## APERÇU DU PROGRAMME

Un programme structuré d'éducation et de counselling d'une durée de 15 mois a été offert aux adolescents de 11 à 17 ans et à leurs parents. Les trois grands axes du programme étaient les suivants : (i) expérience des patients et soutien par les pairs, (ii) expérience des parents et fonctionnement familial et (iii) connaissance du diabète. Les effets du programme ont été mesurés au moyen de questionnaires génériques et particuliers au diabète qui mettaient l'accent sur la santé et le bien-être fonctionnels et sur la qualité de vie liée à au diabète. Pour évaluer le contrôle métabolique, on a mesuré le taux d'HbA<sub>1c</sub>.

**Création :** L'étude a été menée de mars 2000 à juin 2001.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le programme mettait principalement l'accent sur la participation active de l'adolescent, la discussion de l'impact de la

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances individuelles (consultations assistées par ordinateur) et de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Jeunes de 11 à 17 ans et leurs parents

**MILIEU :** Établissement de santé (hôpital)

**PAYS D'ORIGINE :** Norvège

**LANGUE :** Article publié en anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

Sujets traités au cours des visites de groupe et des consultations assistées par ordinateur au cours du programme structuré s'adressant aux adolescents atteints de diabète de type 1

SÉANCE	MOMENT	TYPE DE CONSULTATION	POINT DE MIRE
Première séance	Départ	Visite de groupe	Autogestion du diabète et stratégies d'adaptation à domicile, à l'école et pendant les loisirs.
	3 mois	Consultation individuelle (suivi assisté par ordinateur)	Détermination des connaissances, compétences et facteurs motivationnels liés à l'autogestion du diabète. Introduction à Internet – liens utiles vers des sites Web à visées éducative et promotionnelle – et aux outils de détermination du profil de la glycémie.
	4 mois	Rencontres pour les parents	Développement physiologique et psychologique pendant la puberté et impact sur le régime thérapeutique, les objectifs thérapeutiques et l'autogestion.
Deuxième séance	6 mois	Visite de groupe	Resserrement des liens parentaux, participation des parents, soutien par la famille et les pairs.
	9 mois	Consultation individuelle (suivi assisté par ordinateur)	Objectifs et priorités personnels et discussions du profil de la glycémie du patient. Expérience des sites Web à visées éducative et promotionnelle.
Troisième séance	12 mois	Visite de groupe	Auto-efficacité et autogestion du diabète.
	15 mois	Consultation individuelle (suivi assisté par ordinateur)	Objectifs et priorités personnels, stratégies d'adaptation, auto-efficacité et responsabilité. Évaluation des obstacles à l'autogestion et introduction aux stratégies et outils personnels d'amélioration de la qualité.

OBJECTIFS	CONTENU	PROCESSUS ET MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT
<p><b>Visites de groupe</b></p> <p>1<sup>re</sup> visite Stratégies d'adaptation à la maladie</p> <p>2<sup>e</sup> visite Famille et pairs : soutien affectif et technique</p> <p>3<sup>e</sup> visite Auto-efficacité, perceptions du patient en ce qui a trait au contrôle, aux compétences et à la maîtrise</p>	<p><b>Sujet 1 :</b> Le diabète et moi : qu'est-ce qu'une belle vie pour moi? <b>Sujet 2 :</b> Être libre, c'est pouvoir faire des choix.</p> <p><b>Sujet 3 :</b> Moi et les autres : qui influe sur mes choix? <b>Sujet 4 :</b> Être libre, c'est fixer ses propres objectifs et déterminer ses propres limites. <b>Sujet 5 :</b> Qui suis-je et qui aimerais-je être? <b>Sujet 6 :</b> Être libre, c'est prendre sa vie en main.</p>	<p>Le processus d'éducation et de counselling visait à encourager la réflexion et la participation active des adolescents et des parents aux groupes.</p> <p>Le counselling par encouragement offert par les professionnels de la santé et les échanges avec les autres pourraient permettre aux adolescents et aux parents de découvrir d'autres façons de composer avec les problèmes liés à la maladie et faciliter la redéfinition des rôles au sein de la famille.</p> <p>Structure de chaque séance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mot de bienvenue, règles du groupe et rôles au sein du groupe.</li> <li>- Introduction : présentation des objectifs et du contenu de chaque séance.</li> <li>- Sujet du jour – activité didactique</li> <li>- Autosurveillance, pizza et recueil d'un échantillon sanguin (pour la mesure du taux d'HbA<sub>1c</sub>).</li> <li>- Réflexion et discussion sur des situations et expériences de la vraie vie.</li> <li>- Récapitulation</li> </ul>
<p><b>Consultations assistées par ordinateur</b></p>	<p><b>Sujet 1 :</b> Détermination des connaissances, compétences et facteurs motivationnels liés à l'autogestion du diabète. <b>Sujet 2 :</b> Introduction à Internet – liens utiles vers des sites Web à visées éducative et promotionnelle – et aux outils de détermination du profil de la glycémie.</p>	<p>Une consultation sur deux était une consultation individuelle assistée par ordinateur et l'autre était une visite de groupe. L'accent était mis sur les dialogues et tâches fondés sur les problèmes et axés sur les émotions et l'expérience. L'Internet a servi d'outil technique et didactique.</p>

maladie sur le quotidien, le soutien par la famille et les pairs, les aptitudes de résolution des problèmes et le partage des expériences personnelles. Les parents pouvaient rencontrer d'autres parents d'enfants diabétiques pour discuter de leur rôle dans la gestion quotidienne du diabète, de la communication familiale axée sur l'encouragement, des changements physiologiques et psychologiques qui surviennent au cours de la puberté et des conflits possibles entre les parents et l'adolescent. Des groupes d'adolescents formés en fonction de l'âge (de 11 à 13 ans et de 14 à 17 ans) ont discuté des mêmes questions, et les exigences de l'adaptation et situations de la vie courante données en exemple ont varié selon l'âge.

Au cours des trois consultations individuelles de 45 minutes prévues par l'intervention, l'infirmière spécialisée en diabétologie a déterminé les connaissances, les compétences et la motivation de l'adolescent en ce qui a trait aux soins du diabète et à l'autogestion. Pour faciliter la discussion avec l'adolescent sur les facteurs influant sur sa vie, ses activités d'autogestion et son régime thérapeutique, un des éléments fondamentaux du processus d'enseignement et d'apprentissage était une évaluation de la motivation et de l'empressement à apprendre de l'adolescent. Les consultations assistées par ordinateur donnaient l'occasion à l'infirmière spécialisée en diabétologie de présenter aux adolescents des liens utiles vers des sites Web à visées éducative et promotionnelle, ainsi que des outils pour la détermination du profil de la glycémie. Tous les trois mois, chaque participant du groupe témoin avait une consultation externe traditionnelle de 30 minutes avec l'équipe de soins diabétologiques, composée d'un médecin et d'une infirmière spécialisée en diabétologie. Au cours de cette consultation, on discutait avec les adolescents (qui étaient ou non accompagnés par leurs parents) de l'insulinothérapie, des objectifs thérapeutiques et d'autres questions relatives au traitement et aux soins.

**Buts du programme :** Améliorer la qualité de vie et le contrôle de la glycémie chez des adolescents atteints de diabète de type 1 par l'entremise d'une série de visites de groupe et de consultations assistées par ordinateur.

**Objectifs du programme :** Des visites de groupe ont été associées à des consultations individuelles assistées par ordinateur pour tirer parti des effets de la dynamique de groupe sur le processus d'apprentissage. Les visites de groupe étaient aussi une occasion de développer un réseau social encourageant les pairs à s'appuyer entre eux, ce qui

est avantageux selon des études antérieures. Pour leur part, les trois consultations individuelles permettaient de resserrer les liens entre le patient et le pourvoyeur de soins. Les visites de groupe visaient à développer les stratégies d'adaptation et à améliorer le soutien technique et affectif des parents et des pairs tout en améliorant l'auto-efficacité de l'adolescent et ses perceptions en ce qui a trait au contrôle, aux compétences et à la maîtrise. Le processus d'éducation et de counselling visait à renseigner et à appuyer les adolescents en tenant compte de leurs besoins particuliers.

**Étapes de mise en application :** Il y avait à intervalle de trois mois des visites de groupe distinctes pour les adolescents et leurs parents, ainsi que des consultations individuelles assistées par ordinateur pour les adolescents. Les adolescents et les parents n'étaient pas dans les mêmes groupes. Au cours des trois consultations individuelles de 45 minutes, l'infirmière spécialisée en diabétologie a déterminé les connaissances, compétences et motivation de l'adolescent en ce qui a trait aux soins du diabète et à l'autogestion. Pour faciliter la discussion avec l'adolescent sur les facteurs influant sur sa vie, ses activités d'autogestion et son régime thérapeutique, un des éléments fondamentaux du processus d'enseignement et d'apprentissage était une évaluation de la motivation et de l'empressement à apprendre de l'adolescent. Les consultations assistées par ordinateur donnaient l'occasion à l'infirmière spécialisée en diabétologie de présenter aux adolescents des liens utiles vers des sites Web à visées éducative et promotionnelle, ainsi que des outils pour la détermination du profil de la glycémie. Les tableaux de la page précédente (Graue et coll. [2005]) donnent de plus amples détails.

**Prestation du programme :** Chacune des trois visites de groupe de trois heures (de quatre à neuf participants par groupe) était structurée et mettait à contribution, à différents moments, un médecin, une infirmière spécialisée en diabétologie, un psychologue clinicien, un diététiste et un travailleur social. Un patient ayant l'expérience du diabète (âgé de trois ou quatre ans de plus que les participants) coanimait chaque groupe.

**Évaluation du programme :** La satisfaction des adolescents et des parents à l'égard du programme d'intervention a été évaluée à l'aide d'un questionnaire de 15 items préparé pour l'étude. Les réponses étaient données sur une échelle visuelle analogue composée de six ou dix points. À chacune des extrémités de l'échelle, il y avait des énoncés

représentant des réponses diamétralement opposées, soit « légèrement » et « énormément » (échelle de 1 à 6) et « faible satisfaction » ou « grande satisfaction » (échelle de 1 à 10). L'évaluation de la satisfaction du patient était anonyme, c'est-à-dire qu'on ne pouvait faire de lien entre la satisfaction et les autres résultats de l'étude.

Les adolescents et parents ayant pris part aux visites de groupe se sont déclarés très satisfaits du programme. Sur une échelle de 1 (faible satisfaction) à 10 (grande satisfaction), le score moyen des adolescents a été de 7,1 (écart type [ET] de 1,9) et celui des parents, de 8,7 (ET de 1,1). Ils ont trouvé le soutien par des pairs particulièrement utile. Les adolescents et les parents ont apprécié la possibilité de rencontrer des personnes dans la même situation et de partager leurs pensées avec d'autres. Sur une échelle de 1 (légèrement) à 6 (énormément), le score moyen a été de 4,1 (ET de 1,4) chez les adolescents et de 5,3 (ET de 0,7) chez les parents.

**Évaluation des résultats :** Des tests t à deux échantillons ont mis en évidence une différence significative entre le groupe visé par l'intervention et le groupe témoin pour ce qui est de l'impact sur le diabète (différence non significative après la correction de Bonferroni). Il y a eu une interaction significative entre l'âge des enfants et l'impact sur le diabète, ce qui implique que la différence entre les groupes quant aux scores post-tests moyens dépendait de l'âge. Il y a aussi eu une interaction significative entre l'âge des enfants et les inquiétudes liées au diabète.

Des tests t à deux échantillons ont aussi été effectués sur le questionnaire générique. Ils ont mis en évidence une différence significative entre le groupe visé par l'intervention et le groupe témoin pour ce qui est des activités familiales (différence non significative après la correction de Bonferroni). Il y a eu des interactions significatives entre l'âge des enfants et le comportement général et la santé mentale. Le score de cohésion familiale a baissé avec l'âge et il y a eu une interaction significative entre ce score et le sexe des enfants.

Des tests t à deux échantillons n'ont pas mis en évidence de différence significative entre le groupe visé par l'intervention et le groupe témoin pour ce qui est du taux d'HbA<sub>1c</sub>. Des analyses de régression ont révélé

qu'il n'y avait pas de rapport entre le taux d'HbA<sub>1c</sub> et aucune des variables explicatives, sauf les scores initiaux. Chez les adolescents de 14 à 17 ans du groupe visé par l'intervention, il y a eu une réduction significative du taux d'HbA<sub>1c</sub> (p = 0,019, moyenne de 0,63, IC de 95 % de 0,1 à 1,1), mais pas chez ceux du groupe témoin. Chez les adolescents de 11 à 13 ans du groupe témoin, il y a eu une augmentation significative du taux d'HbA<sub>1c</sub> (p = 0,046, moyenne de 0,56, IC de 95 % de 0,0 à 1,1), mais pas chez ceux du groupe visé par l'intervention.

**Portée du programme :** Des 116 patients possibles du service des consultations externes, 45 ont participé à l'intervention de 15 mois et à l'évaluation de celle-ci. Trente-huit de ces adolescents faisaient partie du groupe témoin.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Il semble qu'une démarche multidimensionnelle, comprenant des consultations individuelles et de groupe, soit nécessaire. La participation des parents accroît l'effet de l'intervention tant pour l'adolescent que pour sa famille. L'emploi de méthodes d'enseignement sur mesure, l'adaptation du contenu à l'âge des participants et, surtout, le degré de maturité des adolescents sont des facteurs clés.

**Généralisabilité :** Le programme ayant été bien accepté par les patients et les parents, il pourrait être intégré à la routine clinique. On a démontré qu'il était efficace pour modifier la façon dont les adolescents perçoivent les répercussions de la maladie sur la vie quotidienne et la santé psychologique.

**Leçons apprises :** Les pourvoyeurs de soins s'entendent de plus en plus pour dire qu'il est important de mettre l'accent sur les questions de qualité de vie liée à la santé par l'évaluation du fardeau subjectif de la maladie et des symptômes, plutôt que simplement sur la présence de problèmes pouvant être objectivement cernés. Des études ont démontré que des facteurs psychologiques jouaient un rôle intégral dans la gestion du diabète, tant chez les adultes que chez les enfants. Même si l'intervention avait été adaptée en fonction de l'âge des participants, elle a surtout été efficace sur la qualité de vie liée à la santé chez les plus vieux (d'environ plus de 14 ans), ayant eu un effet contraire manifeste chez les plus jeunes. Cette différence donne à penser que l'adolescent doit avoir un certain

degré de maturité cognitive et affective pour profiter d'un programme interactif d'éducation et de counselling qui comporte des discussions sur le traitement et les façons de faire face aux situations quotidiennes et aux inquiétudes liées à la maladie. Si on pousse trop tôt les adolescents atteints de diabète à gérer la maladie de façon autonome et à assumer la responsabilité du diabète, ils pourraient être plus susceptibles d'avoir des difficultés au chapitre de la fidélité au traitement et du contrôle de la glycémie.

Chez les adolescents du groupe visé par l'intervention et du groupe témoin qui avaient été perdus de vue pendant le suivi, les scores du questionnaire générique relatifs à l'estime de soi et à l'état général de santé étaient significativement plus faibles, la perception de l'impact du diabète était plus négative et le taux d'HbA<sub>1c</sub> était plus élevé. Par rapport aux autres participants, ces adolescents semblaient avoir moins confiance en eux et croire que la maladie avait un impact plus néfaste. Ces constatations laissent croire qu'il pourrait être plus difficile de toucher les adolescents qui ont de tels problèmes.

La participation des parents à la gestion du diabète pourrait être source de conflit parent-enfant. Les conflits familiaux et le manque de cohésion familiale sont liés à une piètre autogestion du diabète. Les adolescents et leurs parents doivent modifier leurs rôles pendant la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte et apprendre de nouvelles méthodes pour résoudre les problèmes liés au diabète et partager la responsabilité de la gestion du diabète. Une intervention ciblée pourrait être importante pour établir la participation de la famille et les interactions familiales en ce qui concerne les tâches liées au diabète avant que des comportements négatifs s'installent. Toutefois, les interventions exigeant la participation de la famille peuvent aussi dans certains cas augmenter le risque de conflits. Au cours de l'étude, l'effet de l'intervention sur la cohésion familiale a significativement varié selon le sexe, ce qui donne à penser qu'il faut tenir compte des effets dans les familles où il y a des filles.

Pour nuire le moins possible au travail scolaire et aux activités sociales des adolescents, les visites à l'hôpital ont été relativement peu fréquentes (tous les trois mois) au cours de cette étude comparativement à d'autres études sur le terrain. La fréquence des visites est une considération importante si un programme d'intervention est de longue durée. Même si le présent programme n'exigeait qu'un degré modéré de participation, un certain nombre d'adolescents ont refusé d'y participer ou ont été perdus de vue pendant le suivi, ce qui fait que 39 patients sur 55 (71 %) y ont participé jusqu'au bout.

#### CONTACT :

**Marit Graue**

Department of Paediatrics  
Haukeland University Hospital  
N-5021 Bergen, Norvège  
Courriel : Marit.graue@hib.no

---

#### Référence :

Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Hanestad, B. R., & Sovik, O. (2005). Evaluation of a program of group visits and computer-assisted consultations in the treatment of adolescents with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 22(11), 1522-1529.

# Programme HyPOS

## APERÇU DU PROGRAMME

HyPOS est un programme d'éducation qui s'adresse spécifiquement aux patients atteints de diabète de type 1 chez qui l'hypoglycémie pose un problème. Il vise à prévenir l'hypoglycémie en renseignant les patients sur les causes de la non-perception de l'hypoglycémie, en modifiant les croyances relatives à la santé qui contribuent à la fréquence des hypoglycémies, en améliorant la détection et la reconnaissance des symptômes d'hypoglycémie et en insistant sur l'importance d'un traitement immédiat et suffisant en cas d'hypoglycémie.

**Création :** 2006

**Révision :** Sans objet

**État actuel :** Le programme est offert par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Le programme HyPOS comporte cinq leçons hebdomadaires d'environ 90 minutes, dont les sujets sont les suivants :  
Leçon 1 : Compréhension des problèmes liés à l'hypoglycémie  
Leçon 2 : Perception de l'hypoglycémie  
Leçon 3 : Traitement de l'hypoglycémie  
Leçon 4 : Insulinothérapie et hypoglycémie  
Leçon 5 : Comment composer avec l'hypoglycémie

Pour corriger les objectifs thérapeutiques erronés et dissiper les

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Modèle bio-psycho-comportemental

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 18 à 70 ans

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Allemagne

**LANGUE :** Allemand

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

croyances fautives relatives à la santé, le programme HyPOS met non seulement l'accent sur la détection des symptômes d'hypoglycémie, mais aussi sur les causes et conséquences de l'hypoglycémie selon les patients, ainsi que sur les objectifs glycémiques individuels. De plus, le programme insiste sur l'importance du traitement immédiat de l'hypoglycémie et analyse les raisons possibles de son traitement tardif. Au cours du programme, les patients utilisent des modèles pour analyser leur insulinothérapie en portant une attention particulière aux épisodes d'hypoglycémie. Les patients discutent aussi des mesures à prendre quand une hypoglycémie risque de survenir, par exemple quand ils font de l'exercice, consomment de l'alcool ou mangent des aliments inhabituels. Les aspects sociaux de l'hypoglycémie, tels que les règlements relatifs aux permis de conduire, les restrictions en matière d'emploi et les dangers posés par l'hypoglycémie, sont d'autres sujets traités. À la cinquième leçon, un membre de la famille ou une autre personne peut accompagner le patient.

**But du programme :** Aider les patients à prévenir l'hypoglycémie par l'optimisation de l'insulinothérapie.

**Objectifs du programme :** Éduquer les patients sur la prévention de l'hypoglycémie et les causes de l'hypoglycémie, modifier les croyances relatives à la santé qui contribuent à la fréquence des hypoglycémies, améliorer la détection et la reconnaissance des symptômes d'hypoglycémie et insister sur l'importance d'un traitement immédiat et suffisant en cas d'hypoglycémie.

**Étapes de mise en application :** Le programme est offert à des patients externes de diabétologues et d'éducateurs en diabète ou d'infirmières en diabète. Les séances ont lieu dans un centre de recherche et le programme dure cinq semaines.

**Prestation du programme :** Les séances sont animées par des diabétologues ou des éducateurs en diabète qui ont suivi un cours intensif de 18 leçons sur la prestation du programme.

**Évaluation du programme :** Pour s'assurer du respect des principes du programme, un tiers des centres de recherche ont reçu des visites pendant l'intervention. On a aussi communiqué avec les centres de recherche par téléphone pendant l'intervention et mis en place un service d'assistance téléphonique.

**Évaluation des résultats :** La perception de l'hypoglycémie s'est grandement améliorée. Il y a eu une hausse significative du seuil de détection et du traitement de l'hypoglycémie. Il y a aussi eu une baisse significative du nombre d'épisodes d'hypoglycémie non perçus et de la fréquence des hypoglycémies légères. Il y a en outre eu un moins grand nombre d'hypoglycémies graves par patient et par année et d'hypoglycémies très graves, mais les baisses n'étaient pas significatives.

**Portée du programme :** L'étude a été menée auprès de 164 patients, dont 80 ont reçu le traitement.

**Éléments cruciaux à reproduire :** En Allemagne, l'éducation sur le diabète est un aspect du traitement standard du diabète de type 1. Par conséquent, il n'a pas été nécessaire de présenter beaucoup des renseignements de base au cours du programme HyPOS, d'où sa courte durée. Le programme HyPOS porte uniquement sur l'hypoglycémie, vu que l'autosurveillance de la glycémie est un aspect du traitement standard du diabète de type 1.

**Description des facteurs contextuels :** Facteurs inconnus.

**Généralisabilité :** Le programme HyPOS est aussi utile pour ce qui est de l'atténuation de la non-perception de l'hypoglycémie, de la réduction de la fréquence de l'hypoglycémie légère, ainsi que de l'amélioration de la détection et du traitement de l'hypoglycémie. C'est un outil efficace qui peut compléter le traitement des patients chez qui la perception de l'hypoglycémie est altérée.

#### CONTACT :

**N. Hermanns**

Forschungsinstitut der Diabetes

Akademie Megenheim

Postfach 1144 FIDAM D-97961 Allemagne

Courriel : [hermanns@diabetes-zentrum.de](mailto:hermanns@diabetes-zentrum.de)

#### Référence :

Hermanns, N., Kulzer, B., Kubiak, T., Krichbaum, M., & Haak, T. (2007). The effect of an education program (HyPOS) to treat hypoglycaemia problems in patients with type 1 diabetes. *Diabetes/Metabolism Research Reviews*, 23(7), 528-538.

# Simulateurs interactifs pour l'éducation sur le diabète

## APERÇU DU PROGRAMME

Le logiciel AIDA permet de simuler l'interaction entre le glucose et l'insuline ainsi qu'entre la dose d'insuline et les adaptations de l'alimentation en présence de diabète sucré. Ce logiciel permet de créer un milieu d'apprentissage propice à la communication et au développement de la pensée intuitive. Ainsi, le logiciel AIDA semble convenir particulièrement bien quand on veut recréer des situations cliniques (plutôt que prédire la meilleure issue). Le logiciel comporte un modèle à compartiments qui décrit l'interaction entre le glucose et l'insuline quand la sécrétion endogène d'insuline est insuffisante. Il contient un seul compartiment extracellulaire destiné au glucose absorbé par l'intestin et sécrété par le foie. Le modèle de la version 4 du logiciel AIDA contient aussi des compartiments distincts pour l'insuline plasmatique et « active », cette dernière étant responsable du contrôle de la glycémie pendant que l'insuline est retirée du compartiment plasmatique par dégradation hépatique. L'utilisation du logiciel AIDA ne remplace pas les conseils d'un éducateur en diabète ou d'un médecin chevronné. Il a plutôt pour objet d'habiliter les patients par l'acquisition de connaissances et d'expérience.

### Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Modèle des croyances relatives à la santé

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**PAYS D'ORIGINE :** Royaume-Uni

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Création :** Le logiciel original AIDA a été développé en 1991-92.

**Révision :** Le logiciel a été modifié en 1995 : on y a ajouté un écran de saisie dédié et l'ensemble du logiciel a été rationalisé et mis à niveau. Ces améliorations ont permis de distribuer le logiciel à grande échelle de façon robuste et convenable par l'entremise d'Internet. En 1996, une version bêta du logiciel a été officiellement mise à l'essai par environ 60 patients et utilisateurs médicaux. Par suite des commentaires de ces personnes, d'autres améliorations ont été apportées au logiciel, surtout techniques, pour s'assurer qu'il puisse tourner sur le plus grand nombre possible d'ordinateurs personnels. Le logiciel AIDA a été officiellement mis en ligne en juin 1996.

**État actuel :** Le logiciel est offert par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Le logiciel AIDA (qu'on peut télécharger sans frais à partir du site [www.2aida.org](http://www.2aida.org)) permet une simulation interactive des profils de l'insuline plasmatique et de la glycémie à des fins d'éducation, de démonstration, d'auto-apprentissage et de recherche. C'est un outil de soutien à l'apprentissage. La nature interactive et dynamique des simulations ajoute une dimension réelle au matériel éducatif sur le Web et une quantité considérable de renseignements sur le site Web complète le logiciel. La version 4 du logiciel AIDA contient 40 scénarios éducatifs, chacun représentant l'état métabolique à un moment quelconque d'un patient typique atteint de diabète de type 1. L'utilisateur peut en outre facilement ajouter ou créer d'autres scénarios au besoin.

**Buts du programme :** Le logiciel contient des études de cas qui ont pour objet d'aider les patients diabétiques et leurs pourvoyeurs de soins (professionnels de la santé et autres) à comprendre et à gérer la glycémie. L'évaluation du logiciel comporte deux volets dont les objectifs sont différents. Le

premier est un essai prospectif, contrôlé et avec répartition aléatoire mené en Italie pour évaluer l'utilité du logiciel AIDA au cours de séances d'éducation de petits groupes. Le second est une évaluation continue fondée sur un questionnaire à remplir par les personnes qui téléchargent le logiciel AIDA. Les objectifs de ce questionnaire sont les suivants : (i) déterminer ce que les gens pensent du logiciel, (ii) évaluer l'utilité du logiciel et (iii) obtenir des renseignements sur l'utilisation réelle du logiciel.

**Objectifs du programme :** Les trois objectifs secondaires du questionnaire sont les suivants :

1. cerner les problèmes qu'ont rencontré les utilisateurs du logiciel depuis son lancement afin de régler les problèmes critiques dans les mises à niveau à venir
2. déterminer quelles caractéristiques devraient absolument être ajoutées aux mises à niveau à venir du logiciel selon les utilisateurs
3. déterminer s'il était possible d'effectuer un tel sondage après l'édition d'un logiciel sur le diabète en envoyant un questionnaire principalement par courriel.

Les principaux objectifs de l'essai contrôlé avec répartition aléatoire sur l'utilité des simulateurs interactifs pour l'éducation sur le diabète étaient de déterminer si ces simulateurs :

1. aidaient le patient à adapter ses doses d'insuline à ses besoins
2. rendaient le patient plus susceptible de mesurer sa glycémie le matin et après les repas
3. amélioraient la capacité de réflexion prospective du patient (c'est-à-dire de déterminer ce qu'il ferait dans diverses situations)
4. amélioraient le bien-être et la confiance en soi du patient
5. réduisaient le nombre d'épisodes d'hypoglycémie
6. réduisaient les taux d'HbA<sub>1c</sub>
7. donnaient au patient un sentiment d'autonomisation.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

1. améliorer le comportement social et favoriser la coopération interpersonnelle relativement au diabète
2. donner au patient confiance dans ses capacités d'utiliser un ordinateur
3. augmenter les connaissances des patients sur la physiologie
4. déterminer la taille des échantillons nécessaires en vue d'une plus vaste étude multicentrique.

**Étapes de mise en application :** Au cours d'un essai pilote prospectif, contrôlé et avec répartition aléatoire, six leçons (une par semaine) ont été données tant au groupe visé par l'intervention qu'au groupe témoin. Les leçons étaient traditionnelles, comportant l'utilisation de diapositives et d'acétates. Quatre semaines après la fin des six leçons, le groupe visé par l'intervention a commencé une phase avec permutation partielle sur l'utilisation du simulateur, qui prévoyait six autres semaines de leçons.

LEÇON 1 : Adaptation des doses d'insuline à l'apport alimentaire

LEÇON 2 : Contrôle de la glycémie nocturne

LEÇON 3 : Rôle du seuil d'élimination rénale du glucose et rôle de l'exercice

LEÇON 4 : Prévention et traitement de l'hypoglycémie

LEÇON 5 : Mesures à prendre quand on travaille par quarts ou qu'on va à l'étranger

LEÇON 6 : Contrôle de la glycémie dans des situations imprévues

**Prestation du programme :** Le logiciel peut être téléchargé par tout le monde et utilisé par les patients comme outil d'autogestion ou par les professionnels comme outil didactique.

**Évaluation du programme :** On continue de recueillir des commentaires subjectifs qui donnent des renseignements non scientifiques sur l'utilité du logiciel. En 2002, 400 questionnaires ont été retournés par des personnes de plus de 54 pays, près de la moitié d'entre eux par des Américains, des Britanniques et des Canadiens. Parmi les questionnaires retournés, 208 venaient de patients atteints de diabète, 50 venaient de médecins et 49 venaient de parents de patients, un moins grand nombre de questionnaires ayant été retournés par des étudiants, des éducateurs en diabète, des infirmières, des pharmaciens et d'autres utilisateurs. La méthode d'analyse semi-automatique adoptée pour l'étude a confirmé qu'il était possible d'utiliser Internet pour obtenir, pratiquement sans frais, les commentaires en texte libre d'un grand nombre d'utilisateurs. Par suite des évaluations continues, les mises en garde ont été renforcées encore davantage dans le site Web du logiciel AIDA : les limites du logiciel font maintenant l'objet d'une mise en garde distincte

dans une fenêtre en incrustation qui apparaît quand une personne télécharge le logiciel. Le logiciel AIDA continue d'évoluer en fonction des commentaires des utilisateurs. En effet, un des importants objectifs originaux du questionnaire était de déterminer ce que les utilisateurs attendaient des versions à venir du logiciel. Les utilisateurs semblent surtout vouloir des fonctions supplémentaires et novatrices. De telles fonctions permettraient l'entrée d'une plus vaste gamme de données, notamment sur l'alimentation et l'insulinothérapie, et l'incorporation des effets d'autres variables sur la glycémie. Beaucoup des suggestions des répondants avaient trait à l'ajout de nouvelles fonctions au logiciel. Grosso modo, il y avait trois grandes catégories de suggestions. La principale avait trait à la souplesse pour l'entrée des données sur les injections d'insuline dans le simulateur, dont la possibilité d'injecter de plus fortes doses ou un plus vaste choix de schémas. Les utilisateurs désiraient aussi que des facteurs, autres que l'apport en glucides, qui sont susceptibles d'influer sur la glycémie soient ajoutés, tels que l'exercice, le stress et les modifications de l'apport alimentaire. De plus, une plus petite proportion des répondants désiraient pouvoir entrer dans le simulateur des données sur la prise d'hypoglycémifiants oraux afin qu'il soit un reflet plus fidèle du traitement typique des personnes atteintes de diabète de type 2.

**Évaluation des résultats :** En 2000, on a élaboré une méthode d'évaluation des simulateurs interactifs pour l'éducation sur le diabète au moyen d'un essai contrôlé avec répartition aléatoire. Un essai clinique prospectif, contrôlé et avec répartition aléatoire a été mené en 2002 à l'hôpital de Marino (Italie). On ne connaît pas les résultats de cette étude. Probablement un des résultats les plus frappants du questionnaire rempli par les utilisateurs est que le logiciel AIDA les a motivés à penser davantage aux façons de mieux contrôler leur glycémie et à adapter à leur propre vie, en consultation avec leur équipe soignante, les connaissances acquises grâce aux simulations.

**Portée du programme :** Au cours des 10 années depuis le lancement du logiciel sur le Web, plus de 700 000 personnes ont visité le site et le logiciel a été téléchargé gratuitement plus de 200 000 fois. Dans le passé, les développeurs du logiciel et la *British Diabetes Association* (qui s'appelle maintenant *Diabetes UK*) de Londres, au Royaume-Uni, ont aussi fait des copies du logiciel sur disque.

**Description des facteurs contextuels :** Comme le temps que peut passer l'éducateur/le médecin avec le patient est limité et comme tous les patients n'ont pas accès à un programme d'éducation, certaines personnes atteintes de diabète n'ont pas les connaissances ni les compétences voulues pour gérer eux-mêmes leur maladie. L'hypothèse de travail relative à l'utilisation d'un programme comme la version 4 du logiciel AIDA est qu'un simulateur de diabète pourrait contribuer dans une certaine mesure à combler le fossé des connaissances. La très forte proportion des personnes ayant rempli le questionnaire qui ont trouvé que le logiciel était éducatif (96,5 %) et utile pour la gestion du diabète (97 %) appuie cette hypothèse.

**Généralisabilité :** Le logiciel AIDA pourrait très bien être utilisé au cours de séances d'éducation de groupe animées par un diabétologue ou un éducateur en diabète. Cette démarche, qui a été mise à l'essai par Tatti et Lehmann dans un centre en Italie, pourrait faciliter l'apprentissage chez les personnes qui n'ont pas l'habitude des ordinateurs et permettre de présenter le logiciel à davantage de personnes auxquelles il pourrait profiter. Le logiciel pourrait aussi être utilisé pour aider les étudiants du premier cycle et en technique infirmière à mieux comprendre la différence entre l'insulinothérapie et la thérapie nutritionnelle, ainsi que les glycémies que ces traitements produisent. Comme le programme est offert sur Internet et exige l'utilisation d'un ordinateur, on hésite un peu à l'utiliser auprès de personnes qui se débrouillent moins bien avec un ordinateur. En outre, la nécessité d'utiliser un ordinateur restreint nettement l'accès au programme. Toutefois, comme les jeunes sont exposés à l'ordinateur en très bas âge, les problèmes ci-dessus se dissiperont sans doute avec le temps.

**Matériel pouvant être adapté :** Le logiciel AIDA peut être téléchargé sans frais à partir du site [www.aida2.org](http://www.aida2.org).

#### **Leçons apprises :**

1. On encourage les éducateurs à se familiariser avec le logiciel AIDA afin de déterminer comment en tirer le meilleur parti possible pour éduquer les patients dans leur milieu. Pour que les leçons produisent les meilleurs résultats possible, il semble que l'éducateur doive bien se préparer, penser à la façon d'intégrer les renseignements préliminaires pour aider les patients à comprendre la pathophysiologie du diabète, bien choisir les sujets présentés, songer à l'ordre des leçons, s'assurer de la participation du patient et déterminer comment il répondra aux questions. Il

est aussi important que l'éducateur sache cerner et régler certaines des difficultés auxquelles pourraient se heurter les participants qui semblent manquer d'intérêt, obtienne les commentaires des participants sur les leçons et ait des idées pratiques sur l'animation d'un groupe.

2. Les commentaires des personnes diabétiques qui ont rempli le questionnaire montrent qu'une proportion importante d'entre elles aimerait que la technologie informatique soit davantage utilisée pour la gestion du diabète. Il faudrait mener davantage de recherches pour déterminer la façon optimale d'utiliser ce logiciel à grande échelle.
3. On cherche à rendre les versions à venir du logiciel AIDA encore plus simples à utiliser avec une interface graphique Windows standard et une souris. Ainsi, même les personnes qui croient avoir peu de connaissances des ordinateurs devraient quand même pouvoir bien utiliser le logiciel.
4. Le programme n'est pas tape-à-l'œil et n'a pas de couleurs vives, et il n'est pas simple d'en faire l'apprentissage et de l'utiliser. Il exige de la patience. L'utilisateur doit d'abord lire le manuel qui l'accompagne.

---

#### **Références :**

- Lehmann, E. D. (1998). Preliminary experience with the internet release of AIDA – an interactive educational diabetes simulator. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 56(2), 109-132.
- Lehmann, E. D., Chatu, S. S., & Hashmy, S. S. H. (2007). Retrospective pilot feedback survey of 200 users of the AIDA version 4 educational diabetes program. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 9(1).
- Tatti, P., & Lehmann, E. D. (2001). A randomised-controlled clinical trial methodology for evaluating the teaching utility of interactive educational diabetes simulators. *Diabetes, Nutrition & Metabolism*, 14(1), 1-17.

# Programme d'activité physique sur Internet

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme *D-NET Active Lives*, utilisé comme appoint aux soins habituels, encourage la pratique de l'activité physique. Il permet de fixer des objectifs, d'obtenir une rétroaction personnalisée, de cerner les obstacles et d'apprendre des stratégies pour les surmonter, d'avoir accès à un entraîneur « personnel », de profiter du soutien de pairs, de dialoguer en ligne et de consulter une base de données en ligne sur l'activité physique.

**État actuel :** Le site n'est plus en ligne.

**Description :** On a remis aux participants visés par l'intervention un programme d'activité physique adapté à leurs besoins. L'intervention s'appuyait sur un modèle socio-écologique à plusieurs niveaux d'autogestion du diabète et sur un suivi visant à encourager la modification du comportement. Après une évaluation en ligne, les participants recevaient une rétroaction spécifique sur leur degré initial d'activité physique par rapport aux lignes directrices nationales, qui recommandent la pratique régulière d'activité physique d'intensité modérée. On aidait ensuite les participants à accomplir les cinq étapes de l'élaboration d'un plan d'action, la première étant la détermination des bienfaits de l'activité physique (facteurs motivants personnels). Les participants se fixaient ensuite comme objectif d'augmenter graduellement le nombre de jours par semaine et de minutes par jour où ils pratiquaient une activité physique d'intensité modérée, choisissaient dans une liste deux activités physiques de prédilection et déterminaient quel jour de la semaine et à quelle heure ils allaient

### Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Modèle socio-écologique de l'autogestion du diabète

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** En ligne

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.

pratiquer ces activités. La dernière étape consistait à cerner, à partir d'une liste, deux obstacles personnels à l'activité physique.

Les participants pouvaient en tout temps consulter le site Web pour savoir comment surmonter les obstacles personnels et imprimer le matériel. On les encourageait à visiter le site Web au moins une fois par semaine pour passer en revue leur plan d'activité physique et utiliser les ressources mises à leur disposition, consulter l'entraîneur personnel et profiter du soutien de pairs. Les participants avaient aussi accès à une base de données personnelles privée qui leur permettait d'entrer leur nombre quotidien total de minutes d'activité physique et de produire des graphiques pour suivre leurs progrès. La base de données présentait aussi une liste d'activités physiques et des articles sur la façon de les faire, des trucs et des anecdotes pour motiver les participants. Il y avait aussi un entraîneur personnel en ligne pour conseiller et appuyer les participants.

**Objectifs du programme :** Accroître le nombre hebdomadaire de minutes d'activité physique des participants et atténuer les symptômes de dépression.

**Résultats de l'évaluation :** Selon l'article, il n'y a pas eu de changement significatif des symptômes de dépression. Il y a eu une amélioration globale modérée du degré d'activité

physique dans les deux groupes, mais il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes pour ce qui est du degré d'activité physique. Des analyses plus poussées ont révélé que chez les personnes du groupe visé par l'intervention qui avaient visité plus souvent le site Web, le degré d'activité physique s'était davantage amélioré que dans le groupe témoin. L'utilisation du site Web a grandement baissé dans les deux groupes au cours de l'étude. La satisfaction a été plus grande dans le groupe visé par l'intervention que dans le groupe témoin.

**Leçons apprises :** Les auteurs concluent que l'étude a permis de tirer d'importantes leçons sur les programmes d'autogestion sur Internet. « Les résultats n'ont pas varié de façon significative selon l'état des patients, mais ce mode de prestation semble efficace pour accroître le degré d'activité physique chez les patients qui utilisent le service assez souvent. » L'utilisation du site Web a grandement baissé au cours de l'étude, comme au cours d'autres études. Les auteurs affirment aussi que les « observations en ce qui a trait aux symptômes de dépression ont été révélatrices et généralement encourageantes. Les participants visés par l'intervention ont signalé une atténuation des symptômes de dépression, ce qui va à l'encontre de rapports selon lesquels l'utilisation d'Internet est associée à une aggravation des symptômes de dépression. »

**CONTACT :**

**H. Garth McKay, PhD**

Oregon Research Institute

1715 Franklin Blvd.

Eugene, Oregon 97403-1983

Courriel : [garthm@ori.org](mailto:garthm@ori.org)

**Référence :**

McKay, H. G., King, D., Eakin, E. G., Seeley, J. R., & Glasgow, R. E. (2001). The diabetes network Internet-based physical activity intervention: A randomized pilot study. *Diabetes Care*, 24(8), 1328-1334.

# Programme d'éducation sur la santé en milieu de travail

## APERÇU DU PROGRAMME

Le matériel du programme *Know Your Health* met l'accent sur la prévention et le bien-être. Le programme encourage les patients à se renseigner sur leurs maladies et leur donne des outils pour le suivi de leurs consultations médicales, ordonnances, régime alimentaire et programme d'activité physique.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Le programme est offert par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Le programme *Know Your Health*, offert par Pfizer, est utilisé dans divers milieux. L'étude a porté sur l'efficacité de ce programme dans une importante organisation. Il met à profit des pratiques établies et tenant compte des réalités culturelles en matière d'éducation sur l'autogestion du diabète de type 2 et de l'hypertension. Le programme vise à aider les participants à améliorer leur santé en se renseignant sur la prévention et le bien-être.

**Étapes de mise en application :** Le programme offert en milieu de travail au cours de l'étude prévoyait une séance d'éducation d'une heure pour les patients atteints d'hypertension et une séance d'éducation de trois heures pour les patients atteints de diabète. Les personnes qui souffraient de diabète et d'hypertension assistaient aux deux séances. Les séances étaient offertes en milieu de travail. Les participants étaient encouragés à utiliser les installations de conditionnement physique mises à leur disposition par leur employeur.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Milieu de travail

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.

L'activité physique et la saine alimentation étaient préconisées. On donnait aux participants des outils pour le suivi de leurs consultations médicales, régime alimentaire et programme d'activité physique. Les séances étaient animées par des personnes formées par Pfizer. Les participants étaient encouragés à faire les changements voulus pour atteindre leurs objectifs thérapeutiques..

**Prestation du programme :** Le programme *Know Your Health* a été offert en milieu de travail par un animateur formé par Pfizer.

**Évaluation du programme :** Le taux de présence donne à penser que le programme a été bien accepté : 76 % des participants ont assisté à la séance d'éducation et plus de 80 % d'entre eux se sont dits satisfaits du programme.

**Évaluation des résultats :** Les renseignements recueillis au cours de l'étude indiquent qu'il y a eu une augmentation de l'observance des recommandations, de la réceptivité au changement, ainsi que de la proportion des participants qui ont atteint leurs objectifs au cours de l'étude. Il y a aussi eu des baisses de la tension artérielle. Les auteurs concluent que « les messages positifs du programme *Know Your Health* habilite les patients à réduire les risques auxquels ils sont exposés en faisant des changements réalistes. »

**Mobilisation de partenaires :** Le milieu de travail doit être propice à la prestation de ce programme et les employés doivent se sentir à l'aise d'y participer.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Le programme *Know Your Health* est offert par Pfizer. Les renseignements sur le programme figurent dans le site Web de Pfizer ([www.communityhealthadvocacy.pfizer.com/programs/know\\_health\\_blood.asp](http://www.communityhealthadvocacy.pfizer.com/programs/know_health_blood.asp)). Le matériel a été présenté aux États-Unis par un représentant de Pfizer ayant reçu une formation sur le programme.

**Description des facteurs contextuels :** L'étude a été menée dans une importante organisation et la majorité des participants étaient des hommes.

**Matériel pouvant être adapté :** Le site Web de Pfizer donne des renseignements sur le programme *Know Your Health* qui pourraient être adaptés.

**CONTACT :**

**Robert Miceli, PhD**

Global Statistics

Pfizer, Inc.

235 E 42nd St.

New York, New York 10017

Courriel : [robert.miceli@pfizer.com](mailto:robert.miceli@pfizer.com)

---

**Référence :**

Thomas, P. D., & Miceli, R. (2006). Evaluation of the Know Your Health program for type 2 diabetes mellitus and hypertension in a large employer group. *American Journal of Managed Care*, 12(special issue): SP33-SP39.

Site Web de Pfizer : [www.communityhealthadvocacy.pfizer.com/programs/know\\_health\\_blood.asp](http://www.communityhealthadvocacy.pfizer.com/programs/know_health_blood.asp)

# Programme MicoHealth pour la gestion du diabète sur Internet

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme MicoHealth donne accès en ligne à une gamme d'outils d'éducation, de planification, de collecte des données, de création de graphiques et de communication qui améliorent l'autogestion du diabète. Un essai contrôlé avec répartition aléatoire a été mené à Kitchener (Ontario) pour examiner l'efficacité d'un programme interactif complet sur Internet utilisé comme appoint au programme actuel du centre d'éducation sur le diabète pour le suivi des patients atteints de diabète et comme solution pour la gestion continue d'une maladie chronique.

**Création :** On ignore quand le programme a été créé.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Le programme est offert par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Deux essais cliniques ont été menés pour mesurer l'efficacité du programme. Celui mené à l'hôpital St. Mary's (résultats présentés en 2007) a duré un an. Au cours de cet essai, trois hôpitaux régionaux ont déterminé les résultats obtenus chez les clients du centre d'éducation sur le diabète qui avaient utilisé le système MedManager pour tous les services nécessaires après l'éducation. Chez les utilisateurs du portail MedManager, il y a eu une amélioration des données biométriques et des mesures de la qualité de vie. Au cours de l'autre essai (résultats présentés en 2004), la mise à l'essai du programme en ligne MedManager, qui visait à déterminer s'il pouvait faciliter l'interaction entre les femmes atteintes de diabète gestationnel et une infirmière praticienne, a donné des résultats positifs.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Général

**NIVEAU :** Programme offert en ligne

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Canada

**LANGUE :** Anglais

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.

**Objectifs du programme :** Les objectifs de l'essai contrôlé avec répartition aléatoire étaient d'améliorer le contrôle de la glycémie, les comportements liés à la gestion de la maladie, l'état de santé et la satisfaction des patients.

**Étapes de mise en application :** Le programme sur Internet permettait aux patients et aux pourvoyeurs de soins d'utiliser un mot de passe confidentiel pour accéder à un dépôt de données central. Chaque patient avait son profil et pouvait entrer des données sur sa glycémie, son alimentation, ses activités physiques et la prise d'insuline ou d'hypoglycémifiants oraux. Une infirmière autorisée en diabète, qui travaillait sous la direction d'un médecin, avait accès au profil de tous les patients. Elle pouvait surveiller les données, donner une rétroaction et faire des recommandations sur les modifications à apporter au traitement médicamenteux ou à d'autres aspects du traitement. L'infirmière éduquait aussi les participants selon leurs besoins. Les patients savaient que le programme leur permettait d'obtenir une rétroaction en temps opportun, mais qu'ils ne devaient pas s'en servir quand un traitement d'urgence était nécessaire. Le programme contenait un module de clavardage/communication dont les patients pouvaient se servir pour discuter entre eux. Il comportait aussi un babillard où les patients pouvaient afficher des messages modérés, dont recettes, informations sur des fournitures pour diabétiques et autres renseignements généraux. On remettait à tous les sujets de l'essai contrôlé avec répartition aléatoire un glucomètre et, pour le téléchargement des résultats des épreuves de glycémie dans leur profil sur Internet, un câble de raccordement.

**Évaluation du programme :** Selon l'évaluation du programme :

- 90 % des patients ont trouvé que le programme MicoHealth facilitait la communication avec le pourvoyeur de soins
- 100 % des patients ont trouvé que l'utilisation de l'interface en ligne était simple
- 100 % des patients ont trouvé le programme MicoHealth utile pour la gestion du diabète.

**Évaluation des résultats :** Les résultats de l'essai ont révélé que chez les utilisateurs du programme MicoHealth, il y avait eu plusieurs changements statistiquement significatifs :

1. réduction des taux de triglycérides (2,30 à 1,90 mmol/L), mais pas de changement dans le groupe témoin
2. réduction des taux d'HbA<sub>1c</sub> après trois mois (qui s'est maintenue pendant le reste de l'année)

3. plus grande satisfaction à toutes les consultations de suivi par rapport au départ, mais pas de changement significatif dans le groupe témoin.

**Portée du programme :** Un total de 57 personnes ont participé à l'essai contrôlé avec répartition aléatoire d'une durée d'un an ou ont terminé l'essai après trois ou six mois parce que tous les sujets n'avaient pas commencé à participer au même moment. Il y avait 20 sujets dans le groupe témoin et 37 dans celui visé par l'intervention.

**Soutien communautaire :** Les patients doivent avoir accès à Internet et savoir utiliser un ordinateur.

**Description des facteurs contextuels :** La majorité des patients des deux groupes de l'essai contrôlé avec répartition aléatoire étaient traités par un omnipraticien (médecin de famille ou interniste) ou une infirmière. Chez la majorité d'entre eux, le diabète de type 2 venait d'être diagnostiqué ou était bien équilibré. Deux centres d'éducation sur le diabète du nord de l'Ontario commencent à utiliser un logiciel interactif pour la gestion du diabète dans leur communauté.

**Leçons apprises :** Comme les personnes ayant pris part aux deux études étaient des utilisateurs d'Internet, la validité externe et la généralisation du programme s'appliquent aux personnes atteintes de diabète qui utilisent Internet/la technologie informatique.

#### CONTACT :

Pour la recherche :

**D<sup>re</sup> Erin Tjam**

Director of Research

St. Mary's Hospital

Kitchener, Ontario

Tél. : (519) 749-6918

Courriel : eytjam@smgh.ca

Pour le programme en ligne :

MedManager Interactive Corp.

285 Weber St. N., Unit 3

Waterloo, Ontario N2J 3H8

Tél. : (519) 747-2492

Site Web : [www.micohealth.com](http://www.micohealth.com)

#### Références :

Tjam, E. Y., Sherifali, D., Steinacher, N., & Hett, S. (2006). Physiological outcomes of an Internet disease management program vs. in-person counselling: A randomized, controlled trial. *Canadian Journal of Diabetes*, 30(4):397-405.

Site Web de MedManager :

[http://www.micohealth.com/solutions\\_evidence.cfm](http://www.micohealth.com/solutions_evidence.cfm)

# Cartes-éclair illustrées pour l'éducation sur la santé

## APERÇU DU PROGRAMME

L'éducation fondée sur l'utilisation de cartes-éclair illustrées dans le cadre de séances individuelles peut améliorer les connaissances sur le diabète et les comportements d'autogestion et influencer certaines attitudes face au diabète et au centre de traitement du diabète.

**Création :** 1991

**Révision :** Le programme a été adapté à des patients diabétiques d'origine bangladaise de Cardiff, au Royaume-Uni, et mis en application de 1998 à 2001.

**État actuel :** Le programme n'est pas offert.

**Description :** Dix photographies en couleur ont été préparées avec l'aide d'une diététiste, d'intermédiaires et d'un photographe professionnel, agrandies en format A3 et plastifiées. Ces photographies présentaient des personnes d'origine asiatique et des ustensiles et aliments asiatiques. Chacune des photographies correspondait à au moins un objectif d'apprentissage prédéterminé. Les cartes-éclair étaient utilisées avec une série de questions d'entrevue standard. L'intermédiaire présentait les cartes-éclair aux patients dans le cadre d'un programme d'éducation structuré. Si les patients ne mesuraient pas déjà leur taux de glucose urinaire, on leur apprenait à le faire.

**Buts du programme :** Accroître les connaissances des patients et améliorer leur compétence en autogestion du diabète et leurs attitudes face au diabète.

**Objectifs du programme :** Utiliser des cartes-éclair dans le cadre d'un programme d'éducation sur la santé pour que les patients soient davantage capables de surveiller et d'interpréter leurs taux de glucose,

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie sociale cognitive

**PUBLIC CIBLE :** Adultes musulmans originaires du Pakistan

**MILIEU :** Établissement de santé et/ou domicile

**PAYS D'ORIGINE :** Royaume-Uni

**LANGUES :** Urdu et panjabi

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

de comprendre les conséquences d'un piètre contrôle de la glycémie et de prendre leur alimentation en main.

**Étapes de mise en application :** Les patients ont reçu une formation individuelle au service des consultations externes d'un hôpital ou dans un centre de traitement du diabète. Les entrevues pouvaient aussi avoir lieu au domicile du participant. Toutes les entrevues ont été menées dans la langue que le patient maîtrisait le mieux.

**Prestation du programme :** Les cartes-éclair étaient utilisées avec une série de questions d'entrevue standard posées par un intermédiaire parlant couramment l'urdu, le panjabi et l'anglais qui n'avait pas de connaissances médicales, mais qui avait reçu une formation informelle au *Manchester Diabetes Centre* sur la présentation d'un programme d'éducation structuré.

**Évaluation du programme :** La plupart des patients ont réagi favorablement au programme d'éducation.

**Évaluation des résultats :** Il y a eu une amélioration de tous les paramètres des connaissances. Les comportements d'autogestion se sont améliorés, comme en a témoigné la régularité des mesures des taux de glucose. Il a été plus difficile de changer les attitudes des patients, ceux-ci ayant continué d'avoir de la difficulté à choisir des aliments convenables au cours de rassemblements sociaux. Les taux d'HbA<sub>1c</sub> ont par ailleurs baissé.

**Portée du programme :** La capacité d'offrir la formation individuelle dépend du personnel dont on dispose.

**Soutien communautaire :** Personne parlant l'urdu et le panjabi pour mener les entrevues.

**Mobilisation de partenaires :** Cette étude a été menée dans le cadre de la thèse de maîtrise des auteurs.

**Coûts initiaux :** Ces coûts comprennent ceux de la formation du personnel en éducation sur la santé et en phlébotomie, le salaire de travailleurs de la santé bilingues et d'un chef/d'une infirmière spécialisée en diabète, les frais de déplacement et les coûts de la préparation du matériel, de l'évaluation et du suivi.

**Coûts du maintien du programme :** Déplacements et personnel.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Les patients ont apprécié les cartes-éclair

**Description des facteurs contextuels :** Les Britanniques d'origine sud-asiatique sont jusqu'à quatre fois plus exposés au diabète de type 2, mais très peu renseignés. Ils sont aussi plus exposés aux complications rénales et cardiaques de la maladie.

**Généralisabilité :** Le concept pourrait être adapté à de nombreuses cultures.

**Matériel pouvant être adapté :** Cartes-éclair.

**Leçons apprises :**

- L'éducation opportuniste sur la santé fonctionne bien dans une communauté difficile à toucher.
- Les séances d'éducation sur la santé individuelles fonctionnent mieux que les séances d'éducation sur la santé de groupe.
- Les patients doivent pouvoir décider de l'endroit où les séances ont lieu – centre communautaire, domicile ou cabinet de l'omnipraticien.
- Il faut que d'autres pourvoyeurs de soins collaborent au projet.
- Le choix de l'assistant en soins de santé/intermédiaire est un facteur crucial du succès du projet : il doit faire partie de la communauté, être respecté et avoir les compétences, les attitudes et la motivation nécessaires.
- Il est aussi très utile de s'assurer du concours d'importants leaders religieux et laïques de la communauté.
- Téléphoner aux patients pour leur rappeler de se présenter aux rendez-vous de suivi améliore l'assiduité.

**CONTACT :**

**K. Hawthorne**

Four Elms Surgery

103 Newport Road

Cardiff CF2 1AF, Royaume-Uni

Courriel : seysdene@aol.com

Courriel : hawthornek@cardiff.ac.uk

**Références :**

Hawthorne, K., & Tomlinson, S. (1997). One-to-one teaching with pictures – flashcard health education for British Asians with diabetes. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 47(418), 301-304.

Communication directe avec K. Hawthorne.

# Programme pratique d'éducation et de modification du comportement

## APERÇU DU PROGRAMME

Un programme comportant six séances axées sur l'éducation et la modification du comportement et une séance de suivi après 12 mois a été offert dans un centre de soins primaires. Les séances comportaient une partie didactique fondée sur le programme *Life Skills*.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Les six séances hebdomadaires duraient 1,5 heure. Elles étaient animées par des éducatrices en diabète agréées (une infirmière autorisée et une diététiste autorisée). Le matériel du programme comprenait les lignes directrices du cours, des diapositives et de la documentation pour aider les patients à comprendre le diabète, son traitement et ses conséquences. La saine alimentation et l'activité physique étaient présentées aux participants comme des moyens de maîtriser le diabète. Il y avait une séance de suivi après 12 mois.

**Étapes de mise en application :** À la première séance, chaque participant rencontrait les éducatrices seul à seul pour élaborer un régime alimentaire et un programme d'activité physique individualisés et pour fixer des objectifs personnels. On faisait remplir des feuilles de travail et signer un contrat par les patients pour les encourager à participer et les responsabiliser. Les cours étaient structurés de façon à encourager les participants à poser des questions, à partager leurs expériences et à recevoir une rétroaction des autres patients et des éducatrices. À chaque séance mensuelle, on pesait les patients, on prenait leur tension artérielle et on effectuait des épreuves de

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Établissement de santé et centre de soins primaires

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.

laboratoire. La veille de la séance, les organisateurs du programme téléphonaient aux participants pour leur rappeler de se présenter à la séance. Les médecins faisaient aussi acte de présence à chaque séance pour montrer qu'ils s'intéressaient au programme et aux progrès de leurs patients.

**Prestation du programme :** Les séances étaient animées par des éducatrices en diabète agréées (une infirmière autorisée et une diététiste autorisée). Les médecins du centre faisaient aussi acte de présence à chaque séance.

**Évaluation du programme :** Les chercheurs ont pris les présences à chacune des séances. Dix patients du groupe visé par l'intervention ont été retirés de l'étude en raison d'une maladie ou parce qu'ils ne s'étaient pas présentés aux séances ou n'avaient pas subi les épreuves de laboratoire nécessaires. Dix-huit participants ont assisté à au moins cinq des six séances et terminé l'étude.

**Évaluation des résultats :** Au cours de l'étude, les chercheurs ont mesuré le contrôle de la glycémie, le cholestérol des lipoprotéines, la qualité de vie liée à la santé et les connaissances cognitives du patient sur le diabète. La qualité de vie liée à la santé a été mesurée au moyen des questionnaires MOS SF-36 et DRP. Le questionnaire MOS SF-36 mesure l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les limitations dues à l'état physique, les limitations dues à l'état psychique, la santé psychique, la vitalité, les douleurs physiques et la perception globale de l'état de santé. Le questionnaire DRP porte sur 19 symptômes. Le test du programme *Life Skills* a été utilisé pour mesurer ce que les patients savaient du diabète; les patients répondaient aux questions par vrai ou faux ou en choisissant la meilleure réponse. Le test comporte dix questions sur le diabète et les médicaments en général, dix questions sur la maîtrise du diabète par l'alimentation, dix questions sur des problèmes particuliers au diabète et dix questions sur l'activité physique et la surveillance. Les résultats de l'étude ont montré que dans le groupe visé par l'intervention, il y avait des améliorations statistiquement significatives du contrôle de la glycémie et du taux de cholestérol total au bout de la période de six mois et une réduction significative du poids corporel au bout de 12 mois.

**Portée du programme :** Il y avait 14 participants par série de cours.

**Coûts du maintien du programme :** Les auteurs indiquent que le coût du matériel éducatif et de la main-d'œuvre nécessaires à la prestation du programme est de 95 \$ par patient. Cette somme ne comprend pas le coût des épreuves de laboratoire. Les médecins n'ont pas été rémunérés pour leur participation.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Les séances ont eu lieu au centre de soins primaires où le patient était traité, milieu qui lui était familier. La présence des médecins à chaque séance (même brève) a démontré qu'ils s'intéressaient au progrès des patients.

#### CONTACT :

**Nathan A. Ridgeway, MD**  
Holston Professional Bldg  
146 W Park Dr., Suite 9-I  
Kingsport, Tennessee 37660

---

#### Référence :

Ridgeway, N. A., Harvill, D. R., Harvill, L. M., Falin, T. M., Forester, G. M., & Gose, O. D. (1999). Improved control of type 2 diabetes mellitus: A practical education/behaviour modification program in a primary care clinic. *Southern Medical Journal*, 92(7), 667-672.

# Projet Dulce

## APERÇU DU PROGRAMME

Le projet DULCE<sup>MC</sup> est un programme de soins du diabète et d'éducation sur le diabète qui répond aux besoins particuliers de populations mal desservies et ethniquement diverses. Il vise l'excellence en matière de soins du diabète dans toutes les communautés, sa mission étant d'améliorer la vie des personnes atteintes de diabète par l'entremise de programmes communautaires de gestion, d'éducation et de soutien qui tiennent compte des réalités culturelles.

**Création :** 1997

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le projet Dulce, fondé sur un modèle de soins de longue durée, est mené par une équipe dirigée par une infirmière et composée d'une infirmière autorisée/éducatrice en diabète agréée, d'une adjointe médicale et d'une diététiste, qui collaborent avec le médecin de soins primaires du patient. Des personnes atteintes de diabète reçoivent une formation pour enseigner l'autogestion du diabète et appuyer leurs pairs. Des normes et algorithmes cliniques guident le traitement. Un registre électronique est utilisé pour suivre les soins prodigués aux patients, surveiller le respect des normes et présenter les résultats cliniques. Aux fins du projet Dulce, d'importantes recherches socio-culturelles ont été menées pour adapter le programme d'éducation de groupe et la démarche aux besoins des communautés afro-américaine, philippine et vietnamienne.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Général

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Population mal desservie et ethniquement diverse

**MILIEU :** Échelle communautaire

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUES :** Anglais, espagnol et dix autres langues

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

Des personnes de chacun de ces groupes culturels assurent la prestation de l'éducation sur le diabète et le soutien. La documentation remise aux patients a été traduite dans de nombreuses langues.

**But du programme :** Répondre aux besoins particuliers de populations mal desservies et ethniquement diverses

**Objectif du programme :** Améliorer la vie des personnes atteintes de diabète par l'entremise de programmes communautaires de gestion, d'éducation et de soutien qui tiennent compte des réalités culturelles.

**Étapes de mise en application :** Le programme comprenait la gestion des soins par des infirmières et une éducation de groupe offerte par des paires éducatrices et axée sur l'auto-habilitation des patients. La gestion des soins était assurée par une équipe dirigée par une infirmière et composée d'une infirmière autorisée/éducatrice en diabète agréée, d'une adjointe médicale bilingue/biculturelle et d'une diététiste bilingue/biculturelle qui se déplaçaient d'une clinique à l'autre chaque jour pour voir les patients. L'infirmière autorisée/éducatrice en diabète agréée avait beaucoup d'expérience en éducation sur le diabète et avait aussi reçu une formation sur l'application des protocoles de la gestion du diabète par étapes (*Staged Diabetes Management [SDM]*) à la prise en charge de la glycémie, des taux de lipides et de l'hypertension. Chaque participant se présentait au départ à une consultation de deux heures visant la collecte de données démographiques, la prise des antécédents de diabète, la détermination du poids, de la tension artérielle, de l'état des pieds et du taux d'HbA<sub>1c</sub>, la réalisation d'épreuves biochimiques, la détermination du bilan lipidique, la réalisation d'épreuves fonctionnelles hépatiques et la mesure de la protéinurie. À chacune des consultations subséquentes, l'infirmière autorisée/éducatrice en diabète agréée examinait les résultats des épreuves de glycémie faites par le patient, passait en revue l'autogestion, les lignes directrices et les objectifs, recommandait des modifications du traitement médicamenteux fondées sur les protocoles du SDM, demandait des examens de laboratoire de suivi et fixait le prochain rendez-vous du patient. Les ordonnances étaient approuvées et signées par le médecin de soins primaires. Quand le cas d'un patient était compliqué, il y avait une visite de suivi au cours des deux semaines suivantes. Une adjointe médicale assurait l'interprétation (de l'espagnol à l'anglais), prenait les signes vitaux, effectuait une

phlébotomie et téléphonait aux patients pour leur rappeler leurs rendez-vous. Une diététiste bilingue offrait deux séances d'éducation nutritionnelle de 45 minutes par année. Tous les patients obtenaient leurs médicaments et les fournitures pour l'autosurveillance de la glycémie par l'entremise du régime Medicaid, subissaient au moins un examen de la rétine, recevaient des soins podologiques et participaient au programme d'habilitation/d'éducation par des pairs. Des personnes atteintes de diabète qui avaient des qualités de meneuses ont été choisies parmi les patientes de la clinique et ont reçu une formation initiale offerte au moyen d'un programme élaboré par le *Latino Health Access Program*. Les paires éducatrices devaient ensuite recevoir une formation sur le programme du projet Dulce pour acquérir les compétences voulues avant de pouvoir enseigner. Le programme comprenait 12 séances de deux heures (une par semaine). Elles étaient offertes dans la langue maternelle des patients et des *promotoras* et portaient sur le diabète et ses complications, sur le rôle de l'alimentation, de l'activité physique et des médicaments et sur l'importance de l'autosurveillance de la glycémie. Il y avait des séances interactives au cours desquelles les patients parlaient de leurs expériences personnelles, de leurs craintes et de leurs croyances relatives au diabète. On tentait de réfuter des croyances culturelles incongrues, telles que la crainte de l'insulinothérapie et l'utilisation du nopal pour tenter de guérir le diabète. Il y avait aussi des démonstrations pour mettre l'accent sur l'importance de l'alimentation et de l'activité physique. Tous les éléments des programmes d'éducation reconnus par l'*American Diabetes Association (ADA)* étaient couverts au cours des séances.

**Prestation du programme :** La gestion des soins était assurée par une équipe dirigée par une infirmière et composée d'une infirmière autorisée/éducatrice en diabète agréée, d'une adjointe médicale bilingue/biculturelle et d'une diététiste bilingue/biculturelle qui se déplaçaient d'une clinique à l'autre chaque jour pour voir les patients. L'infirmière autorisée/éducatrice en diabète agréée avait beaucoup d'expérience en éducation sur le diabète et avait aussi reçu une formation sur l'application des protocoles de la gestion du diabète par étapes (*Staged Diabetes Management [SDM]*).

L'éducation sur le diabète était offerte par des travailleuses de la santé de la communauté ayant reçu une formation poussée pour faire d'elles des paires éducatrices efficaces. Celles-ci formaient ensuite des patientes diabétiques qui avaient des qualités de meneuses.

**Évaluation du programme :** Selon les publications spécialisées, le programme est régulièrement évalué.

**Évaluation des résultats :** Des détails sur l'impact du projet Dulce sur la santé, les modifications du comportement et le rapport coût-efficacité ont été publiés dans des revues approuvées par des pairs. On a démontré que le projet avait produit des réductions significatives des taux d'HbA<sub>1c</sub>, de cholestérol total et de cholestérol des LDL, ainsi que de la tension artérielle diastolique. Les normes de l'ADA en matière de soins du diabète, les connaissances sur le diabète, la satisfaction à l'égard du traitement et les croyances culturelles se sont aussi améliorées.

**Portée du programme :** Patients de populations mal desservies et ethniquement diverses dont le diabète est traité par un médecin de soins primaires.

**Soutien communautaire :** Le programme est fondé sur des interventions d'une équipe multidisciplinaire qui sont novatrices, étant axées sur le transfert des tâches vers les personnes qui sont les mieux placées et les plus qualifiées pour les accomplir. L'infirmière gestionnaire de cas travaille avec le médecin de soins primaires et se fonde sur des marches à suivre et protocoles standardisés pour accomplir de nombreuses tâches liées à la gestion du diabète : elle examine les résultats des examens de laboratoire, ajuste le traitement médicamenteux et s'assure que les objectifs cliniques sont atteints. Des paires éducatrices ayant reçu la formation voulue animent les séances d'éducation et appuient les patients pour les habiliter à gérer le diabète selon leur contexte culturel et social et leur éducation. En vertu d'un contrat, le projet Dulce gère les soins du diabète des personnes inscrites au programme pour les adultes médicalement démunis du comté de San Diego. Le projet Dulce a en outre intégré à son modèle des services de prise en charge de la dépression et de l'hypertension.

**Mobilisation de partenaires :** Les programmes de prise en charge du diabète doivent à tout le moins faire participer des pharmaciens à des séances de stratégie pour tirer parti de leurs connaissances de la pharmacologie et des questions d'observance et les renseigner sur les facteurs culturels qui influent sur l'autogestion.

**Coûts initiaux :** Les coûts totaux ont été plus élevés pour les participants au projet Dulce au cours de la première année, mais ces coûts étaient presque totalement attribuables au fait que les patients avaient pris plus de médicaments et utilisé davantage de fournitures pour les épreuves de glycémie. Toutefois, étant donné que les patients étaient médicalement démunis, beaucoup des médicaments étaient prescrits pour la première fois, ce qui a contribué à la hausse des coûts. Les coûts des hospitalisations et des soins administrés au service des urgences ont baissé, mais pas de façon statistiquement significative.

**Coûts du maintien du programme :** Le maintien du programme entraîne des coûts de main-d'œuvre, mais ceux-ci sont inférieurs aux coûts des hospitalisations et des soins administrés au service des urgences pour les patients qui n'ont pas accès au programme.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Les médicaments et bandelettes pour l'épreuve de glycémie étaient remis aux patients le jour de la consultation. La prise des médicaments et les précautions d'emploi des bandelettes étaient expliquées aux patients dans leur langue maternelle. Il est probable que la mise en route immédiate du traitement médicamenteux explique la très grande amélioration des résultats cliniques. Les patients pouvaient consulter un optométriste et un podologue sur place, souvent le même jour qu'une consultation prévue. Une confiance s'est établie entre l'équipe d'infirmières et les médecins de soins primaires. Tous les membres du projet Dulce avaient très à cœur les soins des patients inscrits. On ne sait pas si les mêmes conditions pourraient être reproduites dans d'autres milieux.

**Généralisabilité :** Un modèle de soins du diabète novateur, adapté à la réalité culturelle et fondé sur la gestion des soins par des infirmières et l'éducation par des paires à l'échelle communautaire améliore grandement les soins cliniques du diabète, la conscientisation des patients et la compréhension du diabète dans des populations insuffisamment assurées.

**Matériel pouvant être adapté :** Des programmes de formation et une aide technique sont disponibles. Du matériel, des programmes de formation et des procédures ont été préparés pour que d'autres pourvoyeurs de soins et communautés puissent utiliser le modèle.

Les éléments du matériel de formation sont les suivants :

- un programme, intitulé *Diabetes Among Friends*, à présenter par les paires éducatrices et qui comprend des modules sur la prise en charge de l'hypertension et de la dépression
- de la documentation en anglais, en espagnol et dans dix autres langues
- le manuel du programme de formation des paires éducatrices
- un programme de quatre à cinq jours de formation des formateurs
- une formation pour apprendre aux travailleurs de la santé en milieu communautaire à prôner les soins du diabète
- un manuel de marches à suivre contenant entre autres des formulaires et tableaux pouvant être reproduits
- des programmes d'éducation des professionnels allant d'un programme d'un jour sur les rudiments du diabète à une formation intensive de cinq jours pour accroître les connaissances et compétences des professionnels de la santé en matière de gestion du diabète.

**Autres remarques :** Le projet Dulce a formé des employés de systèmes de soins de santé, de centres de santé communautaires et d'organismes communautaires de divers endroits aux États-Unis, dont les suivants :

- Philadelphie (Pennsylvanie)
- New Jersey
- Tennessee
- Floride
- Central Valley (Californie)
- Comté d'Alameda (Californie)
- Comtés de Los Angeles et de Riverside (Californie).

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir du matériel, communiquer avec :

Chris Walker  
Director, Project Dulce  
Walker.chris@scrippshealth.org  
858-626-5664

**CONTACT :**

**Anna Garay, MD**

Chief Medical Director

The Whittier Institute for Diabetes

9894 Genesee Ave.

La Jolla, California 92037

Courriel : philis-tsimikas.athena@scrippshealth.org

**Référence :**

Philis-Tsimikas, A., Walker, C., Rivard, L., Talavera, G., Reimann, J. O., Salmon, M., et al. (2004). Improvement in diabetes care of underinsured patients enrolled in project dulce: A community-based, culturally appropriate, nurse case management and peer education diabetes care model. *Diabetes Care*, 27(1), 110-115.

# Programme d'intervention familiale REACH de Détroit

## APERÇU DU PROGRAMME

Le but du programme d'intervention familiale REACH de Détroit est de travailler avec des Afro-Américains et des Latinos atteints de diabète de type 2 et les membres de leurs familles pour améliorer le contrôle de la glycémie par une saine alimentation, la pratique régulière d'activité physique et la gestion du diabète. Au total, 151 adultes afro-américains et latinos atteints de diabète ont été recrutés parmi les bénéficiaires de trois régimes de soins de santé de Détroit (Michigan) pour participer au programme de partenariat REACH de modification du mode de vie des personnes diabétiques. Le programme, dont la prestation était assurée par des membres de la communauté ayant reçu la formation voulue, visait à améliorer les habitudes alimentaires, le degré d'activité physique et les soins du diabète auto-administrés.

**Création :** 2000

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Des intervenants en matière de santé familiale ont été formés pour travailler avec les familles participant au programme REACH. Les participants étaient des bénéficiaires de trois régimes de soins de santé de Détroit qui avaient été dirigés vers le programme par leur médecin. Le programme s'adressait à des patients des cultures afro-américaines et latinos. Les familles latinos ont participé au programme *El Camino a la Salud* et les familles afro-américaines, au programme

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Général

**NIVEAU :** Échelle communautaire

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Développement communautaire

**PUBLIC CIBLE :** Familles afro-américaines et latinos, pourvoyeurs de soins et organismes communautaires

**MILIEU :** Communauté et établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUES :** Anglais et espagnol

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

*The Journey to Health*. On a remis aux familles participantes un ordinateur Internet et on leur a donné une formation pour les aider à trouver elles-mêmes des renseignements importants sur le diabète et sur les programmes communautaires.

**Buts du programme :** Les buts du programme étaient comme suit :

- favoriser la saine alimentation et la pratique d'activité physique pendant les temps libres
- resserrer les liens entre la famille et le pourvoyeur de soins
- faciliter l'accès à des soins de santé de qualité
- rendre le client plus apte à équilibrer le diabète par les soins auto-administrés
- faciliter l'accès aux ressources de promotion de la santé offertes à l'échelle communautaire.

**Objectifs du programme :** Déterminer les effets d'un programme communautaire et adapté aux réalités culturelles visant la modification du mode de vie de personnes diabétiques.

**Prestation du programme :** Sept intervenants en matière de santé ont reçu une formation sur les techniques d'autonomisation des patients, l'autogestion du diabète, l'installation d'un ordinateur, la recherche sur Internet, l'alimentation, la nutrition et les bienfaits de l'activité physique. Environ 150 personnes diabétiques ont été inscrites; 142 d'entre elles ont rempli au départ un questionnaire sur la santé. Les intervenants en matière de santé ont commencé à tenir des séances de groupe sur le diabète. Plus de 40 clients ont reçu un ordinateur Internet ainsi qu'une formation individuelle sur l'utilisation d'Internet pour trouver des renseignements sur la santé. Le site Web du programme REACH de Détroit a été lancé. Ce site contient des liens pertinents en matière de santé ainsi qu'une base de données sur les ressources offertes à l'échelle communautaire. Les cours que donnent les intervenants en matière de santé tiennent compte des réalités culturelles des clients et visent à encourager la saine alimentation et la pratique d'activité physique.

**Évaluation des résultats :** Après l'intervention, il y avait des améliorations statistiquement significatives des connaissances et comportements alimentaires, ainsi que des connaissances sur l'activité physique. Il y a eu une réduction statistiquement significative du taux d'HbA<sub>1c</sub> chez les participants au programme REACH de Détroit ( $p < 0,0001$ ) par rapport à des personnes d'un groupe témoin, chez lesquelles il n'y a pas eu de changements significatifs ( $p = 0,160$ ). Les participants au programme REACH ont été interviewés avant le programme *The Journey to Health*, puis environ six et 12 mois plus tard. Beaucoup des participants au programme REACH ont apporté d'importantes modifications à leurs habitudes. Ils ont notamment mangé plus de fruits et de légumes et bu moins de boissons à saveur de fruits. Davantage de participants prennent maintenant la dose de médicament recommandée, suivent un régime alimentaire sain, mesurent leur glycémie et s'examinent les pieds. Les auteurs de l'étude concluent que les résultats obtenus indiquent qu'un programme axé sur le mode de vie des personnes diabétiques tenant compte des réalités culturelles et offert par des membres de la communauté ayant reçu la formation voulue avait produit des améliorations significatives des connaissances et comportements en matière d'alimentation et de soins auto-administrés du diabète, ainsi que d'importantes améliorations métaboliques.

**Portée du programme :** Au total, 151 bénéficiaires de trois régimes de soins de santé de Détroit ont participé au programme.

**Coûts initiaux :** Inconnus.

**Coûts du maintien du programme :** Inconnus.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Les intervenants en matière de santé cherchent à renforcer l'autonomie des Afro-Américains et Latinos qui sont atteints de diabète de type 2, ainsi que les membres de leurs familles. Par l'éducation, le soutien, les démonstrations et la conscientisation à la santé, les intervenants en matière de santé aident les familles à réduire le risque de diabète pour les générations à venir, à prévenir les complications

dévastatrices de la maladie, à devenir des consommateurs qui se soucient davantage de leur santé et à améliorer leur qualité de vie. Les intervenants en matière de santé collaborent étroitement avec les médecins pour favoriser le développement de relations médecin-patient solides et durables. Ils recueillent aussi d'importantes données pour suivre et évaluer le succès du projet et aider les familles à utiliser un ordinateur Internet pour obtenir des renseignements sur la santé et connaître, par l'entremise du site Web du programme REACH, les ressources offertes à l'échelle communautaire.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme REACH de Détroit est un partenariat de recherche communautaire qui fait intervenir des familles afro-américaines et latinos, des pourvoyeurs de soins et des organismes communautaires de l'est et du sud-ouest de Détroit, et dont l'objet est la prévention du diabète de type 2 et des problèmes de santé liés au diabète. Le programme REACH renseigne, éduque et habilite les familles, communautés et pourvoyeurs de soins afin de leur permettre de prévenir le diabète ou d'en améliorer la gestion par l'entremise de relations un à un, de groupes de soutien et d'activités communautaires axées sur la promotion d'un mode de vie sain. Le programme REACH est offert dans plusieurs communautés afro-américaines et hispaniques de Détroit.

**CONTACT :**

REACH Detroit Partnership Metropolitan Center  
for High Technology  
2727 Second Ave., Rm 300  
Détroit, Michigan 48201  
Tél. : (313) 961-1030  
Website : [www.reachdetroit.org](http://www.reachdetroit.org)

---

**Références :**

- Feathers, J. T., Kieffer, E. C., Palmisano, G., Anderson, M., Janz, N., Spencer, M. S., et al. (2007). The development, implementation, and process evaluation of the REACH Detroit partnership's diabetes lifestyle intervention. *The Diabetes educator*, 33(3), 509-520.
- Feathers, J., Kieffer, E. C., Palmisano, G., Anderson, M., Sinco, B., Janz, N., et al. (2005). Racial and ethnic approaches to community health (REACH) Detroit partnership: Improving diabetes-related outcomes among African American and Latino adults. *American Journal of Public Health*, 95(9), 1552-1560.

Site Web du programme REACH de Détroit : [www.reachdetroit.org](http://www.reachdetroit.org)

# Éducation des patients sur l'autogestion

## APERÇU DU PROGRAMME

Programme de six leçons fondé sur l'autogestion plutôt que sur la formation sur la perception des symptômes et dont l'objet est de réduire la prévalence des troubles liés à l'hypoglycémie et d'améliorer la reconnaissance de l'hypoglycémie.

**Description :** Le programme est offert à des groupes de huit à dix adultes atteints de diabète de type 1. Il comporte six leçons de 45 minutes chacune. Voici la teneur des leçons, selon Kubiak et ses collaborateurs (2005).

- *Leçon 1* : Détermination des objectifs, antécédents d'hypoglycémie, analyse initiale des problèmes et introduction aux techniques d'autosurveillance
- *Leçon 2* : Analyse des problèmes individuels et motivation des patients à changer
- *Leçon 3* : Modèle de reconnaissance de l'hypoglycémie et cercle vicieux de l'altération de la reconnaissance de l'hypoglycémie
- *Leçon 4* : Objectifs glycémiques individuels, crainte de l'hypoglycémie et complications du diabète
- *Leçon 5* : L'hypoglycémie dans un contexte social et prise en charge de l'hypoglycémie au quotidien
- *Leçon 6* : Atteinte des objectifs, rétroaction et stratégie de maintien des nouveaux comportements

### Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Adultes

**MILIEU :** Établissement de santé – patients hospitalisés

**PAYS D'ORIGINE :** Allemagne

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Prestation du programme :** Les leçons ont été données par un psychologue en formation postdoctorale qui s’y connaît en matière de soins du diabète et d’éducation des patients.

**Évaluation des résultats :** La prévalence des problèmes liés à l’hypoglycémie a baissé, la reconnaissance de l’hypoglycémie est demeurée constante (mais elle s’est détériorée dans le groupe témoin) et les taux d’HbA<sub>1c</sub> ont significativement baissé tant dans le groupe visé par l’intervention que dans le groupe témoin.

**Portée du programme :** Huit à dix patients par cycle ont participé aux séances de groupe.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme a été offert dans un hôpital allemand.

**Leçons apprises :** Les auteurs concluent que « le programme pourrait avoir un effet préventif en plus de réduire la prévalence des troubles liés à l’hypoglycémie. »

**CONTACT :**

**Thomas Kubiak**

Institute of Psychology, University of Greifswald  
Franz-Mehring-Str. 47  
D-17487 Greifswald, Allemagne  
Tél. : +49-3834-86-3751  
Courriel : kubiak@uni-greifswald.de

---

**Référence :**

Kubiak, T., Hermanns, N., Schreckling, H. J., Kulzer, B., & Haak, T. (2006). Evaluation of a self-management-based patient education program for the treatment and prevention of hypoglycaemia-related problems in type 1 diabetes. *Patient Education and Counselling*, 60(2), 228-234.

# Le programme *Simple Meal Plan* : des choix alimentaires sains

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme *Simple Meal Plan* (plan de repas simple), qui s'adresse aux personnes atteintes de diabète de type 2, met l'accent sur les choix alimentaires sains (mais pas sur la perte de poids) plutôt que sur les équivalents alimentaires traditionnels.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le niveau de langue du matériel didactique du programme *Simple Meal Plan* est celui d'un élève de cinquième ou sixième année. Ce matériel s'adressant aux personnes ayant un faible niveau de littératie est fondé sur le guide de l'*American Diabetes Association* intitulé *Eating Healthy Foods* (qui fait référence à la réduction de la quantité d'aliments ingérée) et sur des renseignements provenant de la pyramide du guide alimentaire (légèrement modifiée de façon à regrouper les aliments riches en glucides et en protéines recommandés aux personnes atteintes de diabète). Selon les auteurs de l'étude, « la pyramide alimentaire modifiée était présentée sur du papier lustré, était très colorée et contenait des dessins au trait des aliments. Les patients devaient réduire leur consommation de sucreries et de matières grasses, surtout de matières grasses saturées. Des modèles alimentaires ont été utilisés, mais il n'a pas été question de la taille des portions et on n'a pas mis l'accent sur la perte de poids. »

**Buts du programme :** Le programme avait pour objet de déterminer si un plan alimentaire sain mettant l'accent sur des choix alimentaires sains (sans insister sur la perte de poids) était aussi efficace qu'un

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Afro-Américains en milieu urbain ayant un faible niveau de littératie en santé

**MILIEU :** Établissement de santé (clinique communautaire de traitement du diabète)

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

plan alimentaire traditionnel fondé sur les équivalents alimentaires (mettant l'accent sur la perte de poids).

**Étapes de mise en application :** Des soins individualisés ont été prodigués par une équipe composée d'infirmières, de diététistes, de podologues et d'endocrinologues. La visite initiale comportait une évaluation poussée et des renseignements sur les soins auto-administrés. Les patients devaient revenir une, deux et quatre semaines après la visite initiale, puis deux, quatre et six mois plus tard. Tous les patients consultaient une diététiste à la visite initiale puis une, deux et quatre semaines plus tard; d'autres visites étaient prévues au besoin. Au cours de ces visites, les patients recevaient des directives individualisées. La diététiste utilisait la démarche du programme *Simple Meal Plan* avec les patients du groupe visé par l'intervention et le plan de repas traditionnel fondé sur les équivalents alimentaires avec les patients du groupe témoin.

**Prestation du programme :** Une diététiste a présenté les renseignements du programme *Simple Meal Plan*.

**Évaluation des résultats :** Au cours de l'étude, on n'a malheureusement pas recueilli de données sur la satisfaction des patients à l'égard de ni l'un ni l'autre des plans de repas. Selon les auteurs, « certains patients ont signalé que le plan de repas fondé sur les choix alimentaires sains était simple, tandis que le plan de repas fondé sur les équivalents alimentaires pouvait poser des difficultés aux patients. » Les auteurs précisent aussi que même s'ils n'ont pas évalué la simplicité du plan de repas, certains diététistes ont signalé que l'enseignement du plan de repas simple était plus facile.

**Évaluation des résultats :** Le principal paramètre évalué était le changement du contrôle de la glycémie (selon le taux d'HbA<sub>1c</sub>). Les paramètres secondaires étaient le changement de la consommation de matières grasses et de sucres, de l'indice de masse corporelle, des taux de lipides et de la tension artérielle. L'essai contrôlé avec répartition aléatoire a révélé qu'un plan de repas fondé uniquement sur les choix alimentaires sains (*Simple Meal Plan*) était comparable à un plan de repas traditionnel fondé sur les équivalents alimentaires pour ce qui est de l'impact sur les choix alimentaires, le contrôle de la glycémie, le poids, les lipides et la tension artérielle. Chez les patients des deux groupes, la consommation de matières grasses et de sucres, qui était comparable au départ, avait baissé de façon significative mais comparable au moment des visites de suivi.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Il faudrait que le matériel du programme *Simple Meal Plan* soit adapté aux lignes directrices relatives à la saine alimentation de l'Association canadienne du diabète, ainsi qu'au *Guide alimentaire canadien*. Les auteurs font remarquer qu'un petit nombre des patients ayant participé à l'étude ont demandé de passer du plan de repas fondé sur les choix alimentaires sains du programme *Simple Meal Plan* à celui fondé sur les équivalents alimentaires parce qu'ils désiraient perdre du poids.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme a été offert à des Afro-Américains en milieu urbain atteints de diabète de type 2.

**Matériel pouvant être adapté :** Le matériel du programme *Simple Meal Plan* serait utile pour faciliter l'adaptation du programme au contexte canadien.

**Leçons apprises :** Selon les auteurs, « par suite de cette étude, les pourvoyeurs de soins de la *Grady Diabetes Clinic* ont continué d'utiliser un plan de repas fondé sur les équivalents alimentaires pour les patients qui désirent mettre l'accent sur les équivalents alimentaires et la taille des portions pour perdre du poids, mais pour tous les autres patients, l'enseignement du plan alimentaire fondé sur les choix alimentaires sains (*Simple Meal Plan*), qui ne met pas l'accent sur la perte de poids, est maintenant la démarche standard. »

#### CONTACT :

**David C. Ziemer, MD**

Emory University School of Medicine

69 Butler Street, S.E.

Atlanta, Georgia 30303

Courriel : [dziemer@emory.edu](mailto:dziemer@emory.edu)

---

#### Référence :

Ziemer, D. C., Berkowitz, K. J., Panayiotou, R. M., El-Kebbi, I. M., Musey, V. C., Anderson, L. A., et al. (2003). A simple meal plan emphasizing healthy food choices is as effective as an exchange-based meal plan for urban African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26(6), 1719-1724.

# Programme *Simple Start*

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme *Simple Start* est fondé sur un guide qui s'adresse aux patients et qui porte sur l'importance de l'atteinte des objectifs glycémiques et sur les mesures à prendre pour normaliser la glycémie postprandiale.

**Création :** 2007

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Les patients qui participent au programme *Simple Start* doivent lire un livret de 15 pages, assister à une séance d'éducation de groupe de 30 minutes pour passer le livret en revue et regarder un DVD qui traite des mêmes sujets que le livret. Ce programme est souvent utilisé de concert avec un cours de formation générale. Il met l'accent sur l'importance des épreuves de glycémie et sur les modifications du comportement qui peuvent réduire les oscillations de la glycémie par rapport aux valeurs normales, dont la réduction de la taille des portions et de la teneur en glucides des repas si la glycémie postprandiale est plus élevée que celle recommandée dans les lignes directrices actuelles.

**But du programme :** Éduquer les patients sur les objectifs glycémiques et les modifications de l'alimentation susceptibles de réduire les oscillations de la glycémie.

**Objectif du programme :** Utiliser le programme *Simple Start* de concert avec un cours de formation générale pour accroître la fréquence des épreuves de glycémie.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe et individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Inconnu

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**MILIEU :** Centre de soins du diabète

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Étapes de mise en application :** Après avoir assisté à un cours de 30 minutes sur les soins généraux du diabète, les patients participent au programme *Simple Start*, dont les éléments sont un livret, une séance de 30 minutes et un DVD.

**Prestation du programme :** La prestation du programme est assurée par le personnel du centre de soins du diabète.

**Évaluation des résultats :** La glycémie moyenne au cours des quatre heures suivant les repas a été significativement plus basse chez les personnes qui avaient participé au programme *Simple Start* et suivi le cours de formation générale sur le diabète. Il y a aussi eu une augmentation significative de la fréquence des épreuves de glycémie.

**Portée du programme :** L'étude a été menée auprès d'un total de 30 patients, dont 15 ayant participé au programme *Simple Start* et suivi le programme de formation générale sur le diabète.

**CONTACT :**

**Gary Wolfe, RN**

Diabetes Care Center

1260 South Main Street, Ste 201

Salinas, California 93901

Tél. : (831) 769-9355

Télec. : (831) 754-4955

Courriel : [dwolfe@diabetescarecenter.com](mailto:dwolfe@diabetescarecenter.com)

Site Web : <http://www.diabetescarecenter.com>

---

**Référence :**

King, A. B., Wolfe, G. S., & Armstrong, D. U. (2007). Evaluation of a patient education booklet's (Simple Start) effect on postprandial glucose control in type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 9(3), 241-245.

# Cuisine afro-américaine allégée

## APERÇU DU PROGRAMME

Un programme d'autogestion de l'alimentation adapté à la réalité culturelle a été offert à des Afro-Américains atteints de diabète de type 2 habitant une région rurale de la Caroline du Sud. Ce programme tenait compte des croyances ethniques, des valeurs, des préférences alimentaires, de la langue, des méthodes d'apprentissage et des pratiques en matière de soins de santé des participants. Il comportait quatre séances hebdomadaires portant sur les stratégies de réduction de la consommation de gras, cinq séances mensuelles de discussion pairs-professionnelle et un suivi téléphonique hebdomadaire assuré par une infirmière gestionnaire de cas.

**Création :** Avant 2002

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le programme comportait quatre séances hebdomadaires portant sur les stratégies de réduction de la consommation de gras, cinq séances mensuelles de discussion pairs-professionnelle et un suivi téléphonique hebdomadaire. Ce programme était adapté à la réalité culturelle d'Afro-Américains du sud des États-Unis, c'est-à-dire qu'il tenait compte de leurs croyances ethniques, de leurs valeurs, de leurs préférences alimentaires, de leur langue, de leurs méthodes d'apprentissage et de leurs pratiques en matière de soins de santé.

**Buts du programme :** Évaluer les effets sur les paramètres physiologiques et les comportements alimentaires d'une intervention axée sur l'autogestion alimentaire et adaptée à la réalité culturelle

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Développement communautaire

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**MILIEU :** Milieu rural

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

d'Afro-Américains atteints de diabète de type 2 habitant une région rurale de la Caroline du Sud.

**Objectifs du programme :** Augmentation des connaissances et modification du comportement relatives à un changement de l'alimentation (faible teneur en gras) (ces objectifs ont été cernés par déduction puisque les auteurs ne les ont pas précisés).

**Étapes de mise en application :** (Les étapes ne sont pas nécessairement en ordre séquentiel.)

1. Les participants possibles étaient dirigés vers le programme par leur médecin de soins primaires s'ils répondaient aux critères suivants : Afro-Américains atteints de diabète de type 2 de 18 ans et plus exempts de tout handicap mental ou physique qui pourrait les empêcher de participer aux activités et discussions de groupe et chez qui il y avait au moins un risque de complication du diabète qui était élevé et modifiable par l'alimentation.
2. Des adjoints de recherche téléphonaient aux personnes intéressées à participer au programme et menaient une entrevue de présélection.
3. Les patients remplissaient des questionnaires sur les paramètres physiologiques et sur leur consommation de gras (les questions étaient lues pour ne pas embarrasser les patients qui ne savaient pas lire).
4. Au cours des séances d'éducation, la pyramide alimentaire pour les personnes atteintes de diabète était utilisée pour apprendre aux participants à choisir des aliments sains et à faible teneur en gras.
5. Des stratégies pratiques et adaptées à la réalité culturelle étaient présentées pour réduire la consommation de gras.
6. Des objectifs individualisés étaient fixés.
7. Comme dans la culture afro-américaine les repas sont des occasions de se réunir avec les amis et les membres de la famille, des repas traditionnels étaient préparés selon des méthodes exigeant peu de gras et avec des ingrédients à faible teneur en gras et servis aux participants et aux membres de leurs familles après la plupart des séances. La participation des membres de la famille était encouragée non seulement pour intégrer au programme les traditions culturelles noires liées aux aliments, mais aussi pour tirer profit de la valeur de la famille et pour régler les problèmes de transport qui sont souvent un obstacle en milieu rural.
8. Des méthodes d'apprentissage par l'expérience étaient utilisées, telles que l'assistance pour la préparation de repas, la lecture des étiquettes alimentaires et le choix d'aliments à un souper d'église fictif.
9. Il y avait cinq séances mensuelles de discussion pairs-professionnelle d'une durée d'une heure consacrées à l'éducation de groupe et à la discussion entre pairs.

<b>INTERVENTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nature du diabète</li> <li>Complications du diabète</li> <li>Évaluation</li> </ul>
<b>SÉANCES</b>	<p><i>Séances d'éducation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Planification de repas sains avec la pyramide alimentaire pour les personnes atteintes de diabète</li> <li>Achat d'aliments afro-américains sains</li> <li>Repas pris à l'extérieur : choix d'aliments afro-américains sains</li> </ul> <p><i>Séances de discussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Discussion ouverte sur tout sujet</li> <li>Discussion du matériel présenté pendant la séance</li> <li>Échange de recettes à faible teneur en gras entre participants et discussion sur ces recettes</li> <li>Discussion sur les mets afro-américains sains préparés pendant la séance</li> <li>Discussion sur les choix d'aliments à un souper d'église fictif</li> </ul>
<b>SUIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appels téléphoniques hebdomadaires</li> <li>Une visite à domicile</li> </ul>
<b>SÉANCE FINALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation</li> </ul>

Ces séances commençaient un mois après les cours et étaient animées par une infirmière gestionnaire de cas qui était aussi une éducatrice en diabète agréée. L'infirmière surveillait la dynamique du groupe et répondait aux questions sur les soins du diabète.

Au cours de la première séance, la pyramide alimentaire était le principal outil d'enseignement. Les participants recevaient un exemplaire de la pyramide alimentaire et les aliments de chaque groupe étaient passés en revue. L'accent était mis sur le nombre convenable de portions de chaque groupe d'aliments compte tenu du poids de la personne et, en cas de surpoids, on suggérait une réduction du nombre de portions. La taille des portions était démontrée au moyen de tasses à mesurer, de cuillères et de modèles alimentaires. On expliquait aux participants comment planifier un repas sain au moyen de modèles alimentaires et les repas ainsi planifiés faisaient l'objet d'une discussion visant à renforcer l'apprentissage. À la fin de la séance, un repas afro-américain traditionnel mais préparé selon des méthodes exigeant peu de gras et avec des ingrédients à faible teneur en gras était servi aux participants et aux membres de leurs familles. Les recettes et techniques étaient présentées aux participants.

La deuxième séance était un cours de cuisine pour apprendre aux participants à réduire la teneur en gras des repas en modifiant leurs méthodes de cuisson et en utilisant des ingrédients à faible teneur en gras. Les membres de la famille étaient invités à assister à cette séance et beaucoup y ont participé activement. La troisième séance mettait l'accent sur l'achat d'aliments sains. Après avoir regardé une vidéo sur la lecture des étiquettes alimentaires, les participants s'exerçaient à lire les étiquettes de divers aliments et apprenaient comment faire l'épicerie. On servait aux participants des aliments à grignoter sains et ils lisaient les étiquettes de ces aliments et discutaient de leur valeur nutritive. La dernière séance portait sur les stratégies relatives aux repas pris à l'extérieur, par exemple au cours d'activités à l'église ou de réunions de famille. On discutait d'un souper d'église fictif pour aider les participants à apprendre à manger sainement à l'extérieur. Chacune des séances était suivie d'une discussion de 30 minutes animée par une infirmière gestionnaire de cas. Ces discussions donnaient l'occasion aux participants de parler de leurs émotions et des obstacles auxquels ils faisaient

face, de partager avec l'ensemble du groupe les stratégies de gestion des changements qui avaient ou non réussi et de recevoir l'appui de leurs pairs ainsi qu'un renforcement pour les changements positifs. Le suivi était assuré par des appels téléphoniques et des visites à domicile. L'infirmière gestionnaire de cas téléphonait au participant une fois par semaine et se rendait chez lui au moins une fois au cours de l'étude. Les objectifs du suivi étaient de permettre aux participants d'appliquer avec succès les renseignements présentés aux séances sur l'alimentation, de lui donner d'autres conseils au besoin, de faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux, d'évaluer et de solliciter le soutien de la famille et d'intervenir rapidement en cas de problèmes exigeant des soins médicaux. Le contact hebdomadaire avec l'infirmière gestionnaire de cas personnalisait le projet et favorisait le développement d'une relation infirmière-patient empathique et misant sur la collaboration. Le développement de cette relation était considéré comme un élément central de la participation continue et du succès du patient.

**Prestation du programme :** Les séances d'éducation étaient données par une diététiste de la région ayant de l'expérience dans le domaine de la thérapie nutritionnelle chez les Noirs atteints de diabète habitant en milieu rural. Une infirmière gestionnaire de cas surveillait la dynamique du groupe au cours des séances de discussion pairs-professionnelle et répondait aux questions sur les soins du diabète.

**Évaluation du programme :** Une étude de faisabilité a d'abord été faite auprès d'un échantillon de commodité de 23 adultes afro-américains à haut risque atteints de diabète qui avaient été recrutés parmi les clients d'un cabinet de médecine familiale d'une région rurale de la Caroline du Sud. Cette étude était fondée sur une étude antérieure menée auprès d'un groupe de discussion.

**Évaluation des résultats :** Il y a eu une réduction significative de l'indice de masse corporelle (IMC) et de la consommation de gras dans le groupe étudié. Une tendance vers la réduction des taux d'HbA<sub>1c</sub> et de lipides a été observée. Les résultats donnent à penser qu'une intervention axée sur l'autogestion alimentaire et adaptée à la réalité culturelle est efficace chez des Afro-Américains du sud des États-Unis, surtout s'ils sont à haut risque

parce que leur alimentation est riche en gras et que leur IMC est de plus de 34 kg/mm<sup>2</sup>. Le programme a attiré des personnes à haut risque. Une forte proportion des patients l'ont terminé et il a produit d'importantes pertes de poids. Il s'est aussi révélé efficace pour modifier les habitudes alimentaires dans une population chez laquelle les aliments riches en gras et les méthodes de cuisson exigent beaucoup de gras font partie de traditions culturelles profondément encrées. Ces résultats ont été obtenus dans un milieu rural où il est difficile de se procurer des aliments à faible teneur en gras peu coûteux.

**Portée du programme :** Le programme a été offert à 97 adultes afro-américains qui avaient été adressés par leur médecin de soins primaires; 33 % de ces personnes ayant abandonné le programme, l'analyse finale des données a porté sur 65 participants.

**Soutien communautaire :** Des églises ont mis des salles à la disposition des chercheurs pour les repas.

**Mobilisation de partenaires :** Les personnes qui ont préparé les aliments étaient des employés de l'hôpital communautaire et les séances ont été tenues dans des locaux de l'hôpital.

**Coûts initiaux :** Les coûts initiaux comprennent ceux de modèles alimentaires afro-américains traditionnels (272 \$), des exemplaires de la pyramide alimentaire pour les personnes atteintes de diabète (25 \$), du programme d'éducation standard sur le diabète de type 2 (65 \$), des pèse-personnes (204 \$), des cartes d'appel (45 \$) et de l'achat d'une cuisinière pour le centre de soins du diabète (750 \$).

**Coûts du maintien du programme :** Chaque personne a reçu 15 \$ pour sa participation, un sweatshirt portant le nom du programme, de petits cadeaux symboliques et des prix de présence à chacune des séances d'intervention et/ou des séances où des tests étaient faits. L'intervention a été très économique. L'infirmière gestionnaire de cas a consacré 12 heures par semaine au programme et la diététiste a reçu des honoraires pour chaque séance à laquelle elle avait participé. Des honoraires minimes ont été versés au médecin de la région dont les patients ont participé au programme et qui a assuré une surveillance

médicale. Les denrées alimentaires étaient achetées en vrac par l'hôpital et les coûts des repas étaient minimes. L'aspect le plus coûteux de l'intervention a été le coût des analyses de laboratoire, même si le laboratoire de l'hôpital avait fait ces analyses à prix réduit.

**Éléments cruciaux à reproduire :** L'intervention doit être adaptée à la réalité culturelle (elle s'est aussi révélée efficace chez les Mexico-Américains). Le leadership d'éducateurs en diabète est de toute première importance.

**Description des facteurs contextuels :** Le professionnel de la santé doit très bien connaître la communauté noire rurale. La cuisine traditionnelle du sud des États-Unis étant riche en graisses saturées, il fallait trouver des solutions de rechange pratiques. Beaucoup des participants avaient un faible niveau de littératie. Les démarches traditionnelles de réduction des risques ne sont pas efficaces chez les Afro-Américains. Les aliments à faible teneur en gras peu coûteux sont difficiles à trouver. Dans cette population, il y a une prédisposition génétique à l'obésité, la nourriture est un élément central de la culture et le niveau de scolarité est bas. Les Noirs de la Caroline du Sud sont environ trois fois plus susceptibles de mourir du diabète que les Blancs, présentent plus souvent des complications et sont deux fois plus susceptibles d'être hospitalisés que les Blancs atteints de diabète.

**Généralisabilité :** Les résultats sont très représentatifs de la Caroline du Sud, dont 70 % de la population habite en milieu rural. « D'autres communautés rurales du sud des États-Unis pourraient, même avec peu de ressources, offrir le programme d'éducation sur le diabète aux Afro-Américains. »

**Leçons apprises :**

- Les méthodes d'apprentissage par l'expérience ont joué un rôle crucial.
- Les différences entre la langue des participants et celle des pourvoyeurs de soins et les préjugés des habitants du milieu rural contre les gens « de l'extérieur » étaient des obstacles possibles reconnus. Si le pourvoyeur de soins connaît le dialecte et les idiomes des participants, ceux-ci le considèrent comme un des leurs.
- Dans les communautés rurales, les pourvoyeurs de soins que les gens considèrent comme étant un des leurs

sont très estimés : on leur fait beaucoup confiance et on apprécie leurs conseils.

- En raison du faible niveau de littératie des participants, l'accent a été mis sur un seul grand concept alimentaire pour augmenter les chances de succès, simplifier l'intervention et faciliter les modifications du comportement.
- Les discussions pairs-professionnelle favorisent l'adaptation à la culture du contenu et des méthodes d'apprentissage ainsi que le soutien des pairs et des membres de la famille. C'est la démarche que les Afro-Américains du sud des États-Unis préfèrent.
- Le développement de la relation entre l'infirmière gestionnaire de cas et le patient était considéré comme un élément central de la participation continue et du succès du patient.

**Autres remarques :** L'intervention faisant l'objet de l'étude était fondée sur une adaptation du modèle conceptuel de gestion des cas par le personnel infirmier en milieu rural. En vertu de ce modèle, l'intervention d'une gestionnaire de cas améliore les résultats physiologiques et l'autogestion du diabète et réduit le coût des soins, mais seulement si elle vise uniquement les clients chez qui les risques, les coûts et le volume sont élevés. La théorie de la mobilisation des collectivités n'est pas mentionnée, mais a vraisemblablement été mise à profit.

**CONTACT :**

**Wanda Anderson-Loftin**

University of South Carolina

College of Nursing

Columbia, South Carolina 29209

Courriel : Wanda-anderson-loftin@sc.edu

---

**Références :**

Anderson-Loftin, W., Barnett, S., Bunn, P., Sullivan, P., Hussey, J., & Tavakoli, A. (2005). Soul food light: Culturally competent diabetes education. *The Diabetes Educator*, 31(4), 555-563.

Anderson-Loftin, W., Barnett, S., Bunn, P., Sullivan, P., Hussey, J., & Tavakoli, A. (2002). Culturally competent diabetes education for southern rural African Americans with diabetes. *The Diabetes Educator*, 28(2), 245-257.

# Gestion axée sur les symptômes

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme d'éducation et de counselling est fondé sur la collaboration entre la patiente et l'infirmière. Il vise à améliorer les compétences en autogestion et les comportements pour permettre aux patientes de bien interpréter et gérer les symptômes de diabète. Le programme comporte une série de quatre visites d'une heure au domicile de la patiente ainsi qu'un rappel téléphonique.

**Création :** 2000

**Révision :** Le programme est constamment révisé en fonction des commentaires obtenus et des résultats des évaluations.

**État actuel :** Le programme est mis en application par l'organisme qui l'a créé.

**Description :** Les quatre modules sur les symptômes traitent des sujets suivants : symptômes liés à l'hyper- et à l'hypoglycémie; engourdissement des pieds, picotements dans les pieds et douleurs des pieds; stress, anxiété et inquiétude; douleurs musculosquelettiques; et symptômes cutanés. Pour chacun des modules, l'infirmière et la patiente parlent de l'autogestion du symptôme, des stratégies psychosociales (p. ex. techniques d'adaptation, réduction du stress, soutien familial, ressources communautaires), de la prise en charge médicale (p. ex. discussion avec le pourvoyeur de soins d'une adaptation possible du traitement médicamenteux ou d'un changement de la fréquence ou du moment des épreuves de glycémie) et de la prévention.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Afro-américaines âgées habitant en milieu rural

**MILIEU :** Domicile

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

- 1 L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Objectifs du programme :** Améliorer le contrôle de la glycémie, le traitement médicamenteux, l'alimentation, l'autosurveillance de la glycémie, les soins auto-administrés et les perceptions de la qualité de vie, et réduire la détresse que causent les symptômes.

**Étapes de mise en application :** Le programme prévoit quatre visites d'une heure de l'infirmière au domicile de la patiente.

**Prestation du programme :** La prestation du programme est assurée par des infirmières éducatrices en diabète.

**Évaluation du programme :** L'évaluation du programme a révélé que les participantes étaient très satisfaites du programme et qu'elles préféraient la prestation à domicile parce qu'il était difficile pour elles de se déplacer. Les participantes ont trouvé très utile la possibilité de poser des questions, parler de leurs expériences liées à la gestion d'un symptôme et résoudre les problèmes. La plupart des participantes n'avaient jamais reçu d'éducation sur le diabète avant les visites à domicile de l'infirmière.

**Évaluation des résultats :** Les quatre visites à domicile d'une heure et le rappel téléphonique ont produit une réduction de 0,76 % des taux d'HbA<sub>1c</sub>. Cette réduction s'est maintenue pendant neuf mois, ce qui démontre que l'effet de l'intervention est durable. Il y a aussi eu des améliorations significatives des soins auto-administrés et des perceptions des patientes de leur qualité de vie.

**Coûts du maintien du programme :** Les données sur les coûts ont été recueillies et sont en voie d'être analysées par les créateurs du programme.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Le soutien personnalisé offert à domicile par l'infirmière et la résolution des problèmes avec la patiente sont des éléments cruciaux du programme. « L'intervention a habilité les participantes par l'entremise d'histoires, du partage d'expériences et de la détermination conjointe des objectifs. »

**Description des facteurs contextuels :** Le programme a été mis en œuvre auprès d'Afro-Américaines âgées habitant en milieu rural.

#### CONTACT :

**Anne H. Skelly, PhD, RN, CS, FAANP**

Professor

School of Nursing

University of North Carolina-Chapel Hill

Chapel Hill, North Carolina 27599-7460

Tél. du bureau : (919) 966-3612

Télé. du bureau : (919) 843-9969

Tél. du bureau de la recherche : (919) 966-3295

Télé. du bureau de la recherche : (919) 843-8238

Courriel : askelly@email.unc.edu

#### Références :

Amoako, E., & Skelly, A. H. (2007). Managing uncertainty in diabetes: an intervention for older African American women. *Ethnicity & Disease, 17*(3), 515-521.

Leeman, J., Skelly A. H., Burns, D., Carlson, J., & Soward, A. (2008). Tailoring a diabetes self-care intervention for use with older, rural African American women. *The Diabetes Educator, 34*(2), 310-317.

Skelly, A. H., Carlson, J. R., Leeman, J., Holditch-Davis, D., & Soward, A. C. (2005). Symptom-focused management for African American women with type 2 diabetes: A pilot study. *Applied Nursing Research, 18*(4), 213-220.

Correspondance avec la Dre Skelly.

# Cercles de la parole

## APERÇU DU PROGRAMME

Le *Diabetes Wellness Project* est un programme d'éducation comportant 12 séances et s'adressant à des personnes de cultures amérindiennes. Ce programme, offert sous forme de cercles de la parole, intègre la tradition orale et des contes amérindiens à la médecine occidentale.

**Création :** 2000

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Un cercle de la parole sur le bien-être de personnes atteintes de diabète comporte de cinq à 20 participants qui s'assoient sur des chaises disposées en cercle. Un facilitateur anime, guide et maintient le processus de groupe. Il commence par créer un milieu confortable qui mise sur la sécurité et la confidentialité. Le facilitateur souhaite ensuite la bienvenue à tous et demande à un des participants d'adresser une prière au Créateur (Être suprême). Il donne ensuite des renseignements sur un des sujets du programme. Le cercle de la parole est ouvert à tous. Tous les participants peuvent prendre la parole et beaucoup racontent des histoires traditionnelles, parlent de leurs expériences et donnent des renseignements. Quand il prend la parole, le participant peut tenir une plume, une pierre ou un autre objet symbolique. Quand une personne a la parole, le facilitateur et les autres participants lui témoignent respect et appui en l'honorant, en étant présents et en lui prêtant une oreille attentive. Une fois que tous les participants ont eu l'occasion de parler, le facilitateur fait un résumé et met fin au cercle de la parole.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Populations autochtones

**MILIEU :** Échelle communautaire

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUES :** Anglais, lakota et winnebago

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.

**Buts du programme :** Le programme vise à accroître les connaissances des participants sur les facteurs de risque de diabète et à améliorer l'autogestion du diabète de type 2.

**Étapes de mise en application :**

Le programme des 12 semaines du *Diabetes Wellness Project* est comme suit :

1. Introduction
2. Perceptions sur le diabète
3. Le diabète et sa prévention
4. Prévention secondaire du diabète
5. Rudiments de la nutrition
6. Préparation d'aliments
7. Nutrition et mets traditionnels
8. Modes de vie sains – dimension physique
9. Modes de vie sains – dimension émotionnelle/spirituelle
10. Modes de vie sains – dimension familiale
11. Modes de vie sains – dimension communautaire
12. Conclusion

**Prestation du programme :** Le facilitateur connaissait la culture des participants et avait reçu la formation voulue sur l'animation d'un cercle de la parole et sur divers aspects du diabète de type 2. Le facilitateur avait de nombreuses fonctions : il choisissait l'heure et le lieu de la rencontre, s'assurait que des aliments sains soient servis aux participants, voyait au recrutement et à la fidélisation des participants, présentait le programme éducatif, menait et animait la discussion qui suivait en respectant la vieille tradition orale et recueillait des données et des mesures.

**Évaluation du programme :** Une entrevue a été menée avec chaque participant pour savoir ce qu'il avait pensé du programme et s'il avait modifié son mode de vie par suite des cercles de la parole.

**Évaluation des résultats :** Les participants des cercles de la parole parlaient des récentes modifications de leur mode de vie, de leur alimentation et de leurs activités physiques. Les cercles de la parole ont été efficaces et bien acceptés par les participants. Le cercle de la parole est un outil culturel qui encourage les gens à vraiment se parler, à s'écouter et à s'appuyer les uns les autres.

**Portée du programme :** Le programme a été offert à des personnes des Premières nations vivant dans une réserve.

**Soutien communautaire :** Fait partie de la culture autochtone.

**Coûts initiaux :** Les coûts initiaux sont inconnus, mais se limitent probablement à ceux de la formation des facilitateurs et des réunions.

**Coûts du maintien du programme :** Minimales.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Il est à remarquer que le facilitateur des cercles de la parole connaissait personnellement les participants, ce qui lui a facilité le recrutement, le maintien de l'intérêt des participants et l'animation des cercles de la parole. Les personnes interviewées au cours de l'étude ont dit que le facilitateur les avait personnellement invitées à participer aux cercles de la parole. Dans les petites collectivités, le bouche à oreille est un moyen de communication efficace. Comme on disait du bien des cercles de la parole, les gens ont accepté d'y participer. Les heures des séances étaient commodes pour ceux qui avaient un horaire chargé.

**Description des facteurs contextuels :** Les participants venaient de réserves indiennes des plaines du Nord des États-Unis. Le cercle de la parole est une méthode ancienne toujours utilisée dans de nombreuses tribus amérindiennes pour la prise de décisions collectives et pour les processus de groupe. Les cercles de la parole étaient une façon adaptée à la réalité culturelle de transmettre des renseignements aux participants, l'éducation étant fondée sur la tradition orale et les contes. Des cercles de la parole sont utilisés pour la transmission de la culture et des traditions, ainsi que pour l'éducation sanitaire et la promotion de la santé. Des études antérieures ont démontré le bien-fondé de l'intégration de l'éducation sanitaire à une coutume culturelle comme les cercles de la parole.

**Généralisabilité :** Les méthodes de partage de renseignements et de soutien mutuel qui sont acceptées et adaptées à la culture, telles que les cercles de la parole,

peuvent être efficacement mises à profit pour le partage de l'information et des sentiments sur le diabète.

**Matériel pouvant être adapté :** On peut se procurer un sommaire du programme et une liste des questions à poser aux participants à la fin du programme.

**Leçons apprises :** Le cercle de la parole est un outil culturel qui encourage les gens à vraiment se parler, à s'écouter et à s'appuyer les uns les autres. Les chercheurs et professionnels de la santé doivent toutefois savoir qu'il peut falloir des années pour structurer et mobiliser les collectivités amérindiennes de façon à réduire la prévalence du diabète de type 2.

**CONTACT :**

**Lorelei De Cora**

SEVA Foundation – Native American Diabetes Project and Diabetes Wellness:  
American Indian Talking Circles Project

---

**Référence :**

Struthers, R., Hodge, F. S., Geishirt-Cantrell, B., & De Cora, L. (2003). Participant experiences of talking circles on type 2 diabetes in two Northern plains American Indian tribes. *Qualitative Health Research*, 13(8), 1094-1115.

# Éducation à distance sur le traitement

## APERÇU DU PROGRAMME

Les rencontres avec les patients externes ont été remplacées par un programme d'éducation à distance. Ce programme pourrait permettre d'améliorer l'équilibre métabolique, les connaissances et compétences en autogestion et les scores de la qualité de vie liée au diabète, tout en réduisant les frais pour le patient et sa famille par rapport au suivi intensif traditionnel. Cette amélioration était toujours manifeste après 12 mois dans les deux groupes.

**Création :** On ignore quand le programme a été créé.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Pour la communication télématique, on a branché un dispositif GlucoBeep au glucomètre et raccordé son haut-parleur au microphone du téléphone du participant. Une fois les résultats des épreuves de glycémie transmis par voie électronique, le patient est invité à laisser un message d'une minute sur les doses d'insuline et les événements. Ces données sont téléchargées par l'équipe de soins diabétologiques, qui donne ensuite les conseils voulus au patient. Les patients peuvent aussi utiliser le logiciel GlucoBeep sur Internet pour obtenir les mêmes renseignements (la présente étude a porté sur le dispositif téléphonique GlucoBeep). L'étude comportait neuf rendez-vous télématiques avec le dispositif GlucoBeep et trois consultations externes.

### Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de 19 à 64 ans

**MILIEU :** Établissements de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Espagne

**LANGUES :** Anglais et espagnol

#### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.

**Objectifs du programme :** Les auteurs de l'étude ont mesuré l'équilibre métabolique, l'autogestion et la qualité de vie au départ, après six mois (fin de l'étude) et après 12 mois. Ils ont aussi évalué les frais pour le patient et sa famille, ainsi que les honoraires des pourvoyeurs de soins consultés.

**Prestation du programme :** La prestation du programme a été assurée par des pourvoyeurs de soins.

**Évaluation du programme :** L'étude a été menée auprès de 40 patients. Vingt ont reçu les soins à distance et les 20 autres ont reçu le traitement intensif classique. Chez les participants ayant reçu les soins à distance, les neuf rendez-vous télématiques et les trois visites à l'hôpital ont pris environ 15 heures, tandis que chez ceux du groupe témoin, les rencontres ont pris en moyenne 48 heures. De plus, l'équipe de soins diabétologiques a consacré en moyenne six heures au suivi des patients du groupe témoin, mais seulement trois heures au suivi de ceux du groupe ayant reçu les soins à distance. Comme le dispositif GlucoBeep a posé des problèmes techniques, les auteurs de l'étude ont conclu qu'il n'était pas assez fiable, pratique ou économique. Ils ont toutefois conclu que l'utilisation d'un système télématique interactif au cours d'une période de suivi intensif produit des améliorations semblables à celles d'un suivi face à face.

**Évaluation des résultats :** L'amélioration de l'équilibre métabolique était semblable dans les deux groupes après six mois (fin de l'étude) et après 12 mois, et il y avait une baisse de la fréquence de l'hypoglycémie légère. Il y a eu dans les deux groupes une augmentation significative du score du test des connaissances sur le diabète (DQK2) ainsi que de la proportion des participants qui ont modifié leurs doses d'insuline en fonction des résultats d'au moins trois épreuves de glycémie par jour. Les frais ont été moindres pour les patients ayant reçu les soins à distance que pour ceux du groupe témoin (durée et coûts des rendez-vous), selon l'endroit où habitaient les patients.

**Portée du programme :** L'étude a été menée auprès de 40 patients. Vingt ont reçu les soins à distance et les 20 autres ont reçu le traitement intensif classique.

**Coûts initiaux :** Inconnus.

**Coûts du maintien du programme :** Inconnus.

**Description des facteurs contextuels :** Les participants avaient entre 18 et 50 ans, étaient atteints de diabète de type 1 depuis au moins deux ans, faisaient au moins trois injections d'insuline par jour et avaient un taux d'HbA<sub>1c</sub> de plus de 8 %.

**Leçons apprises :** Le dispositif de communication utilisé pour les soins à distance doit être fiable et permettre la transmission de toutes les données dont l'équipe de soins diabétologiques a besoin.

**CONTACT :**

**M. Jansa**

Diabetes Unit, Hospital Clinic

170 Villarroel St. 08036

Barcelona, Spain

Courriel : [mjansa@clinic.ub.es](mailto:mjansa@clinic.ub.es)

---

**Référence :**

Jansa, M., Vidal, M., Viaplana, J., Levy, I., Conget, I., Gomis, R., et al. (2006). Telecare in a structured therapeutic education program addressed to patients with type 1 diabetes and poor metabolic control. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 74(1), 26-32.

# Programme offert aux membres d'une congrégation urbaine

## APERÇU DU PROGRAMME

Un programme de réduction du risque de diabète adapté à la réalité culturelle des Samoans a été offert à la congrégation d'une église adventiste du septième jour. Les séances, présentées par le pasteur et le comité de la santé et de la sobriété de l'église, étaient animées par une infirmière spécialisée en diabétologie et deux Samoanes (une éducatrice en diabète ayant reçu la formation voulue et une monitrice de danse aérobique). Le programme prévoyait des séances d'éducation et des cours de conditionnement physique.

**Création :** Pas de date donnée

**Révision :** Pas de date donnée

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Une éducatrice en diabète samoane a animé quatre séances de conscientisation portant sur la nature et les symptômes du diabète, ainsi que sur les conséquences à long terme d'un diabète non équilibré. Ces séances étaient suivies de cours de danse aérobique donnés par une monitrice samoane.

**Étapes de mise en application :** Avant le début des séances, deux Samoanes ont reçu la formation nécessaire pour offrir le programme (une comme éducatrice en diabète et l'autre comme monitrice de danse aérobique). Le programme comportait quatre séances de conscientisation sur le diabète tenues conjointement avec les offices religieux du samedi. Des dépliants, une vidéo, des tableaux à feuilles

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**PUBLIC CIBLE :** Adultes de Samoa

**MILIEU :** Église

**PAYS D'ORIGINE :** Nouvelle-Zélande

**LANGUES :** Samoan et anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

et des affiches ont été utilisés au cours de séances, tous ayant été adaptés à la culture des Insulaires du Pacifique. L'éducatrice en diabète était la principale animatrice à chacune des séances et jouait le rôle d'interprète pour les parties des séances qui se déroulaient en anglais. Les séances portaient sur la nature et les symptômes du diabète, ainsi que sur les conséquences à long terme d'un diabète non équilibré. Elles étaient suivies d'exercices de groupe : exercices en position assise, danse aérobique douce, marche et sports. Il y avait une séance d'exercice par semaine au cours de la première année du programme et deux par semaine par la suite. Diverses mesures étaient prises pour encourager la participation aux séances d'exercice : prix trimestriels pour les personnes les plus assidues, grand prix à la fin de l'année, droits d'adhésion réduits à un centre de conditionnement physique local et équipement d'exercice à l'église. Le programme comportait aussi des démonstrations culinaires offertes en deux séries de quatre séances.

**Prestation du programme :** La prestation du programme a été assurée par une infirmière spécialisée en diabétologie et deux Samoanes membres de la congrégation de l'église où le programme a été offert. Une des femmes avait reçu une formation sur le travail sur le terrain auprès de personnes diabétiques et l'éducation communautaire sur le diabète et l'autre avait été formée comme monitrice de danse aérobique.

**Évaluation du programme :** Les auteurs de l'étude ont noté les taux de participation aux divers volets du programme. Nettement plus de femmes que d'hommes ont assisté aux cours de cuisine. La participation aux autres volets du programme a été semblable chez les femmes et chez les hommes, sauf pour le groupe de soutien, qui était surtout composé de femmes. Les participants ont évalué l'utilité de chacun des volets du programme. Aucun n'a été qualifié de pas très utile ou d'inutile. Le dépistage du diabète, la mesure de la tension artérielle et les mesures anthropométriques ont été qualifiés d'utiles ou de très utiles par 93 à 97 % des participants.

**Évaluation des résultats :** Les résultats de l'étude montrent que chez les personnes visées par le programme, il n'y a pas eu de prise de poids et il y a eu une réduction du tour de taille, une augmentation des connaissances sur le diabète, une augmentation du degré d'activité physique et une réduction de la consommation de gras.

**Soutien communautaire :** Le programme n'aurait pu être offert sans le soutien des leaders de la congrégation et de la communauté samoane.

**Éléments cruciaux à reproduire :** Pendant toute la durée du programme, des discussions ont été tenues avec les leaders et les membres de la congrégation pour que la pertinence culturelle du programme se maintienne. La prestation du programme a été assurée par des membres de la communauté.

**Description des facteurs contextuels :** Selon les auteurs, l'église adventiste du septième jour est devenue le centre de la vie communautaire pour beaucoup d'Insulaires du Pacifique.

**Généralisabilité :** Le programme a été offert dans d'autres églises dont la congrégation était surtout composée d'Insulaires du Pacifique.

#### CONTACT :

**D<sup>r</sup> David Simmons**

Department of Medicine

Middlemore Hospital

Otahuhu, Auckland, Nouvelle-Zélande

---

#### Références :

- Simmons, D., Fleming, C., Voyle, J., Fou, F., Feo, S., & Gatland, B. (1998). A pilot urban church-based program to reduce risk factors for diabetes among western Samoans in New Zealand. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 15(2), 136-142.
- Simmons, D., Voyle, J. A., Fou, F., Feo, S., Leakehe, L. (2004). Tale of two churches: Differential impact of a church-based diabetes control program among Pacific Islands people in New Zealand. *Diabetic Medicine*, 21(2), 122-128.



# Pratiques exemplaires - Mise à jour de 2010

*Pratiques exemplaires et prometteuses  
en matière d'éducation sur le diabète*



# Résumé

**Les sept programmes jugés « exemplaires » sont les suivants :**

**PROGRAMMES EXEMPLAIRES**

- 147 Programme d'éducation avancée sur l'insulinothérapie – Australie
- 150 Programme communautaire d'autogestion du diabète offert par des pairs – États-Unis
- 152 Efficacité d'un programme d'éducation pragmatique – Royaume-Uni
- 155 Effets de l'éducation sur la santé sur le contrôle de la glycémie pendant les Fêtes chez les patients atteints de diabète de type 2 – États-Unis
- 157 Évaluation d'une intervention nutritionnelle à fondement théorique chez des personnes âgées atteintes de diabète sucré – États-Unis
- 160 L'essai de prévention du diabète Joetsu – Japon
- 163 Programme structuré de traitement et d'éducation pour les patients âgés atteints de diabète – Allemagne

**Les trois programmes jugés « prometteurs » sont les suivants :**

**PROGRAMMES PROMETTEURS**

- 167 Éducation informatisée des patients – États-Unis
- 169 Programme LAY – Royaume-Uni
- 171 L'éducation nutritionnelle en présence d'un diabète gestationnel de diagnostic récent – Canada

## Les sept programmes jugés « exemplaires » sont les suivants :

### *Programmes exemplaires*

- 147 Programme d'éducation avancée sur l'insulinothérapie – Australie
- 150 Programme communautaire d'autogestion du diabète offert par des pairs – États-Unis
- 152 Efficacité d'un programme d'éducation pragmatique – Royaume-Uni
- 155 Effets de l'éducation sur la santé sur le contrôle de la glycémie pendant les Fêtes chez les patients atteints de diabète de type 2 – États-Unis
- 157 Évaluation d'une intervention nutritionnelle à fondement théorique chez des personnes âgées atteintes de diabète sucré – États-Unis
- 160 L'essai de prévention du diabète Joetsu – Japon
- 163 Programme structuré de traitement et d'éducation pour les patients âgés atteints de diabète – Allemagne

# Programme d'éducation avancée sur l'insulinothérapie

## APERÇU DU PROGRAMME

Un programme axé sur l'éducation et la modification du comportement a été offert à des patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2 afin d'améliorer l'autogestion du diabète. Le programme comportait des activités d'apprentissage de groupe et l'application de compétences pratiques à la gestion du diabète. Il comportait aussi une éducation axée sur l'autonomisation mettant à profit les processus d'auto-apprentissage des participants et visant l'optimisation de la gestion du diabète.

Création : **2001 à 2007**

Révision : **On ignore si le programme a été révisé.**

État actuel : **Inconnu**

**Description :** Les sujets de cette étude de cohorte historique étaient les patients qui avaient participé au programme d'autonomisation de Newcastle mené en 2001 et 2002. Ils ont été comparés aux patients qui avaient participé au programme d'éducation sur l'insulinothérapie pendant la même période.

L'intervention d'intérêt était le cours de base initial de quatre jours sur l'insulinothérapie, suivi du cours de quatre jours sur l'autonomisation.

Le programme prévoyait des activités pratiques – préparation de repas, visites d'épiceries et activités d'apprentissage de groupe – et une formation sur l'insulinothérapie quotidienne et l'insuline prandiale.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1 ou de type 2 insulinotraité

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Autorégulation, autodétermination et apprentissage social

**PUBLIC CIBLE :** Personnes insulinotraitées de 40 à 70 ans

**MILIEU :** Établissement de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Australie

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

Le personnel se fondait sur l'expérience des participants pour leur apprendre quoi faire en cas d'hypoglycémie, d'hyperglycémie ou de maladie. Le programme portait aussi sur les compétences en autogestion, telles que la résolution des problèmes, ainsi que sur la communication avec les professionnels de la santé, la fixation d'objectifs et l'importance du soutien.

Par l'application d'un processus systématique, le programme modulait les pensées, émotions et comportements du participant en ce qui a trait au diabète pour qu'il atteigne les objectifs fixés au début du cours et améliore sa capacité de prendre des décisions liées aux soins du diabète.

**Buts du programme :** Améliorer le devenir des patients diabétiques et réduire l'utilisation des services hospitaliers par les personnes atteintes de diabète de type 2 qui sont insulinotraitées.

**Objectif du programme :** Montrer qu'un programme d'éducation avancé avait des avantages soutenus pour les patients diabétiques insulinotraités et les professionnels de la santé outre ceux de l'éducation de base sur le diabète.

**Étapes de mise en application :** Le programme durait quatre jours (à raison de 7 ou 8 heures par jour) et était offert une fois par mois. Il comportait deux composantes : l'apprentissage et la modification du comportement.

On a recueilli des données sur les antécédents médicaux du patient et, pour déterminer le nombre de fois où le patient avait été hospitalisé, sur l'accès aux ressources de santé.

**Prestation du programme :** Une démarche coopérative a été utilisée pour la prestation de l'éducation sur le diabète. Les séances, qui s'adressaient à des patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2, étaient animées conjointement par un médecin et une diététiste. Cent dix-neuf personnes ont assisté à la séance axée sur l'éducation et l'autonomisation.

**Évaluation du programme :** Non précisée.

**Évaluation des résultats :** Un programme ponctuel d'éducation avancée sur le diabète portant sur l'autogestion par l'insulinothérapie intensive et axé sur l'autonomisation peut produire une amélioration soutenue du devenir des patients atteints de diabète de type 2 qui sont insulinotraités et réduire l'utilisation que font ces patients des services hospitaliers.

**Portée du programme :** L'étude a été menée en Australie auprès de 119 patients insulinotraités atteints de diabète de type 1 ou de type 2. Ces patients ont été comparés à 312 patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2 qui avaient assisté uniquement au programme d'éducation de quatre jours sur l'insulinothérapie.

**Soutien communautaire :** Les hôpitaux universitaires publics de Newcastle ont offert des soins sans frais à titre externe à la plupart des patients diabétiques.

Les épiceries du quartier ont aussi appuyé le programme en permettant des visites gratuites.

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée.

**Coûts initiaux :** Le programme exige la contribution et l'expertise de professionnels de la santé et l'élaboration du programme d'éducation et d'autonomisation.

**Coûts du maintien du programme :** Prestation de l'éducation et de la formation sur l'autonomisation.

**Description des facteurs contextuels :** Aucune.

**Généralisabilité :** Le programme peut être utilisé pour l'éducation sur l'insulinothérapie.

**Matériel pouvant être adapté :** Matériel du programme d'éducation sur l'insulinothérapie.

**Leçons apprises :** L'intervention a permis d'améliorer les soins du diabète et de retarder les hospitalisations de jusqu'à cinq ans chez les patients atteints de diabète de type 2.

**CONTACT :**

**D<sup>re</sup> Julia M. Lowe**

Department of Endocrinology  
Sunnybrook Health Sciences Centre  
2075 Bayview Avenue  
Toronto, On M4N 3M5

---

**Référence :**

Lowe J.M et al (2009). Does an advanced insulin education program improve outcomes and health service use for people with type 2 diabetes? A 5-year follow-up for the Newcastle Empowerment course. *Diabetic Medicine*, 26, 1277-1281.

# Programme communautaire d'autogestion du diabète offert par des pairs

## APERÇU DU PROGRAMME

Programme communautaire d'autogestion du diabète offert par des pairs. Le programme prévoyait des activités et des séances d'information interactives sur le diabète animées par des pairs leaders. Les résultats sont évalués en fonction des indicateurs de la santé, des comportements liés à la santé et de l'auto-efficacité.

Création : 2005 à 2007

Révision : On ignore si le programme a été révisé.

État actuel : Inconnu

**Description :** Un programme communautaire d'autogestion du diabète d'une durée de six semaines a été offert par des pairs. Il était fondé sur un protocole d'autogestion du diabète et tenait compte de certaines des normes américaines en matière d'éducation sur le diabète. Le programme interactif mettait l'accent sur les plans d'action et la résolution des problèmes. Il avait pour objet d'améliorer l'auto-efficacité des participants par l'acquisition de compétences, la fixation d'objectifs et le renforcement.

Les paramètres mesurés au cours de l'étude ont été l'état de santé, les comportements liés à la santé, l'utilisation des ressources de santé et l'auto-efficacité. Les sujets de cette étude ont été partagés au hasard en deux groupes, soit un groupe recevant les soins habituels (groupe témoin) et un groupe participant à un programme communautaire d'autogestion du diabète offert par des pairs et d'une durée de six semaines. Les groupes ont été comparés après six et douze mois pour ce qui est des paramètres donnés ci-dessus.

**But du programme :** Le programme d'autogestion du diabète vise l'amélioration des indicateurs de l'état de santé et des comportements liés à la santé.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Auto-efficacité

**PUBLIC CIBLE :** Personnes de 18 ans et plus atteintes de diabète de type 2

**MILIEU :** Milieux communautaires (p. ex. églises et centres pour personnes âgées)

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Objectif du programme :** Les auteurs de l'étude avec répartition aléatoire cherchaient à déterminer quelle était l'efficacité des programmes communautaires d'autogestion du diabète après six mois par rapport aux soins habituels administrés à un groupe témoin.

**Étapes de mise en application :** Le programme d'autogestion du diabète comportait une séance de 2,5 heures par semaine pendant six semaines et était animé par deux pairs leaders. Les pairs leaders devaient d'abord recevoir une formation sur le protocole du programme d'autogestion du diabète. Ils apprenaient comment donner un cours, mener un exercice de remue-méninges et animer des séances.

Toutes les normes américaines en matière d'éducation sur le diabète étaient enseignées, sauf celles sur la surveillance de la glycémie et le traitement médicamenteux. Tous les participants recevaient de la documentation et participaient aux six séances hebdomadaires.

**Prestation du programme :** Les séances étaient offertes dans des milieux communautaires, par exemple des églises et des centres pour personnes âgées. Les pairs leaders qui ont assuré la prestation du programme venaient des mêmes communautés.

**Évaluation du programme :** Les leaders ont reçu une formation de quatre jours sur le protocole du programme d'autogestion du diabète au cours de laquelle ils ont appris à donner un cours, à mener un exercice de remue-méninges et à animer des séances structurées.

**Évaluation des résultats :** Le programme d'autogestion du diabète a amélioré les indicateurs de l'état de santé et les comportements liés à la santé. Il n'y a pas eu de baisse des taux d'HbA<sub>1c</sub>, mais il y a eu des avantages comme une amélioration de l'auto-efficacité et de la participation des patients et une atténuation des symptômes de dépression.

**Portée du programme :** Un total de 345 adultes ont participé au programme de six semaines. Il y avait de 10 à 15 participants par groupe.

**Soutien communautaire :** Les pairs leaders étaient des mêmes communautés que les participants et n'étaient pas des professionnels de la santé.

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée.

**Coûts initiaux :** Formation des pairs leaders et impression de la documentation remise aux participants.

**Coûts du maintien du programme :** Non précisés.

**Description des facteurs contextuels :** L'étude a été menée auprès de personnes de 18 ans et plus atteintes de diabète de type 2.

**Généralisabilité :** Un programme communautaire d'autogestion du diabète offert par des pairs produit des effets pendant jusqu'à un an.

Les taux d'HbA<sub>1c</sub> étaient relativement faibles au départ chez les sujets de l'étude, mais l'intervention a produit chez eux des avantages comme une amélioration de leur auto-efficacité et de leur participation et une atténuation des symptômes de dépression.

**Matériel pouvant être adapté :** On a remis à tous les participants le livre intitulé *Living a Healthy Life with Chronic Conditions*.

**Leçons apprises :** Pour répondre aux besoins des personnes, toujours plus nombreuses, atteintes de diabète, il faut élargir la portée de l'éducation factuelle sur le diabète. La prestation de programmes structurés et animés par des pairs est une solution possible. Le programme d'autogestion sur le diabète pourrait devenir un des principaux outils d'éducation sur le diabète.

**CONTACT :**

**Philip L. Ritter**

Suite 205, 1000 Welch Rd.

Palo Alto, CA 94309

philr@stanford.edu

---

**Référence :**

Lorig, K, et al. (2009). Community-based peer-led diabetes self-management. *The Diabetes Educator*. 35(4), 641-651.

# Efficacité d'un programme d'éducation pragmatique

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme PREPARE (*Pre-diabetes, Risk Education and Physical Activity Recommendation and Education*) visait à encourager la pratique de la marche par l'utilisation d'un podomètre chez des personnes présentant une intolérance au glucose (IG).

Les sujets de cet essai avec répartition aléatoire ont soit reçu les soins habituels, soit participé au programme PREPARE et utilisé un podomètre, soit participé au programme PREPARE, mais sans utiliser de podomètre.

Création : **Septembre 2006 à avril 2008**

Révision : **On ignore si le programme a été révisé.**

État actuel : **Inconnu**

**Description :** Des personnes en surpoids et obèses présentant une IG ont été recrutées parmi les sujets d'études en cours sur le dépistage menées au University Hospital à Leicester, au Royaume-Uni. Les participants ont été partagés au hasard en trois groupes : le groupe 1 a participé à un programme d'éducation de groupe structuré de trois heures visant à encourager la pratique de la marche; les participants fixaient des objectifs relatifs au nombre de pas par jour et utilisaient un podomètre. Le groupe 2 a participé à un programme d'éducation de groupe structuré de trois heures visant à encourager la pratique de la marche en utilisant des objectifs temporels génériques. Les patients du groupe 3 ont reçu un court dépliant d'information.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Auto-efficacité

**PUBLIC CIBLE :** Patients (de 65 ans et plus) en surpoids et obèses présentant une intolérance au glucose (IG)

**MILIEU :** Centre de dépistage du diabète

**PAYS D'ORIGINE :** Royaume-Uni

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

**Buts du programme :** Le but principal était de vérifier l'hypothèse voulant que le programme PREPARE soit efficace pour améliorer la tolérance au glucose après douze mois chez les personnes présentant une IG. Le but secondaire était de faire une expérience pour déterminer le rôle du podomètre dans la promotion d'un changement soutenu du comportement.

**Objectifs du programme :** Déterminer si un programme d'éducation pragmatique structuré prévoyant ou non l'utilisation d'un podomètre était efficace pour encourager l'activité physique et améliorer la tolérance au glucose chez les personnes présentant une IG.

**Étapes de mise en application :** Le programme d'éducation PREPARE durait 180 minutes, soit 105 minutes consacrées aux causes, aux complications, à l'évolution et aux caractéristiques de l'IG et 75 minutes consacrées aux sujets suivants :

- efficacité perçue de l'exercice comme traitement de l'IG
- perception de l'auto-efficacité procurée par la marche
- obstacles à la pratique de la marche

**Stratégies d'autorégulation :** Le curriculum du programme était fondé sur la philosophie centrée sur la personne et les techniques d'apprentissage mises au point au cours du programme DESMOND.

L'utilisation du podomètre était fondée sur l'atteinte des objectifs relatifs à l'augmentation du degré d'activité physique.

**Prestation du programme :** Les séances d'éducation ont eu lieu dans une unité de recherche sur le diabète et été animées par deux éducateurs formés par l'entremise du programme DESMOND. Trois et six mois plus tard, des mesures cliniques étaient effectuées et, au même moment, les participants des deux groupes rencontraient les mêmes éducateurs pour une courte révision (10 minutes) du matériel du programme.

**Évaluation du programme :** Non précisée.

**Évaluation des résultats :** L'étude a démontré qu'une éducation de groupe structurée visant à encourager la pratique de la marche par l'utilisation d'un podomètre était efficace pour améliorer la tolérance au glucose chez les sujets quand le dépistage mettait en évidence une IG.

La glycémie après deux heures était le principal critère d'évaluation, tous les autres critères ayant été secondaires. Il y avait des changements relatifs à l'activité physique et à la régulation de la glycémie après trois, six et douze mois.

La glycémie après deux heures avait significativement baissé dans le groupe ayant utilisé le podomètre par rapport au groupe témoin :

- après trois mois (-1,46 mmol/L, -2,36 à -0,56)
- après douze mois (-1,31 mmol/L, -2,20 à -0,43).

La glycémie à jeun avait aussi significativement baissé dans le groupe ayant utilisé le podomètre par rapport au groupe témoin :

- après trois mois (-0,37 mmol/L, -0,63 à -0,11)
- après six mois (-0,3 mmol/L, -0,57 à -0,03)
- après douze mois (-0,32 mmol/L, -0,59 à -0,03).

Il n'y a pas eu de différences pour ce qui est de la glycémie à jeun ou après deux heures entre le groupe ayant participé au programme d'éducation sans utiliser de podomètre et le groupe témoin.

Après trois, six et douze mois, il y avait dans le groupe utilisant le podomètre par rapport au groupe témoin une augmentation significative de l'activité ambulatoire, de la pratique de la marche selon les patients et de la pratique d'activité physique d'intensité modérée ou énergique. Il n'y a pas eu de différences quant aux taux de lipides, au poids corporel, au tour de taille ou à la tension artérielle dans le groupe visé par l'intervention ni dans le groupe témoin.

Aucune amélioration significative n'a été observée chez les patients ayant participé au programme d'éducation standard.

**Portée du programme :** Au total, 87 personnes ont participé à cette étude.

**Soutien communautaire :** Non précisé.

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée.

**Coûts initiaux :** Un podomètre est un instrument qui permet de compter le nombre de pas effectués par un marcheur.

**Coûts du maintien du programme :** Non précisés.

**Description des facteurs contextuels :** Des personnes en surpoids ou obèses présentant une IG ont été recrutées parmi les sujets d'études populationnelles en cours sur le dépistage du diabète menées au Royaume-Uni.

**Généralisabilité :** La généralisabilité est limitée parce que l'étude a été menée dans un seul centre par une équipe de recherche dédiée.

**Matériel pouvant être adapté :** Podomètre.

**Leçons apprises :** Cette étude contrôlée avec répartition aléatoire est la première qui ait montré qu'un programme d'éducation pragmatique structuré permettait de modifier le comportement et d'améliorer la tolérance au glucose chez des personnes présentant une IG.

**CONTACT :**

**Thomas Yates**

Courriel : ty20@lc.ac.uk

---

**Référence :**

Yates t et al. (2009). Effectiveness of a pragmatic education program designed to promote walking activity in individuals with impaired glucose tolerance. *Diabetes Care*, 32(8), 1404-1410.

# Effets de l'éducation sur la santé sur le contrôle de la glycémie pendant les Fêtes chez les patients atteints de diabète de type 2

## APERÇU DU PROGRAMME

Un dépliant éducatif sur les soins du diabète pendant le temps des Fêtes a été préparé et des évaluations médicales régulières ont été faites.

Création : 2004 à décembre 2005

Révision : On ignore si le programme a été révisé.

État actuel : Inconnu

**Description :** Les sujets de cet essai ont été répartis au hasard pour participer au programme 1 (éducation habituelle sur le diabète) ou au programme 2 (remise d'un dépliant éducatif sur les soins du diabète pendant le temps des Fêtes). Les participants ont reçu un dépliant de huit pages sur les mesures à prendre pendant le temps des Fêtes en ce qui a trait à l'alimentation, à l'activité physique et aux déplacements. On a aussi régulièrement effectué des mesures des taux d'HbA<sub>1c</sub>, de la tension artérielle et des taux de lipides, ainsi que des examens des yeux, des reins et des pieds, mais sans offrir aux participants d'éducation régulière sur le diabète. Le programme prévoyait quatre consultations au cours desquelles des prises de sang étaient faites, soit pendant le temps des Fêtes en 2004 puis tous les quatre mois jusqu'en décembre 2005.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**PUBLIC CIBLE :** Personnes de 50 à 70 ans

**MILIEU :** Hôpital

**PAYS D'ORIGINE :** Taïwan

**LANGUE :** Taiwanais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

**But du programme :** Améliorer le contrôle de la glycémie pendant le temps des Fêtes.

**Objectif du programme :** Déterminer si la prestation régulière d'éducation sur le diabète ou la remise, avant le temps des Fêtes, d'un dépliant sur les mesures particulières à prendre pendant les Fêtes améliore le contrôle de la glycémie pendant les Fêtes chez des patients atteints de diabète de type 2.

**Étapes de mise en application :** Cent deux personnes atteintes de diabète de type 2 ont participé au programme et leurs progrès ont été évalués pendant six mois. Les participants ont reçu un dépliant éducatif.

**Prestation du programme :** Le programme a été offert au Taipei Veterans General Hospital. Des diététistes ont fait des recommandations sur l'alimentation et des éducateurs en diabète se sont chargés de l'éducation sur le diabète et du dépistage des complications du diabète.

**Évaluation du programme :** Non précisée.

**Évaluation des résultats :** Le principal critère d'évaluation était le contrôle de la glycémie pendant les Fêtes. Les critères secondaires étaient les changements de la tension artérielle, du poids et du bilan lipidique pendant les Fêtes. La principale constatation a été que le contrôle de la glycémie pendant les Fêtes avait été meilleur chez les patients atteints de diabète de type 2 auxquels on avait remis un dépliant éducatif sur les mesures à prendre pendant les Fêtes que chez ceux visés par la gestion des soins du diabète. Les résultats ont montré que les patients atteints de diabète de type 2 auxquels on avait remis le dépliant éducatif présentaient une glycémie et une fructosaminémie à jeun favorables à la consultation d'après les Fêtes. L'augmentation du taux d'HbA<sub>1c</sub> a été moins marquée au cours des fêtes du Nouvel an chinois chez les patients participant au programme 2, ce qui indique que le contrôle de la glycémie était bon chez eux.

**Portée du programme :** Quatre-vingt-treize habitants de Taipei atteints de diabète de type 2 et ayant de 50 à 70 ans ont terminé le programme.

**Soutien communautaire :** Non précisé.

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée.

**Coûts initiaux :** Non précisés.

**Coûts du maintien du programme :** Non précisés.

**Description des facteurs contextuels :** Le programme a été offert en milieu hospitalier.

**Généralisabilité :** Les dépliants éducatifs qui donnent des directives simples peuvent favoriser le contrôle efficace de la glycémie pendant la période des Fêtes chez les patients atteints de diabète.

L'éducation sur la santé peut améliorer considérablement le contrôle de la glycémie, mais son effet dépend de l'observance du traitement. Cette étude, dont les résultats peuvent être applicables à d'autres fêtes, comme Noël et l'Action de grâce, a montré que les dépliants éducatifs avaient un effet favorable sur le contrôle de la glycémie.

**Matériel pouvant être adapté :** Dépliant éducatif sur les mesures à prendre par les personnes atteintes de diabète de type 2 pendant les Fêtes.

**Leçons apprises :** Les changements apportés par l'équipe et la gestion de cas améliorent le soin des patients.

La principale conclusion est que le contrôle de la glycémie pendant les Fêtes est meilleur chez les patients atteints de diabète de type 2 auxquels on remet un dépliant éducatif sur les mesures à prendre pendant les Fêtes que chez ceux visés par la gestion des soins du diabète.

Chez les patients atteints de diabète de type 2, l'éducation axée sur l'autonomisation a produit des bienfaits globaux plutôt qu'une amélioration de la glycémie.

#### CONTACT :

**Hong-Da Lin**

Taipei Veterans General Hospital

201, Sec 2, Shih-Pai Rd, Taipei 112, Taiwan

Courriel : [hmlin@vghtpe.gov.tw](mailto:hmlin@vghtpe.gov.tw)

---

#### Référence :

Chen. S.H. et al. (2008). Effects of Health Education on Glycemic Control During Holiday Time in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *The American Journal of Managed Care.*(14),45-51.

# Évaluation d'une intervention nutritionnelle à fondement théorique chez des personnes âgées atteintes de diabète sucré

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme comportait dix séances de groupe hebdomadaires animées par une diététiste et avait pour objet d'améliorer les connaissances sur les étiquettes alimentaires et les compétences en auto-gestion chez des personnes âgées atteintes de diabète de type 2.

**Création :** On ignore quand le programme a été créé.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le programme comportait dix séances de groupe hebdomadaires animées par une diététiste. Il portait sur les étiquettes alimentaires, la planification des repas et le choix d'aliments sains et s'adressait à des personnes de 65 ans et plus atteintes de diabète de type 2.

Les principes du traitement de l'information, de la théorie de l'apprentissage et de la théorie sociale cognitive ont été mis à profit pour la création et l'évaluation du programme. Les principaux critères d'évaluation étaient les connaissances des participants, les résultats qu'ils s'attendaient à obtenir, leur auto-efficacité et leur capacité de prendre des décisions.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie sociale cognitive, théorie de l'apprentissage signifiant

**PUBLIC CIBLE :** Personnes de 65 ans et plus atteintes de diabète

**MILIEU :** Offert à titre externe

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.

Trois outils ont été créés pour évaluer les résultats du programme : un questionnaire de 17 items sur les étiquettes alimentaires, un examen comportant 30 questions à choix multiples sur les connaissances des patients et des questions ouvertes sur la nutrition.

**Buts du programme :** Améliorer l'éducation sur la nutrition, les connaissances et les compétences nécessaires à l'autogestion du diabète chez des personnes âgées atteintes de diabète.

**Objectif du programme :** Améliorer les connaissances sur les étiquettes alimentaires et les compétences en matière de gestion du diabète.

**Étapes de mise en application :** Le programme a été offert à titre externe et comportait dix séances de groupe hebdomadaires d'une durée de 1,5 à 2 heures.

**Prestation du programme :** Le programme a été offert à titre externe par une diététiste.

**Évaluation du programme :** Non précisée.

**Évaluation des résultats :** L'étude a montré que l'éducation sur la nutrition pouvait améliorer les résultats sur le plan de la santé chez des patients âgés atteints de diabète. Les améliorations ont été plus marquées chez les participants du groupe visé par l'intervention pour tous les critères évalués, sauf les résultats négatifs. Un résultat positif était une amélioration du contrôle de la glycémie et un résultat négatif était une augmentation du temps consacré à faire l'épicerie. Les scores d'auto-efficacité ont montré que les patients avaient davantage confiance en leur capacité de surmonter les obstacles à la gestion du diabète.

L'étude a montré qu'il y avait des améliorations au chapitre des connaissances déclaratives et procédurales après l'intervention.

**Portée du programme :** Les participants avaient 65 ans et plus et étaient atteints de diabète de type 2 depuis au moins un an. Les 93 participants qui ont terminé l'étude étaient surtout des Blancs bien instruits ayant peu de limitations fonctionnelles. Les scores relatifs à la prise de décisions ont montré qu'il y avait eu des augmentations significatives de la capacité des participants d'utiliser des critères valables pour choisir leurs aliments.

**Soutien communautaire :** Non précisé.

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée.

**Coûts initiaux :** Non précisés.

**Coûts du maintien du programme :** Non précisés.

**Description des facteurs contextuels :** L'étude a été menée auprès de patients externes.

**Généralisabilité :** Des stratégies utiles pour les interventions nutritionnelles peuvent être tirées des résultats de cette étude, mais celle-ci comporte plusieurs limites manifestes. Premièrement, comme les sujets de l'étude étaient surtout des Blancs bien instruits ayant peu de limitations fonctionnelles, l'efficacité de l'intervention devrait être évaluée dans une population plus culturellement hétérogène. Deuxièmement, les répercussions à long terme de l'intervention n'ont pas été étudiées, mais, en résumé, l'étude démontre que l'éducation nutritionnelle peut améliorer les résultats chez les personnes âgées atteintes de diabète.

**Matériel pouvant être adapté :** Concepts théoriques pour l'élaboration d'une intervention nutritionnelle.

Le questionnaire sur les résultats attendus et le questionnaire sur l'auto-efficacité sont fournis.

**Leçons apprises :** L'étude a montré que les gens pouvaient assimiler de sept à neuf nouveaux concepts par séance d'apprentissage. Le nombre de nouveaux concepts présenté était limité et le lien entre les concepts a été illustré pendant toute la durée de l'intervention. Les patients âgés atteints de diabète doivent recevoir une éducation pour pouvoir utiliser l'information nutritionnelle qui figure sur les étiquettes pour choisir leurs aliments, planifier leurs repas et gérer le diabète. Les professionnels du diabète ont les compétences nécessaires pour offrir des programmes d'éducation sur les étiquettes alimentaires. L'éducation sur les étiquettes alimentaires doit donc être incorporée au counselling en matière de nutrition des personnes atteintes de diabète.

L'éducation doit mettre l'accent sur des nutriments clés plutôt que sur tous les nutriments qui figurent sur les étiquettes alimentaires pour réduire la confusion et faciliter la prise de décisions relatives aux aliments.

Cette étude a fait ressortir qu'au chapitre de l'amélioration des résultats attendus, il y avait un lien entre les choix alimentaires et les résultats sur le plan de la santé chez

les personnes atteintes de diabète. L'information doit être présentée en petits fragments significatifs pour que les patients puissent l'intégrer à la structure de leurs connaissances. Pour améliorer l'auto-efficacité, il faudrait que l'application des nouvelles connaissances soit modélisée pour les clients et que ceux-ci s'exercent à appliquer les compétences acquises.

**CONTACT :**

**Carla K. Miller**

Pennsylvania State University

12 Henderson Building

University Park, PA 16802

Courriel : [ckm105@psu.edu](mailto:ckm105@psu.edu)

---

**Référence :**

Miller K. C et al. (2002). Evaluation of a theory-based nutrition intervention for older adults with diabetes mellitus. *Journal of the American Dietetic Association*, 102:1069-1074.

# L'essai de prévention du diabète Joetsu

## APERÇU DU PROGRAMME

Un programme d'éducation sur le diabète de deux jours offert en milieu hospitalier a été élaboré pour ralentir ou prévenir la progression de l'intolérance au glucose (IG) vers le diabète de type 2. Pour évaluer les effets d'un programme d'éducation sur le diabète de deux jours offert en milieu hospitalier, un essai a été mené auprès de 426 personnes chez qui une IG venait d'être diagnostiquée. Les participants ont été partagés en trois groupes : un groupe de 143 sujets participant à un programme d'éducation et de soutien pendant une hospitalisation de courte durée (groupe HCD), un groupe de 141 sujets participant à un programme d'éducation et de soutien, mais sans être hospitalisés (groupe PES) et un groupe de 142 sujets non hospitalisés ne participant pas à un programme d'éducation (groupe témoin).

Création : **Jun 2003 à juillet 2007**

Révision : **On ignore si le programme a été révisé.**

État actuel : **Inconnu**

**But du programme :** Ralentir la progression vers le diabète de type 2 au moyen d'un programme d'éducation.

**Objectif du programme :** Déterminer si un programme d'éducation sur le diabète de deux jours offert en milieu hospitalier pouvait ralentir ou prévenir l'évolution de l'IG vers le diabète de type 2.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2 et intolérance au glucose (IG)

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Non précisé

**PUBLIC CIBLE :** Personnes de 42 à 60 ans chez qui une IG vient d'être diagnostiquée

**MILIEU :** Hôpital

**PAYS D'ORIGINE :** Japon

**LANGUE :** Japonais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Description :** On a donné aux patients du groupe témoin des renseignements généraux sur le diabète et l'IG. Les médecins leur ont remis des dépliants sur le diabète contenant des directives générales sur l'alimentation et l'amélioration du mode de vie, mais ces patients n'ont pas reçu de counselling individuel ni participé à des séances structurées de counselling de groupe.

Les patients du groupe HCD ont assisté à un programme d'éducation comportant neuf cours sur l'alimentation, l'activité physique et la modification du comportement. Les cours, individuels ou de groupe, ont été donnés par des professionnels de la santé (infirmières, pharmaciens et médecins) et ont duré de 20 à 40 minutes chacun. Les patients ont appris à faire des exercices et été encouragés à les pratiquer en dehors du cours.

On a remis de la documentation aux patients du groupe PES et on leur a offert des séances périodiques de counselling individuel (de 20 à 30 minutes) mettant l'accent sur l'importance d'un mode de vie sain. Les participants ont été encouragés à suivre les recommandations du guide sur le diabète publié par la Société japonaise du diabète et du guide sur l'alimentation pour perdre du poids et faire davantage d'activité physique.

Tous les trois mois, les participants ont reçu un rappel sur les services offerts à titre externe. Ils ont aussi consulté leur médecin tous les trois mois. Au cours de la consultation de suivi, on a pesé les participants, mesuré leur tour de taille, pris leur tension artérielle et recueilli des échantillons de sang et d'urine. Au cours de chaque consultation, les médecins ont consacré de 5 à 10 minutes aux conseils sur le diabète ou l'IG. Par la suite, il y a eu des séances individuelles de 20 à 30 minutes chez les patients des groupes HCD et PES.

Au départ et après six mois, on a fait un sondage auprès des participants sur le respect des recommandations.

Le principal critère d'évaluation était la survenue d'un diabète, selon les résultats de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) après l'ingestion de 75 g de glucose ou du dosage de la glycémie à jeun effectué tous les trois mois.

**Étapes de mise en application :** Prestation du programme d'éducation, consultation de suivi et évaluation de l'IG.

**Prestation du programme :** Le programme a été offert à l'hôpital Niigata-Rousal dans des conditions semblables à celles de la pratique clinique. Les séances de 20 à 40 minutes, animées par divers professionnels de la santé, étaient individualisées et adaptées à la réalité culturelle des participants.

**Évaluation du programme :** Tout le personnel a assisté à une séance de formation de deux jours sur les directives standard concernant l'alimentation et l'activité physique.

**Évaluation des résultats :** L'incidence annuelle du diabète a été de 8,0 % dans le groupe HCD, de 10,7 % dans le groupe PES et de 13,2 % dans le groupe témoin.

L'incidence du diabète a été 42 % plus basse dans le groupe HCD et 27 % plus basse dans le groupe PES que dans le groupe témoin. L'incidence du diabète a été 21 % plus basse dans le groupe HCD que dans le groupe PES.

La glycémie à jeun, la glycémie selon l'HGPO d'une durée de deux heures et le taux d'HbA<sub>1c</sub> ont graduellement augmenté dans les trois groupes pendant les trois années de l'étude.

Les patients du groupe HCD ont perdu plus de poids que ceux des groupes PES et témoin.

Le tour de taille et les taux de lipides sériques ont aussi graduellement augmenté dans tous les groupes au cours des trois années de l'étude.

Il y a eu une augmentation significative du cholestérol total dans le groupe témoin par rapport aux deux autres groupes. Les résultats montrent qu'un programme d'éducation sur le diabète de deux jours offert en milieu hospitalier et un soutien trimestriel pouvaient ralentir ou prévenir la progression de l'IG vers le diabète de type 2. De plus, le programme était efficace pour motiver les participants présentant une IG et leur donner de la volonté.

**Portée du programme :** Le programme a été offert à 426 adultes japonais chez qui une IG venait d'être diagnostiquée.

**Soutien communautaire :** Non précisé.

**Mobilisation de partenaires :** La Société japonaise du diabète a fourni des exemplaires de son guide sur le diabète.

**Coûts initiaux :** Élaboration du curriculum et embauche des spécialistes de la santé pour la prestation du programme. Le coût du programme est de 1470 \$ par patient pour une période de trois ans.

**Coûts du maintien du programme :** Non précisés.

**Description des facteurs contextuels :** L'étude a été menée dans des conditions semblables à celles de l'éducation offerte en pratique clinique en milieu hospitalier.

**Généralisabilité :** L'étude a été menée selon un plan PROBE et les participants étaient à peu près tous de la même région, de la même race et du même groupe ethnique.

**Matériel pouvant être adapté :** Matériel du programme d'éducation et guide de la Société japonaise du diabète.

**Leçons apprises :** Comme le programme est simple et exige moins de personnel que les programmes traditionnels, il pourrait réduire les coûts de main-d'œuvre et de formation associés à la prévention d'un cas de diabète.

\* Remarque : Cette pratique est reconnue comme exemplaire au Japon. En Amérique du Nord, l'éducation sur le diabète n'exige pas l'hospitalisation.

**CONTACT :**

**Tetsuya Kawahara**

Courriel : k-tetsuy@niirou.jp

---

**Référence :**

Kawahara T. et al.(2008). The Joetsu Diabetes Prevention Trial. *Diabetes Care*, 31(10) 1949-1954.

# Programme structuré de traitement et d'éducation pour les patients âgés atteints de diabète

## APERÇU DU PROGRAMME

L'Association allemande du diabète a élaboré un programme structuré de traitement et d'éducation (PSTE) pour les patients âgés atteints de diabète de type 2. Ce nouveau programme met l'accent sur les objectifs thérapeutiques et le maintien de l'autonomie.

Création : **Mai 2004 à mai 2005**

Révision : **On ignore si le programme a été révisé.**

État actuel : **Inconnu**

**Description :** Le PSTE pour les personnes âgées comportait des séances d'éducation de 45 minutes et mettait l'accent sur l'apprentissage intensif des compétences pratiques, telles que les injections d'insuline, l'autosurveillance et la gestion de l'hypoglycémie. Il était adapté aux besoins de personnes âgées (p. ex. directives données plus lentement et absence de termes techniques). Du matériel éducatif, dont un livret pour les patients et des tableaux à feuilles, a été utilisé.

Avant et après le programme, on a évalué les connaissances des participants sur le diabète et effectué des examens médicaux pour déterminer l'efficacité du traitement.

## Pratique exemplaire

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Théorie de l'autonomisation

**PUBLIC CIBLE :** Personnes âgées

**MILIEU :** Établissement de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Allemagne

**LANGUE :** Allemand

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**But du programme :** Améliorer l'autogestion du diabète chez des personnes âgées.

**Objectif du programme :** Évaluer l'efficacité d'un nouveau programme structuré de traitement et d'éducation sur le diabète mettant à profit des démarches didactiques particulières et des sujets qui conviennent aux patients âgés.

**Étapes de mise en application :** Le PSTE pour les personnes âgées comportait sept séances d'éducation de 45 minutes. Les séances visaient à améliorer les compétences en autogestion du diabète chez des personnes âgées. Il y avait de quatre à six patients par groupe, ce qui favorisait une interaction directe.

**Prestation du programme :** Le programme a été offert de façon à faciliter l'apprentissage chez des personnes âgées. Il tenait compte des limites avec lesquelles composent les personnes âgées (perte de la mémoire à court terme et ralentissement du traitement de l'information). Les méthodes d'enseignement étaient simples et du matériel éducatif était utilisé pour renforcer l'apprentissage.

**Évaluation du programme :** On a utilisé un questionnaire standard pour déterminer les connaissances des patients et la satisfaction des patients à l'égard du traitement.

**Évaluation des résultats :** Les résultats ont montré que le PSTE pour les personnes âgées avait produit une réduction significative du taux d'HbA<sub>1c</sub>, réduit l'incidence des complications à court terme, accru les connaissances sur le diabète et amélioré les compétences en autogestion du diabète.

La participation à un programme d'éducation structuré a été associée à une amélioration de la qualité de vie chez les personnes âgées atteintes de diabète de type 2. La satisfaction à l'égard du traitement a légèrement augmenté, mais pas de façon significative.

**Portée du programme :** Le programme a été mené auprès de 155 patients âgés atteints de diabète de type 2.

**Soutien communautaire :** Non précisé.

**Mobilisation de partenaires :** Le programme a été créé par un groupe de travail de l'Association allemande du diabète.

**Coûts initiaux :** Non précisés.

**Coûts du maintien du programme :** Non précisés.

**Description des facteurs contextuels :** Aucune.

**Généralisabilité :** La composante didactique du programme a permis de réduire les difficultés courantes de l'éducation sur le diabète chez les personnes âgées.

**Matériel pouvant être adapté :** Le PSTE pour les personnes âgées exige moins de ressources (p. ex. main-d'œuvre) que d'autres programmes d'éducation.

**Leçons apprises :** Le nouveau PSTE pour les personnes âgées a permis de surmonter un problème croissant et de combler une lacune parce qu'il s'adresse tout particulièrement aux personnes âgées atteintes de diabète.

**CONTACT :**

**Andrej Zeyfang**

Bethesda Hospital Stuttgart

Stuttgart, Germany 70184

Tél. : (+49) 711 2156251

Courriel : andrej.zeyfang@bethesdastuttgart.de

---

**Référence :**

Braun K. A et al. (2009). SGS: a structured treatment and teaching program for older patients with diabetes mellitus- a prospective randomized controlled multicentre trial. *Age and Ageing*, 38:390-396.

# RÉSUMÉ

## Pratiques prometteuses

*Pratiques exemplaires et prometteuses  
en matière d'éducation sur le diabète*

## Les trois programmes jugés « prometteurs » sont les suivants :

### *Programmes prometteurs*

- 167 Éducation informatisée des patients – États-Unis
- 169 Programme LAY – Royaume-Uni
- 171 L'éducation nutritionnelle en présence d'un diabète  
gestationnel de diagnostic récent – Canada

# Évaluation informatisée des patients

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme appliquait l'éducation informatisée à la maîtrise du diabète. Les participants ont utilisé les tutoriels de Medline Plus pendant douze mois en plus de recevoir les soins standard. Les résultats ont été évalués au moyen de mesures cliniques et de sondages sur la modification du comportement.

**Création :** On ignore quand le programme a été créé.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Des patients parlant espagnol et anglais qui étaient atteints de diabète de type 2 ont été invités à participer à l'étude. Les résultats cliniques ont été déterminés selon des mesures cliniques (poids, IMC, tension artérielle et taux d'HbA<sub>1c</sub>) faites à divers moments. L'intervention prévoyait l'utilisation de tutoriels interactifs sur le site medlineplus.gov (qui donne gratuitement accès à des renseignements sur la santé de grande qualité en anglais et en espagnol). Les tutoriels comportaient une présentation multimédia très interactive qui simplifiait l'information et contenait des animations graphiques et des séquences audio qui accrochaient le patient. Le patient répondait à des questions et recevait une rétroaction, ce qui permettait de vérifier qu'il avait compris. Les quatre tutoriels portaient sur des aspects différents du diabète : généralités sur le diabète, planification des repas, soin des pieds et soin des yeux. À chacune de ses visites, le patient était invité à utiliser un des quatre tutoriels. Après chacun, les patients étaient invités à obtenir d'autres renseignements sur la santé en visitant le site Web du gouvernement.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 1 et de type 2

**NIVEAU :** Séances individuelles

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Non précisé

**PUBLIC CIBLE :** Patients de descendance espagnole de faible niveau de littératie

**MILIEU :** Centre de santé communautaire

**PAYS D'ORIGINE :** États-Unis

**LANGUES :** Anglais et espagnol

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.

**But du programme :** Accroître les connaissances sur le diabète au moyen de l'éducation informatisée pour améliorer l'équilibre du diabète.

**Objectif du programme :** Mettre en application les tutoriels sur le diabète X-Plain de Medline Plus.

**Étapes de mise en application :** Le programme de 12 mois portait sur quatre aspects du diabète. Les résultats ont été déterminés au moyen de mesures cliniques (poids, IMC, tension artérielle) et d'un sondage sur les connaissances du patient, la modification de son comportement et son utilisation des interventions.

**Prestation du programme :** Les participants ont reçu les soins standard, qui comportaient entre autres la consultation régulière d'un pourvoyeur de soins et la consultation facultative d'un éducateur en diabète. Le programme a été offert dans un centre de santé communautaire urbain.

**Évaluation du programme :** Non précisée.

**Évaluation des résultats :** Une ressource importante a été mise à la disposition de patients qui n'y auraient autrement pas eu accès. Les participants de faible niveau de littératie ont pu consulter des renseignements récents et fiables. Les taux d'HbA<sub>1c</sub> et de cholestérol des LDL ont eu tendance à baisser. L'étude corrobore la théorie voulant que l'éducation informatisée des patients ait un impact positif sur les résultats cliniques.

**Portée du programme :** Au total, 108 patients ont participé à l'étude. Ils étaient de divers groupes ethniques, faisaient partie de minorités et leur langue maternelle était l'espagnol. Beaucoup d'entre eux étaient de faible niveau socio-économique.

**Soutien communautaire :** L'étude a été menée dans une clinique de soins primaires desservant des patients de divers groupes ethniques et à faible revenu.

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée.

**Coûts initiaux :** Accès à un ordinateur branché à Internet.

**Coûts du maintien du programme :** Utilisation du site medlineplus.gov (qui donne gratuitement accès à des renseignements sur la santé de grande qualité en anglais et en espagnol).

**Description des facteurs contextuels :** Les patients visés avaient un faible niveau de littératie et parlaient anglais et espagnol. Beaucoup d'entre eux étaient de faible niveau socio-économique et étaient relativement peu instruits.

**Généralisabilité :** Non précisée.

**Matériel pouvant être adapté :** Tutoriels sur le diabète X-Plain de Medline Plus.

**Leçons apprises :** Dans un centre de santé communautaire disposant de ressources éducatives limitées, on avait besoin de documentation sur la santé adaptée à la réalité culturelle et convenant à des patients de faible niveau de littératie. L'étude a été menée auprès d'un petit groupe de patients et les différences observées n'ont pas été statistiquement significatives. Elle corrobore la théorie voulant que l'éducation informatisée des patients ait un impact positif sur les résultats cliniques.

**CONTACT :**

**Aviva Zyskind**

Unity Health care Inc

3020 14th Street NW

Washington DC, 20009

Courriel : [azyskind@unityhealthcare.org](mailto:azyskind@unityhealthcare.org)

---

**Référence :**

Zyskind A. et al. (2009). Exploring the use of computerbased patient education resources to enable diabetic patients from under served populations to self-manage their disease. *Information Services & Use*, 29-43.

# Programme LAY

## APERÇU DU PROGRAMME

Le programme LAY (*Look After Yourself*) était un programme d'éducation structuré et axé sur l'autonomisation qui s'adressait aux patients atteints de diabète de type 2. Il mettait à profit diverses méthodes d'enseignement pour améliorer les soins auto-administrés, les croyances relatives à la maladie et le contrôle de la glycémie.

**Création :** On ignore quand le programme a été créé.

**Révision :** On ignore si le programme a été révisé.

**État actuel :** Inconnu

**Description :** Le programme LAY était un programme d'éducation axé sur l'autonomisation dont les trois éléments étaient l'activité physique, la relaxation et la présentation d'information relative à la santé.

Diverses méthodes d'enseignements étaient utilisées, dont les discussions de groupe, les jeux de rôles, la fixation d'objectifs, la relaxation et la pratique des compétences. Le cours comportait une séance de deux heures par semaine pendant huit semaines.

Le programme se distinguait notamment par l'utilisation de cubes sur divers thèmes servant de repères visuels et visant à alimenter la discussion entre les participants.

**But du programme :** Amélioration du contrôle de la glycémie par l'éducation sur le diabète.

**Objectif du programme :** Non précisé.

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète de type 2

**NIVEAU :** Séances de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Éducation axée sur l'autonomisation

**PUBLIC CIBLE :** Personnes âgées

**MILIEU :** Hôpitaux et centres de santé

**PAYS D'ORIGINE :** Royaume-Uni

**LANGUE :** Anglais

### RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.
5. La prestation de l'éducation sur le diabète est conforme aux normes d'exercice des professionnels de la santé qui y participent.
6. L'efficacité et la qualité des services d'éducation sur le diabète sont au besoin revues régulièrement.

**Étapes de mises en application :** Prestation de l'éducation, évaluation des données cliniques, questionnaires sur le diabète et groupes de discussion.

**Prestation du programme :** Les cours ont été animés par des spécialistes du diabète et des infirmières expérimentées et qualifiées auxquelles un des auteurs avait donné une formation sur le programme LAY.

**Évaluation du programme :** Un groupe de consultation a été formé pour discuter des aspects qualitatifs du programme en vue d'une analyse et de modifications possibles.

**Évaluation des résultats :** Dans le groupe visé par l'éducation, il y a eu une réduction faible mais significative du taux d'HbA<sub>1c</sub>, une attitude positive et une amélioration de la perception de l'efficacité du traitement. Il y a aussi eu une amélioration de l'autogestion.

**Portée du programme :** Quatre-vingt-neuf patients ont été recrutés parmi la clientèle de services hospitaliers des consultations externes en diabétologie et de centres de traitement du diabète. Les participants étaient atteints de diabète de type 2 et avaient en moyenne 59 ans.

**Soutien communautaire :** Centres de santé communautaires et hôpitaux.

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée.

**Coûts initiaux :** Coûts de la formation des animateurs.

**Coûts du maintien du programme :** Non précisés.

**Description des facteurs contextuels :** Trois centres ont participé au programme, soit un hôpital d'enseignement du centre-ville, un hôpital général de banlieue et un centre de santé communautaire urbain.

**Généralisabilité :** Le programme mise sur une démarche d'éducation peu coûteuse et facilement adaptable à la réalité de centres de traitement du diabète achalandés.

**Matériel pouvant être adapté :** Application de tous les éléments du programme d'éducation sur la santé LAY et des mesures d'évaluation des résultats.

**Leçons apprises :** L'éducation sur le diabète a de nombreux avantages et on ne doit pas juger de ses résultats en fonction de critères cliniques standard.

**CONTACT :**

**Geof Gill**

Courriel : [g.gill@liv.ac.uk](mailto:g.gill@liv.ac.uk)

Tél. : +44 151 529 4748

---

**Référence :**

Gill.G et al.(2008). A trial of empowerment-based education in type 2 diabetes-global rather than glycemc benefits. *Diabetes research and clinical practice*. 82, 165-171.

# L'éducation nutritionnelle en présence d'un diabète gestationnel de diagnostic récent

## APERÇU DU PROGRAMME

Des femmes atteintes de diabète gestationnel (DG) ont été choisies pour participer à des séances de counselling de petit groupe ou individuel. Le counselling nutritionnel comportait une séance d'éducation interactive s'appuyant sur du matériel éducatif écrit. Les connaissances des participantes ont été évaluées à divers moments au moyen d'un examen sur les renseignements présentés à la séance de counselling.

Création : 1998 à 2001

Révision : On ignore si le programme a été révisé.

État actuel : Inconnu

**Description :** Les participantes, qui se rendaient déjà une fois la semaine à une clinique du DG, ont assisté à des séances de counselling de groupe ou individuel. Le programme prévoyait la consultation de professionnels de la santé, du counselling et des directives sur l'autosurveillance de la glycémie. Trois outils éducatifs étaient utilisés au cours des séances de groupe et individuelles, dont des tableaux à feuilles de table et des modèles alimentaires. Les outils éducatifs étaient adaptés à la réalité culturelle des participantes, c'est-à-dire qu'ils comprenaient divers aliments ethniques. Des modèles alimentaires et des outils de mesure étaient utilisés pour les démonstrations. De la documentation d'appui était utilisée au cours des deux types de séance pour renforcer l'apprentissage. Les participantes ont rempli un

## Pratique prometteuse

**POINT DE MIRE :** Diabète gestationnel

**NIVEAU :** Séances individuelles et de groupe

**FONDEMENT THÉORIQUE :** Non précisé

**PUBLIC CIBLE :** Femmes atteintes de DG

**MILIEU :** Clinique du DG

**PAYS D'ORIGINE :** Canada

**LANGUE :** Anglais

## RESPECT DES NORMES SUIVANTES DE LA SED :

1. L'éducation sur le diabète est fondée sur une évaluation continue et axée sur la clientèle des besoins des personnes et/ou communautés.
2. Les projets d'éducation sur le diabète sont axés sur la clientèle et continus.
3. La mise en application de l'éducation sur le diabète est axée sur la clientèle et favorise l'apprentissage.
4. Les services d'éducation sur le diabète mettent à profit les autres ressources et services dont ont besoin les personnes atteintes de diabète, les personnes qui les appuient et/ou les communautés touchées par le diabète.

questionnaire à trois reprises, soit avant et immédiatement après le counselling nutritionnel et une semaine plus tard, ce qui a permis une évaluation de leurs connaissances.

**Buts du programme :** Par l'entremise de séances de counselling, améliorer l'autogestion du DG et accroître les connaissances sur la nutrition.

**Objectifs du programme :** Le principal objectif était de comparer les femmes atteintes de DG qui avaient assisté aux séances de counselling de petit groupe à celles qui avaient assisté aux séances de counselling individuel du point de vue de leurs connaissances sur la nutrition. L'objectif secondaire était de déterminer si les paramètres démographiques avaient eu un impact sur l'apprentissage.

**Étapes de mise en application :** Les participantes ont été recrutées parmi des femmes qui se rendaient déjà une fois la semaine à une clinique du DG de l'hôpital Toronto General.

Trois outils éducatifs ont été utilisés au cours des séances de groupe et individuelles, soit des tableaux à feuilles de table, des modèles alimentaires et des outils de mesure. La documentation utilisée comprenait un plan de repas individualisé fondé sur le système des choix alimentaires de l'Association canadienne du diabète et des directives générales sur la nutrition.

**Prestation du programme :** Le programme prévoyait la consultation d'un endocrinologue, des services de counselling offerts par une diététiste et des directives sur l'autosurveillance de la glycémie données par une infirmière. Les patientes consultaient l'endocrinologue une fois par semaine et étaient de nouveau dirigées vers l'infirmière ou la diététiste au besoin.

La séance interactive de counselling nutritionnel (2 à 4 patientes par groupe) durait une heure.

**Évaluation du programme :** Non précisée.

**Évaluation des résultats :** Les séances de counselling nutritionnel de petit groupe ont été aussi efficaces que les séances individuelles. Les femmes qui assistaient aux séances de petit groupe étaient encouragées à parler de leurs problèmes et à poser des questions.

Chez les participantes, il y a eu un accroissement significatif des connaissances et les objectifs d'apprentissage ont été atteints. Les résultats indiquent que le niveau de scolarité influe sur l'apprentissage, mais pas la connaissance des compétences nutritionnelles associées au DG.

**Portée du programme :** Les participantes ont été recrutées parmi des femmes qui se rendaient déjà une fois la semaine à la clinique du DG de l'hôpital Toronto General. Les 76 femmes qui ont accepté de participer au programme étaient de cultures diverses et de niveaux de scolarité divers.

**Soutien communautaire :** Des outils de l'Association canadienne du diabète ont été adaptés pour les besoins du programme.

**Mobilisation de partenaires :** Non précisée.

**Coûts initiaux :** Outils éducatifs adaptés à la réalité culturelle et préparation d'un questionnaire.

**Coûts du maintien du programme :** Prestation des séances de counselling.

**Description des facteurs contextuels :** Les séances de counselling ont eu lieu à la clinique du DG.

**Généralisabilité :** Femmes chez qui un DG vient d'être diagnostiqué.

**Matériel pouvant être adapté :** Outils éducatifs, questionnaire, counselling et documentation sur la nutrition.

**Leçons apprises :** Le programme a démontré l'efficacité de la prestation de séances de counselling nutritionnel à des petits groupes de deux à quatre personnes. Les séances de counselling de petit groupe ont été efficaces. Par rapport au counselling individuel, les séances de petit groupe ont permis à la diététiste de gagner 27 heures.

**CONTACT :**

**Ann Murphy**

Toronto General Hospital

200 Elizabeth Street Toronto, ON

M5G 2C4

Tél. : 416.340.4800 ext.4883

Courriel : [ann.murphy@uhn.on.ca](mailto:ann.murphy@uhn.on.ca)

---

**Référence :**

Murphy A. et al. (2004). Nutrition Education for Women with Newly Diagnosed Gestational Diabetes Mellitus: Small-group vs. Individual Counselling. *Canadian Journal of Diabetes*, 28(2):1-4.

## Notes

## *Notes*

## *Notes*

Le catalogue a été publié grâce au soutien financier de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions officielles de l'Agence de la santé publique du Canada.

*Pratiques exemplaires et prometteuses en  
matière d'éducation sur le diabète*

L'Association canadienne du diabète œuvre au sein de collectivités de toutes les régions du Canada. Grâce à son solide réseau national de bénévoles, d'employés, de professionnels de la santé, de chercheurs, de partenaires et de sympathisants, elle fait la promotion de la santé des Canadiennes et des Canadiens et cherche à éliminer le diabète. L'épidémie de diabète est planétaire et l'expertise que nous avons pour la combattre est reconnue de par le monde. L'Association canadienne du diabète : *la norme mondiale d'excellence.*

**diabetes.ca** | 1-800-BANTING

Association  
 **Canadienne  
du Diabète**