



Enseignement s'adressant  
aux professionnels de la santé :  
Comment habiliter les patients atteints  
de maladies chroniques à l'autoprise  
en charge de leur santé?

PLAN DE RÉALISATION | ETMI ABRÉGÉE

Juillet 2019

## Auteurs

Julie Dussault, Ph. D., professionnelle en ETMISSS

Patricia Bouchard, M. Serv. soc., professionnelle en ETMISSS

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique

## Demandeure

Sandra Racine, directrice adjointe à la Direction des soins infirmiers (DSI), Centre intégré de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

## Gestionnaire du mandat

Catherine Safiany, chef de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Recherche documentaire

Élyse Granger, bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Conseil scientifique

Michel Cauchon, MD, professeur titulaire, Faculté de médecine, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval

Frédéric Douville, directeur du programme de premier cycle en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières, Université Laval (à partir du 1<sup>er</sup> juin)

Marc Rhains, M. Sc. FRCPC, cogestionnaire médical et scientifique de l'UETMIS, Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (CHU de Québec-UL)

## Comité de suivi

Ginette Boutet, usagère partenaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Michelle Dallaire, nutritionniste, CHU de Québec-UL

Michèle Gemme, infirmière en pratique avancée à la DSI, CHU de Québec-UL

Anne-Marie Goulet, conseillère-cadre DSI, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ-UL)

## Comité de suivi (suite)

Suzanne Lachance, adjointe clinique à la directrice des soins infirmiers, IUCPQ-UL

Alexandra Logouic Desjardins, infirmière 3e ligne, CHU de Québec-UL

Maryse Mathieu, conseillère-cadre en soins infirmiers, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marielle Paul-Fortin, conseillère en développement des compétences, Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCA), CHU de Québec-UL

Sandra Racine, directrice adjointe à la Direction des soins infirmiers (DSI), Centre intégré de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Rachel Rouleau, pharmacienne et gestionnaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie Sirois, travailleuse sociale, professionnelle-conseil, Direction des services multidisciplinaires (DSM), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Pierrette Thibodeau, usagère partenaire de l'IUCPQ-UL

## Correspondance

Catherine Safiany, chef de service de l'ETMISSS et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale, [catherine.safiany.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:catherine.safiany.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)

## Révision linguistique

Anne-Marie Tourville, technicienne en administration, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Mise en pages

Rolande Goudreault, agente administrative, CIUSSS de la Capitale-Nationale

## Conception graphique

Nancy Benoit, technicienne en arts graphiques, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Karine Binette, technicienne en arts graphiques, CIUSSS de la Capitale-Nationale

---

## Responsabilité et déclaration de conflits d'intérêts

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les membres de l'Unité d'ETMISSS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

Le présent document doit être cité comme suit :

Dussault, J., Bouchard, P. et St-Jacques, S. (2019). Enseignement s'adressant aux professionnels de la santé : Comment habiliter les patients atteints de maladies chroniques à l'autoprise en charge de leur santé? Plan de réalisation - ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 17 p.

Une production du Service de l'ETMISSS et de la bibliothèque du Centre Intégré Universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale Nationale.

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires.

## Production

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

525, boulevard Wilfrid-Hamel

Québec (Québec) G1M 2S8

[www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca)

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-84508-9 (PDF)

## TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
3. PROJET D'ETMI	4
3.1 Question décisionnelle.....	4
3.2 PICOTS.....	4
3.3 Questions d'évaluation.....	4
3.4 Méthodologie .....	5
3.4.1 Recherche exploratoire de la littérature.....	5
3.4.2 Stratégie de recherche documentaire.....	5
3.4.3 Sélection des documents .....	6
3.4.4 Évaluation de la qualité des documents .....	7
3.4.5 Niveau de preuve.....	7
3.5 Cadre d'analyse.....	7
4. IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DES RÉSULTATS	9
4.1 Implication des parties prenantes .....	9
4.2 Diffusion des résultats et activités de communication .....	9
ANNEXES	10
Annexe 1 : Échéancier.....	10
Annexe 2 : Implication des parties prenantes au cours de la démarche d'ETMI .....	11
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	12

## **LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

---

ACMTS.....	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AMSTAR .....	<i>A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
CCS .....	Conseil canadien de la santé
CHU .....	Centre hospitalier universitaire
CIUSSS.....	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DSI.....	Direction des soins infirmiers
DSM.....	Direction des services multidisciplinaires
DRHCAJ.....	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
ETMI.....	Évaluation des technologies et modes d'intervention
ETMISSS.....	Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux
GMF .....	Groupe de médecine familiale
GRADE.....	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
HIQA .....	<i>Health Information and Quality Authority</i>
INESSS .....	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INAHTA.....	<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>
ISQ.....	Institut de la statistique du Québec
IUCPQ - UL ....	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval
MSSS.....	Ministère de la santé et des services sociaux
OCDE .....	Organisation de coopération et de développement économique
OMS.....	Organisation mondiale de la santé
PICOTS .....	Population - Intervention - Comparateur - <i>Outcomes</i> - Temporalité - <i>Setting</i>
PRISMA .....	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>

## **LISTE DES ENCADRÉS**

---

Encadré 1 : Méthodes de sélection des documents et d'extraction des données.....	6
Encadré 2 : Méthodes d'évaluation de la qualité méthodologique .....	7

## **LISTE DES FIGURES**

---

Figure 1. Continuum des stratégies pour soutenir l'autogestion .....	8
--	---

## **LISTE DES TABLEAUX**

---

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS.....	4
Tableau 2 : Concepts et exemples de mots clés qui seront utilisés pour la recherche documentaire.....	5
Tableau 3 : Critères additionnels de sélection des documents.....	6

## 1. CONTEXTE

---

Le CIUSSS de la Capitale-Nationale, par son offre de soins et de services de première ligne, détient la responsabilité régionale de soutenir la personne atteinte d'une maladie chronique ainsi que ses proches (Dubé, Noreau et Landry, 2012). Sur le territoire de la région de Québec (O3), cette responsabilité est assumée en partenariat avec les milieux hospitaliers, soit le Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie-Université Laval, via un réseau de services intégrés entre la première et la deuxième ligne. Cette responsabilité populationnelle de prévention et de gestion des maladies chroniques est jugée prioritaire à l'échelle québécoise en matière d'organisation des services de santé (Dubé et al., 2012; MSSS, 2017).

Dans le cadre de leurs travaux sur les maladies chroniques (*benchmarking*, projet d'intégration d'un programme d'autogestion, etc.), la Direction des soins infirmiers et la Direction des services multidisciplinaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont convenu de la nécessité d'adopter un virage vers l'approche d'autogestion qui suppose une implication active de l'utilisateur. Les gestionnaires de ces directions souhaitent soutenir un changement de culture et s'éloigner du rôle traditionnel où le clinicien est un expert soignant exerçant auprès d'un patient passif. Ce tournant important où le patient devient un partenaire privilégié des services de santé qui lui sont offerts est d'ailleurs souhaité et porté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Dubé et al., 2012). Cependant, la manière d'offrir le soutien à la personne dans son développement, dans son autonomisation et dans le maintien de sa capacité à gérer sa maladie et à prévenir les complications, demeure un enjeu de taille.

C'est dans ce contexte que des représentants des trois établissements impliqués ont contacté l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ils souhaitent connaître de nouvelles façons d'enseigner l'autogestion des maladies chroniques aux prestataires de soins, lesquelles ont été intégrées ailleurs dans le monde. Ultiment, ils souhaitent avoir un impact positif sur les personnes souffrant de maladies chroniques (ex. : amélioration de leur état de santé générale, diminution de leur taux d'hospitalisation).

## 2. PROBLÉMATIQUE

Au Québec, la prévalence des maladies chroniques s'accroît avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie (Fournier et Murphy, 2016). Les femmes sont plus affectées (53,9 %) que les hommes (46,1 %) alors que la plus grande proportion des personnes malades se trouve dans la tranche d'âge des 50 à 64 ans (40,3 %) (ISQ, dans Fournier et Murphy, 2016). Les catégories de maladies chroniques les plus fréquentes sont l'arthrite/arthrose/rhumatisme (39,5 %), l'hypertension (28 %), le diabète (14,4 %), les maladies cardiaques (11,8 %) et la bronchite chronique/l'emphysème/les maladies pulmonaires obstructives chroniques (6,3 %). La plupart des personnes atteintes de maladies chroniques (52,9 %) souffrent d'au moins deux problèmes de santé chroniques simultanément, et plusieurs de ces personnes présentent un niveau d'incapacité modéré ou grave (19,2 %). Par ailleurs, les maladies chroniques sont des affections responsables de 63 % des décès à l'échelle mondiale (OMS, 2019).

Il existe différentes définitions de l'autogestion<sup>1</sup>, mais toutes convergent autour de l'idée que les interventions ne doivent pas qu'inclure des activités de transfert de connaissances, mais aussi encourager l'implication active des usagers afin de les inciter à prendre leurs engagements par rapport à leur plan de soins (Jonkman, 2016). Généralement, le soutien à l'autogestion a pour objectif d'informer la personne qui vit avec une maladie chronique de sa condition et de l'aider à développer les compétences nécessaires pour gérer les répercussions physiques, émotionnelles et sociales (Fournier et Murphy, 2016). En plus d'assurer l'éducation des patients, le soutien à l'autogestion consiste à les motiver à effectuer des changements personnels, par exemple, manger sainement, faire de l'exercice, surveiller leurs symptômes, prendre leurs médicaments et savoir quand demander une aide professionnelle (CCS, 2012). Les activités telles l'éducation, la définition des objectifs de soutien et de résolution de problèmes, le soutien pour renforcer la confiance des patients à gérer leurs problèmes de santé et l'évaluation régulière de leurs progrès sont prodiguées individuellement ou en groupe.

Dans son rapport sur le soutien à l'autogestion, le Conseil canadien de la santé mentionne que beaucoup de prestataires de soins de santé ont besoin d'être formés et d'acquérir les aptitudes nécessaires à l'application de techniques efficaces de soutien à l'autogestion (CCS, 2012). Au Québec, selon les données de l'Institut de la statistique, seule une minorité de patients atteints de maladies chroniques est informée des signes à surveiller concernant leur maladie (ISQ, dans Fournier et Murphy, 2016). Cependant, la vaste majorité estime détenir suffisamment d'informations pour aider au contrôle de leur maladie. Par ailleurs, l'adoption de bonnes habitudes de vie est répandue parmi les personnes ciblées.

En 2015, le *Health Information and Quality Authority* a recensé 160 revues systématiques portant sur l'efficacité des programmes d'autogestion des maladies chroniques (HIQA, 2015). Depuis, d'autres auteurs ont publié des évidences scientifiques en la matière (Jonkman, 2016; Kumah, Sciulli, Toraldo et Murante, 2018; Massimi et al., 2017; Pinnock et al., 2017; Reynolds et al., 2018; Stenberg, Haaland-Øverby, Fredriksen, Westermann et Kvisvik, 2016). Les interventions recensées auprès des usagers sont hétérogènes, complexes et multimodales. Le *Stanford Chronic Disease Self-Management Program*, basé sur une offre en groupe s'étalant sur six semaines, est l'intervention la plus souvent rapportée au Canada et ailleurs (Franeck, 2013; Johnston, Liddy, Mill et Irving, 2012).

Les études qui ont évalué l'efficacité des interventions d'autogestion auprès des patients sont nombreuses (HIQA, 2015; Taylor et al., 2014). Elles sont soit génériques aux maladies chroniques ou focalisées sur des maladies spécifiques. La qualité méthodologique est variable d'une étude à l'autre. De bons niveaux de qualité des preuves d'efficacité, souvent à court terme, ont été établis pour certaines interventions de soutien à l'autogestion des maladies chroniques, tandis que des preuves d'efficacité limitées ou inexistantes ont été rapportées pour d'autres. Les effets des interventions sur les patients sont mesurés selon de multiples dimensions, par exemple, leur utilisation des services de santé, leurs comportements de santé ou selon des indicateurs de santé. Les interventions sont, pour la plupart, peu coûteuses à l'implantation, mais leurs effets sur la réduction des coûts d'utilisation des services de santé demeurent modestes (HIQA, 2015). Toutefois, en raison du nombre important de patients qui souffrent de maladies chroniques, les impacts budgétaires de ces interventions peuvent s'avérer positifs et substantiels.

<sup>1</sup> Différents termes réfèrent aussi à l'autogestion (ex. : autosoins, autoprise en charge).

Certaines recherches se sont intéressées aux barrières et aux facilitateurs concernant l'autogestion des maladies chroniques (Miles et al., 2017; Russell et al., 2018; Schulman-Green, Jaser, Parrk et Whittmore, 2016). Parmi les obstacles rencontrés par les prestataires de soins figurent le manque de temps, de ressources, de compétences ou de confiance pour fournir un soutien adéquat, d'où leurs requêtes pour avoir davantage accès à des formations, à du soutien et à des ressources d'éducation (Miles et al., 2017; Russell et al., 2018). Ceci expliquerait d'ailleurs, en partie, la persistance dans les milieux cliniques du modèle traditionnel axé sur la simple transmission d'informations aux patients (Franklin, Lewis, Willis, Bourke-Taylor et Smith, 2018).

La formation professionnelle est une intervention complexe, et les initiatives éducatives sont susceptibles d'être multimodales et de comprendre plusieurs stratégies pédagogiques (McCleary et al., 2018). Ces initiatives peuvent être à visée individuelle ou être destinées à des équipes de praticiens. Elles peuvent avoir pour objectif la transmission de connaissances, l'acquisition de compétences, le renforcement du sentiment de compétence ou encore un meilleur accès aux ressources. Actuellement, dans la littérature scientifique, le lien entre les caractéristiques spécifiques des initiatives d'éducation professionnelle à l'autogestion des maladies chroniques et leur efficacité demeure incertain.

## 3. PROJET D'ETMI

### 3.1 QUESTION DÉCISIONNELLE

Comment former les professionnels à l'approche d'autogestion auprès des patients ayant des maladies chroniques de manière à faire évoluer la culture (paternaliste) actuelle?

### 3.2 PICOTS

La typologie PICOTS (Samson et Schoelles, 2012) aide à circonscrire l'évaluation en fonction des besoins décisionnels du demandeur (**tableau 1**). Elle permet la formulation de questions d'évaluation claires, aide à la définition de la stratégie de recherche documentaire et à la définition des critères de sélection des études.

**Tableau 1 : Définitions des critères PICOTS**

CRITÈRES	DÉFINITIONS
<b>P (Population)</b>	Professionnels intervenant auprès des patients souffrant de maladies chroniques
<b>I (Intervention)</b>	Programmes d'enseignement <sup>2</sup>
<b>C (Compareurs)</b>	Groupe contrôle, avant l'intervention, aucun compareur
<b>O (Outcomes / Résultats d'intérêt)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Professionnels</b> : attitudes et croyances par rapport à l'autogestion; compétences (ex. : amélioration de la communication et des comportements d'enseignement, bonne prescription de médication, qualité des soins, documentation des symptômes); confiance dans leurs habiletés à soutenir les patients; application des stratégies visant à habilitier les patients et autres résultats pertinents</li> <li>• <b>Patients</b> : résultats de santé (ex. : amélioration de la santé, anxiété, dépression), effets sur les symptômes associés à la maladie (ex. : contrôle des symptômes); comportements de santé (prise adéquate de la médication, fréquence des consultations à l'hôpital); engagement dans l'autogestion; le fait de recevoir des connaissances; des séances d'éducation ou d'un plan d'action; sentiment d'efficacité personnelle; effets sur la vie quotidienne (ex. : manquer des journées de travail ou d'école) et autres résultats pertinents</li> </ul>
<b>T (Temporalité)</b>	Avant, pendant et après l'intervention (court, moyen ou long terme)
<b>S (Setting)</b>	1 <sup>re</sup> ligne (incluant les GMF), cliniques externes de 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> lignes

### 3.3 QUESTIONS D'ÉVALUATION

La question d'ETMISSS couvrant la dimension de l'efficacité est la suivante :

Quels programmes d'enseignement améliorent les compétences des professionnels à habilitier les patients atteints de maladies chroniques à s'engager dans l'autoprise en charge de leur santé?

Pour les programmes identifiés comme étant efficaces, le projet répondra à deux sous-questions :

- › Ces programmes se sont-ils aussi avérés efficaces auprès des usagers?
- › Quelles stratégies pédagogiques ont été appliquées dans ces programmes?

<sup>2</sup> Ensemble d'activités de formation pouvant inclure plusieurs stratégies pédagogiques, ayant des objectifs et des contenus spécifiques enseignés selon une séquence et une durée préétablies.



### 3.4 MÉTHODOLOGIE

#### 3.4.1 Recherche exploratoire de la littérature

Une recherche exploratoire sur Internet via les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar* a permis d'identifier 12 articles potentiellement pertinents. Il existe donc une littérature suffisamment abondante pour réaliser le projet d'ETMI.

Une recherche dans des sites spécialisés de littérature grise à l'aide de l'outil *Grey Matters* (ACMTS, 2019) et de quelques mots clés (*Chronic disease* et *self-management*) a permis de repérer une revue systématique qui documente les effets qu'ont eu les interventions d'enseignement s'adressant aux professionnels de la santé sur les patients (Rochfort et al., 2018). Les auteurs ont été contactés, et ils ont indiqué que la mise à jour de la revue était sur le point d'être finalisée. Cette mise à jour pourrait éventuellement aider à répondre à la première sous-question du projet.

Une autre revue portant spécifiquement sur l'asthme a également été repérée (McCleary et al., 2018). Elle documente à la fois les effets des formations professionnelles à l'autogestion sur les professionnels et sur les patients. Cette revue pourra être incluse dans les résultats de l'ETMISSS.

#### 3.4.2 Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire sera effectuée en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée dans la réalisation de revues systématiques de la littérature. L'ensemble du processus et les détails qui s'y rapportent seront documentés dans un rapport rédigé par la bibliothécaire, lequel sera disponible sur demande.

La stratégie de recherche documentaire sera élaborée à partir d'une liste de concepts et de mots clés, dont une partie a été identifiée lors de la recherche exploratoire de la littérature (**tableau 2**). Les bases de données bibliographiques *MEDLINE*, *Embase*, *CINAHL*, et *PsycINFO* seront interrogées. Les bibliographies des publications retenues seront consultées afin de trouver des études pertinentes qui n'auraient pas été repérées par la stratégie de recherche documentaire.

**Tableau 2 : Concepts et exemples de mots clés qui seront utilisés pour la recherche documentaire**

CONCEPT 1	CONCEPT 2	CONCEPT 3
<b>Professionnels de la santé</b>	<b>Formation</b>	<b>Autogestion</b>
<i>Healthcare professional(s)</i> <i>Clinician(s)</i> <i>Primary care</i> <i>Physical therapist(s)</i> <i>Nurse(s)</i> <i>Etc.</i>	<i>Train*</i> <i>Education*</i> <i>Learning</i> <i>Skill(s) development</i> <i>Workshop(s)</i> <i>Etc.</i>	<i>Self management</i> <i>Self care</i> <i>Patient engagement</i> <i>Patient empowerment</i> <i>Patient compliance</i> <i>Behavio(u)r change(s)</i> <i>Coping skill(s)</i> <i>Etc.</i>

### 3.4.3 Sélection des documents

La sélection des documents sera réalisée à partir des critères d'inclusion et d'exclusion déterminés sur la base des critères PICOTS (**tableau 1**) et d'autres spécifications concernant notamment les types de documents, la langue, l'année et le pays de publication (**tableau 3**). Cette étape est décrite dans l'**encadré 1**.

**Tableau 3 : Critères additionnels de sélection des documents**

CRITÈRES	Critères D'INCLUSION s'additionnant à ceux liés au PICOTS	Critères D'EXCLUSION s'additionnant à ceux liés au PICOTS
Type de publication	<ul style="list-style-type: none"> <li>Études primaires (tous types de devis)</li> <li>Rapports d'ETMI</li> <li>Revue systématiques incluant les méta-analyses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revue narratives</li> <li>Résumés de conférences</li> <li>Livres et chapitres de livres</li> <li>Lettres</li> <li>Notes</li> <li>Actes de congrès</li> <li>Éditoriaux</li> <li>Mémoires de maîtrise et thèses de doctorat</li> <li>Rapports gouvernementaux ou d'organisations savantes</li> <li>Guides de pratique</li> </ul>
Langues de publication	Français, anglais	
Pays de publication	Pays membres de l'Organisation de coopération et développement économique (OCDE)	
Années de publication	Juillet 2009 à juillet 2019	

### Encadré 1 : Méthodes de sélection des documents et d'extraction des données

Sélection des documents
<p><b>Phase 1 :</b> Lecture des titres et des résumés</p> <p><b>Phase 2 :</b> Lecture complète des documents retenus à la phase 1 (raisons d'exclusion documentées)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deux professionnels en ETMI se partagent la sélection</li> <li>Accord interjuge pour les 200 premiers titres (phase 1) et les 50 premiers documents (phase 2)</li> <li>Résultats rapportés dans un diagramme de flux PRISMA</li> </ul>
Extraction des données*
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deux professionnels en ETMI se partagent l'extraction des données</li> <li>Accord interjuge pour les cinq premiers documents</li> <li>Recours à une grille structurée et incluant : <ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>er</sup> auteur, année de publication, pays où l'étude a été réalisée</li> <li>devis de recherche, type et nombre de participants, maladie</li> <li>description de l'intervention (objectif, durée, etc.), comparatif, outils de mesure</li> <li>résultats d'intérêt</li> </ul> </li> </ul> <p>* Les études faisant l'objet de plusieurs publications seront regroupées et considérées comme une seule étude.</p>

### 3.4.4 Évaluation de la qualité des documents

Les démarches d'évaluation de la qualité méthodologique des études et des revues systématiques retenues sont décrites dans l'encadré 2.

#### Encadré 2 : Méthodes d'évaluation de la qualité méthodologique

Évaluation de la qualité méthodologique
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux professionnels en ETMI se partagent la tâche</li> <li>• Accord interjuge pour les cinq premiers documents</li> </ul>
Outils
<p><b>Études primaires de tous types de devis</b> : <i>QualSyst</i> (Kmet, Lee et Cook, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grille de 10 éléments pour l'évaluation des méthodes qualitatives</li> <li>• Grille de 14 éléments pour les méthodes quantitatives</li> <li>• Les deux grilles sont utilisées dans les cas d'études mixtes</li> <li>• La présence de chacun des éléments est cotée sur une échelle de 0 à 2 (0=absent 1=partiellement documenté; 2=bien documenté)</li> <li>• Le score total est divisé par le nombre d'éléments pertinents pour le <i>design</i> de l'étude à évaluer puis exprimé en pourcentage</li> </ul> <p><b>Revue systématique</b> : AMSTAR 2 (Shea et al., 2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste de 16 items</li> <li>• La confiance générale dans les résultats de la revue est évaluée élevée, modérée, faible ou critiquement faible</li> </ul>

### 3.4.5 Niveau de preuve

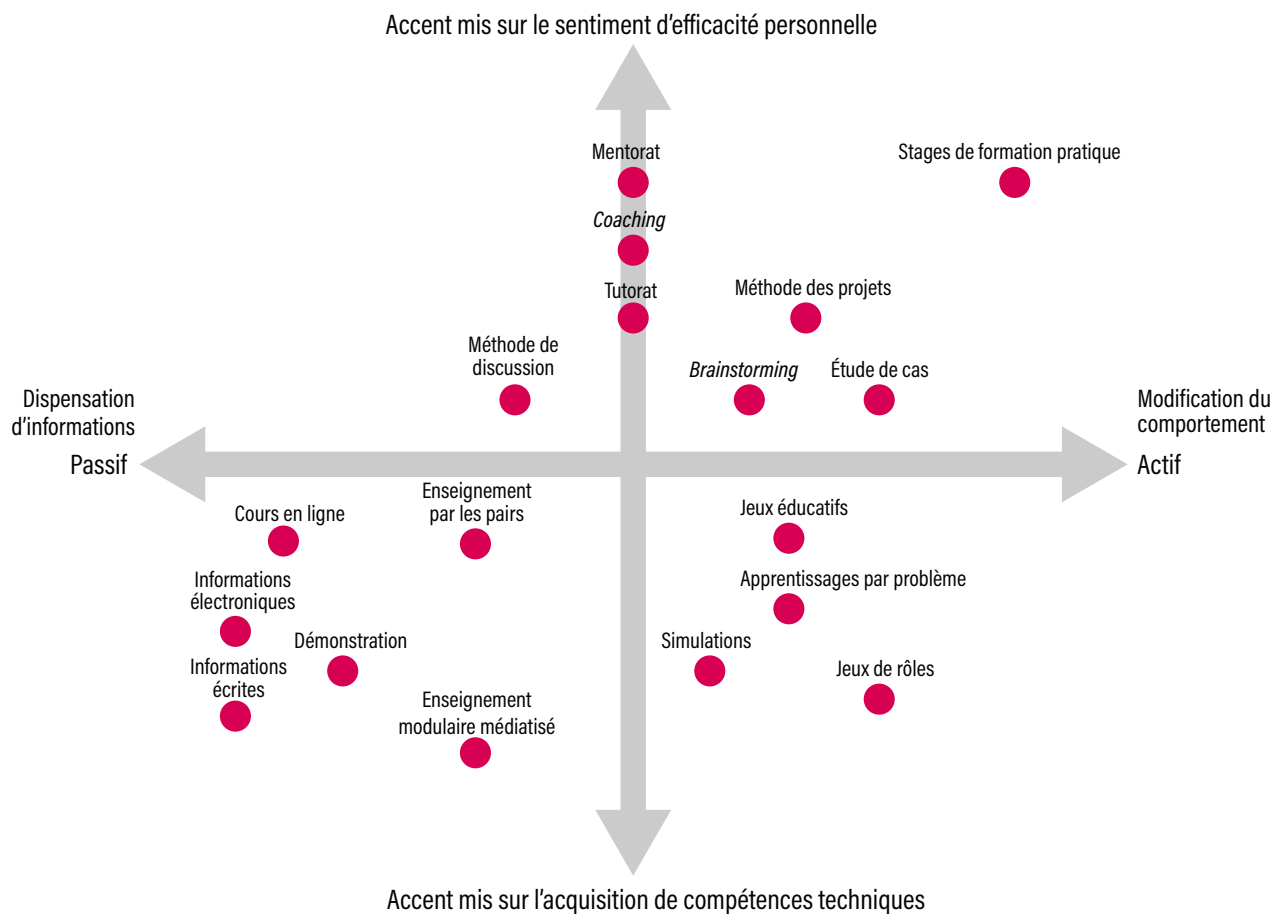
L'analyse du niveau de preuve vise à établir la confiance dans l'estimation de l'effet. Cette analyse sera inspirée de critères du système *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE Working Group, 2016)*. Elle est réalisée en considérant l'ensemble des données disponibles par résultat d'intérêt et en tenant compte du nombre d'études ayant porté sur une même intervention, de la cohérence des résultats de ces études, de la robustesse des devis de recherche, de la qualité méthodologique des études, du nombre de participants des études (en fonction du type de devis qualitatif ou quantitatif) et de la taille d'effet. Le contexte dans lequel les études ont été réalisées sera également pris en considération. Cette analyse ne sera pas basée sur une échelle ou sur un score, mais portera plutôt sur une appréciation globale des critères énumérés précédemment et sur une hiérarchisation des données disponibles.

### 3.5 Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse présenté dans la **figure 1** permet de catégoriser, selon deux axes, les principales stratégies pédagogiques identifiées par Brahimi (2011) et par de Silva (2011). Le premier axe représente les stratégies relatives à l'implication de l'apprenant sur un continuum allant des stratégies passives (dispensation d'informations) jusqu'aux stratégies actives (modification du comportement). Le second axe porte sur les compétences développées à la suite de l'acquisition de nouvelles compétences techniques à l'une des extrémités du continuum et le sentiment d'efficacité personnelle (renforcement du sentiment de compétences) à l'autre extrémité. Dans ce modèle, les stratégies actives (modification du comportement) et les stratégies favorisant le renforcement des compétences personnelles (sentiment d'efficacité personnelle) sont celles qui auraient le plus d'effet sur la modification des comportements et des

pratiques des apprenants. Ainsi, bien que l'ensemble des stratégies représente des éléments importants à considérer pour encourager les professionnels à habiliter les usagers à l'autogestion, la transmission d'informations seule ne suffit pas à motiver un changement de comportement. Les stratégies pédagogiques seront repositionnées sur les axes en fonction des résultats de la revue de littérature. L'analyse devra aussi tenir compte des activités de rétroaction et d'évaluation pouvant accompagner certaines stratégies de formation à l'autogestion, de même que des objectifs éducationnels (à partir de la taxonomie de Bloom (1956)).

**Figure 1. Continuum des stratégies pour soutenir l'autogestion**



Adapté de Brahimi (2011) & de de Silva (2011)

## 4. IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES ET DIFFUSION DES RÉSULTATS

### 4.1 IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes sont impliquées tout au long de la réalisation du projet d'ETMI en tant que membres du comité de suivi ou membres du conseil scientifique, tel qu'il est indiqué dans l'**annexe 2**. Les personnes qui participeront à ces comités sont identifiées en début de document.

### 4.2 DIFFUSION DES RÉSULTATS ET ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

Outre l'implication de parties prenantes tout au long de la réalisation du projet, différentes stratégies de diffusion des résultats et des activités de communication seront mises de l'avant dont :

- › Publication du plan de réalisation, du rapport d'ETMI abrégée et d'un résumé en anglais sur les sites Internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de l'INESSS, de l'ACMTS et de l'INAHTA;
- › Production et publication d'un produit de valorisation et production d'un webinaire présentant les principaux résultats de l'ETMI
- › Présentations ciblées auprès d'instances locales, régionales et nationales
- › Présentations lors de congrès ou colloques nationaux
- › Présentations lors de forums scientifiques ou de conférences spécialisées
- › Publication dans un journal scientifique avec comité de pairs

## Annexe 1 : Échéancier

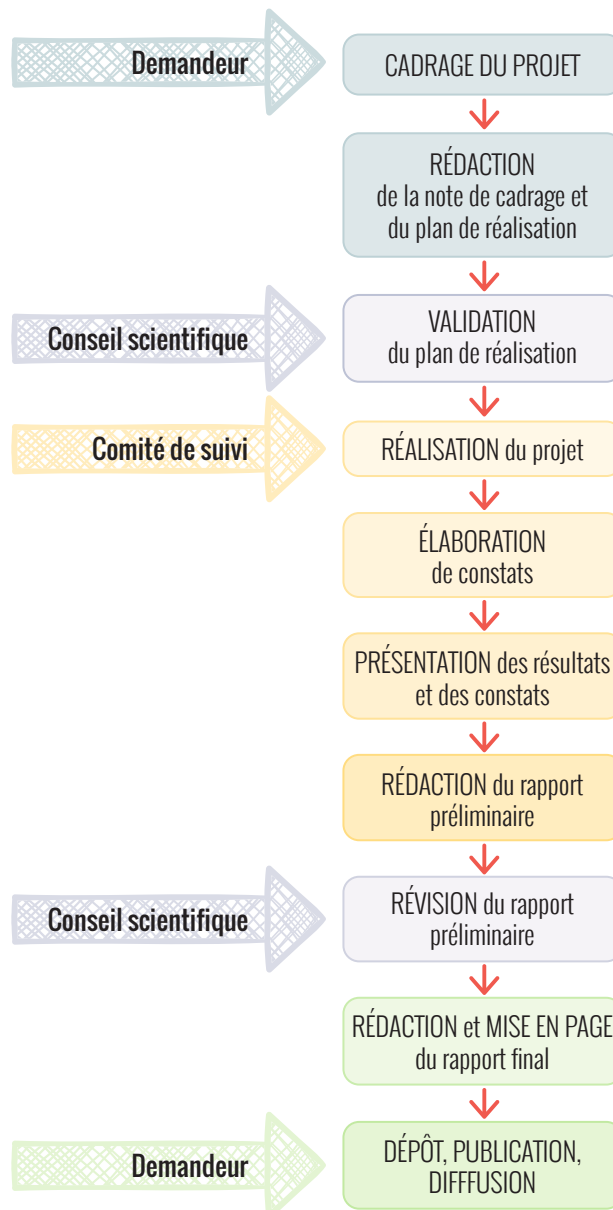
### Calendrier prévisionnel

ÉTAPES	2019											2020				
	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Cadrage du projet																
Rédaction du plan de réalisation																
Révision du plan de réalisation par le conseil scientifique																
Rencontres du comité de suivi																
Correction du plan de réalisation et réponse aux réviseurs																
Recherche documentaire																
Sélection des documents																
Extraction des données et évaluation de la qualité																
Synthèse et analyse des données																
Rédaction du rapport préliminaire																
Révision du rapport par le conseil scientifique																
Dépôt et diffusion du rapport final																

## Annexe 2 : Implication des parties prenantes au cours de la démarche d'ETMI

Le **conseil scientifique** est constitué d'un expert de la méthodologie d'ETMI et de deux experts de la problématique étudiée. Les membres du conseil ont le mandat de s'assurer de la pertinence et de la faisabilité du projet d'ETMI à la lecture du plan de réalisation et, à la fin du projet, ils agissent à titre de relecteurs externes du rapport préliminaire. Les membres du conseil ne font pas partie du comité de suivi pour une raison d'objectivité. Le conseil est consultatif et n'a aucun pouvoir décisionnel.

Le **comité de suivi** regroupe des représentants des parties prenantes, incluant le demandeur et deux usagers partenaires. Son mandat est d'accompagner l'équipe d'ETMI tout au long du projet. Les membres sont invités à se prononcer sur la problématique, les questions d'évaluation et les sources de données permettant d'y répondre, sur la stratégie de recherche documentaire, les données à recueillir ainsi que leur analyse. Sans être décisionnel, le comité de suivi a le pouvoir d'influencer la réalisation de certaines étapes du projet d'ETMI.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACMETS. (2019). Grey matters: a practical tool for searching health-related grey literature [Internet]. Repéré à <https://www.cadth.ca/resources/finding-evidence/grey-matters>
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H. et Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Longmans Green.
- Brahimi, C. (2011). *L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec* : Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec.
- CCS (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques. Point de mire sur les soins de santé primaires*. Conseil canadien de la santé.
- de Silva, D. (2011). Helping people help themselves: A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. Dans T. H. Foundation (dir.).
- Dubé, F., Noreau, É. et Landry, G. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Fournier, C. et Murphy, M. (2016). L'autogestion des maladies chroniques, l'état de santé et l'utilisation des services hospitaliers: Exploration de données d'enquêtes populationnelles. Institut de la statistique du Québec. *Zoom santé*, 55, 1-20.
- Franek, J. (2013). Self-Management Support Interventions for Persons With Chronic Disease: An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series* (Vol. 13, p. 1-60). Ontario.
- Franklin, M., Lewis, S., Willis, K., Bourke-Taylor, H. et Smith, L. (2018). Patients' and healthcare professionals' perceptions of self-management support interactions: Systematic review and qualitative synthesis. *Chronic Illness*, 14(2), 79-103. doi: 10.1177/1742395317710082
- GRADE Working Group. (2016). Criteria for applying or using GRADE. Repéré à [http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria\\_for\\_using\\_GRADE\\_2016-04-05.pdf](http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria_for_using_GRADE_2016-04-05.pdf)
- HIQA. (2015). Health technology assessment of chronic disease self-management support intervention. Irlande: Health Information and Quality Authority.
- ISQ. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV). Institut de la statistique du Québec.
- Johnston, S., Liddy, C., Mill, K. et Irving, H. (2012). Building the Evidence Base for Chronic Disease Self-management Support Interventions Across Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(6), e462-e467. doi: 10.1007/BF03405639
- Jonkman, N. H. (2016). *Self-management interventions for patients with a chronic disease: what works and in whom?* (University Medical Center Utrecht, Pays-Bas).
- Kmet, L. M., Lee, R. C. et Cook, L. S. (2004). *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields* (no HTA Initiative #13). Edmonton, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Repéré à <https://www.ihe.ca/advanced-search/standard-quality-assessment-criteria-for-evaluating-primary-research-papers-from-a-variety-of-fields>
- Kumah, E., Sciolli, G., Toraldo, M. L. et Murante, A. M. (2018). The diabetes self-management educational programs and their integration in the usual care: A systematic literature review. *Health policy*, 122(8), 866-877. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.06.003
- Massimi, A., De Vito, C., Brufola, I., Corsaro, A., Marzuillo, C., Migliara, G., . . . Damiani, G. (2017). Are community-based nurse-led selfmanagement support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(3). doi: 10.1371/journal.pone.0173617



- McCleary, N., Andrews, A., Buelo, A., Captieux, M., Morrow, S., Wiener-Ogilvie, S., . . . Pinnock, H. (2018). IMP(2)ART systematic review of education for healthcare professionals implementing supported self-management for asthma. *NPJ PRIMARY CARE RESPIRATORY MEDICINE*, 28(1). doi: 10.1038/s41533-018-0108-4
- Miles, C., Arden-Close, E., Thomas, M., Bruton, A., Yardley, L., Hankins, M. et Kirby, S. (2017). Barriers and facilitators of effective self-management in asthma: systematic review and thematic synthesis of patient and healthcare professional views. *npj Prim Care Resp Med*, 27(1), 57-57. doi: 10.1038/s41533-017-0056-4
- MSSS (2017). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec 2015-2020. Mise à jour 2017.*
- OMS (2019). Maladies chroniques. Repéré le 30 mai 2019 à [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)
- Pinnock, H., Parke, H. L., Panagioti, M., Daines, L., Pearce, G., Epiphaniou, E., . . . Taylor, S. (2017). Systematic meta-review of supported selfmanagement for asthma: a healthcare perspective. *BMC MEDICINE*, 15(1). doi: 10.1186/s12916-017-0823-7
- Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., . . . Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC FAMILY PRACTICE*, 19(1). doi: 10.1186/s12875-017-0692-3
- Rochfort, A., Beirne, S., Doran, G., Patton, P., Gensichen, J., Kunnamo, I., . . . Collins, C. (2018). Does patient self-management education of primary care professionals improve patient outcomes: a systematic review. *BMC FAMILY PRACTICE*, 19(1). doi: 10.1186/s12875-018-0847-x
- Russell, S., Ogunbayo, O., Newham, J., Heslop-Marshall, K., Netts, P., Hanratty, B., . . . Kaner, E. (2018). Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals. *npj Prim Care Resp Med*, 28(1), 2-2. doi: 10.1038/s41533-017-0069-z
- Samson, D. et Schoelles, K. M. (2012). Chapter 2: medical tests guidance (2) developing the topic and structuring systematic reviews of medical tests: utility of PICOTS, analytic frameworks, decision trees, and other frameworks. *Journal of general internal medicine*, 27 Suppl 1, S11-19. doi: 10.1007/s11606-012-2007-7
- Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Parrk, C. et Whittemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1469-1489. doi: 10.1111/jan.12902
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., . . . Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *British Medical Journal*, 358. doi: 10.1136/bmj.j4008
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F. et Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1759-1771. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.027
- Taylor, S. J. C., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H. L., Schwappach, A., . . . Sheikh, A. (2014). A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS - Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions. Dans (53) (dir.), *Health Serv Deliv Res*.

**UETMISSS**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale



**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale**

**Québec** 