



Programmes de formation
s'adressant aux professionnels
de la santé : comment soutenir
les usagers atteints de maladies
chroniques à l'autoprise en
charge de leur santé?

RAPPORT d'ETMI abrégée

Mars 2021

Responsabilité et déclaration de conflits d'intérêts

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux 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 pas 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.

Pour citer ce document

Bouchard, P., Ndjepel, J. et St-Jacques, S. (2021). *Programmes de formation s'adressant aux professionnels de la santé : comment soutenir les usagers atteints de maladies chroniques à l'autoprise en charge de leur santé?* Rapport d'ETMI abrégée. UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 70 p.

Remerciements

Nous tenons à remercier spécialement Julie Dussault pour son implication au démarrage du projet ainsi que pour sa contribution à la réalisation des étapes de sélection et d'extraction des études. Nous remercions également Julie Cummings pour sa participation à la sélection des études.

Production

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

Dépôt légal, 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-88800-0 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-88801-7 (PDF)

Auteurs

Patricia Bouchard, M. Serv. soc., professionnelle en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS), Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Jacky Ndjepel, Ph. D. (c.), professionnelle en ETMISSS, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS), DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Demandeurs

Sandra Racine, directrice des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP), CIUSSS de la Capitale-Nationale

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

Gestionnaire du mandat

Catherine Safiany, chef de service de l'ETMISSS et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Recherche documentaire

Élyse Granger, bibliothécaire, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Conseil scientifique

Michel Cauchon, M.D., 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, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Marc Rhains, M. Sc. FRCPC, cogestionnaire médical et scientifique de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (CHU de Québec-UL)

Comité de suivi

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

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

Marie-Pier Caron, infirmière en pratique avancée à la Direction des soins infirmiers (DSI), CHU de Québec-UL

Chantale Guillette, infirmière clinicienne, Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) Maizerets

Philippe Houde, conseiller-cadre aux activités cliniques, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ-UL)

Suzanne Lachance, adjointe clinique à la DSI, IUCPQ-UL

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

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

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

Sandra Racine, directrice adjointe à la DSISP, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Rachel Rouleau, pharmacienne et gestionnaire, Direction des services professionnels (DSP), CIUSSS de la Capitale-Nationale

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

Mise en page

Dedna Dazulmé, technicienne en administration, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Révision linguistique

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

Conception graphique

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

Correspondance

Catherine Safiany, chef du service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale, catherine.safiany.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

RÉSUMÉ

CONTEXTE

Les maladies chroniques représentent des affections de longue durée dont la gestion requiert l'implication active des usagers dans l'autoprise en charge de leur traitement et un accompagnement par les professionnels de la santé. Cependant, la manière dont les professionnels doivent soutenir les usagers à l'autogestion demeure un enjeu de taille.

OBJECTIF

La présente ETMI a pour but d'identifier les stratégies efficaces pour enseigner l'autogestion aux professionnels de la santé qui ont à soutenir les usagers atteints de maladies chroniques dans l'autoprise en charge de leur santé.

MÉTHODOLOGIE

Une revue de la littérature basée sur une approche systématique a été réalisée dans les bases de données bibliographiques *MEDLINE*, *Embase*, *CINHAL* et *PsycINFO* pour repérer la littérature pertinente publiée entre janvier 2009 et août 2019. La qualité méthodologique des études retenues a été évaluée à l'aide de l'outil *Qualsys*. Les données pertinentes ont été colligées dans une grille d'extraction structurée, synthétisées puis analysées à l'aide d'un cadre d'analyse.

RÉSULTATS

La recherche documentaire a permis de repérer 13 011 articles scientifiques parmi lesquels 26 ont été retenus. Les programmes de formation sur l'autogestion offerts aux professionnels dans ces études sont hétérogènes, concernent différentes problématiques chroniques de santé et utilisent des modalités de formation distinctes. Les stratégies de formation privilégiées sont multimodales, et la majorité des programmes combine plusieurs stratégies à la fois. Près de la moitié des programmes comportent un contenu de formation sur l'entretien motivationnel ou sur le changement comportemental. Les programmes de formation identifiés ont entraîné des effets positifs chez les professionnels. Associés à un niveau de preuve élevé, les résultats montrent que ces programmes permettent d'augmenter les compétences des professionnels liées aux techniques de soin et à leurs connaissances. Ils ont aussi une meilleure confiance en leurs compétences pour soutenir les usagers et améliorent leurs attitudes et croyances quant à l'autogestion. Des preuves scientifiques modérées suggèrent que les professionnels formés améliorent leurs compétences en communication et en enseignement de même que la qualité des soins qu'ils prodiguent. En outre, ces derniers appliquent et/ou ont l'intention d'utiliser les stratégies apprises.

CONCLUSION

L'utilisation de plusieurs stratégies pédagogiques à la fois, dans un même programme formation, semble pertinente pour favoriser les apprentissages des professionnels qui ont à soutenir les usagers dans l'autogestion de leurs maladies chroniques. Il est essentiel de poursuivre l'évaluation de ces pratiques afin de mieux connaître leur portée.

Table des matières

1 › Contexte	8
2 › Problématique	9
3 › Méthodologie	11
3.1 › Question décisionnelle.....	11
3.2 › PICOTS.....	11
3.3 › Question d'ETMI et questions d'évaluation	12
3.4 › Recherche documentaire	12
3.4.1 › Stratégie de recherche documentaire	12
3.4.2 › Sélection des documents, extraction des données et évaluation de la qualité méthodologique des études	12
3.5 › Synthèse et analyse des résultats	13
3.6 › Évaluation du niveau de preuve et formulation des constats.....	13
4 › Résultats	14
4.1 › Sélection des documents.....	14
4.2 › Caractéristiques des études retenues.....	14
4.3 › Description des programmes de formation.....	15
4.4 › Effets des programmes	19
4.4.1 › Effets des programmes chez les professionnels	19
4.4.1.1 › Impacts sur les compétences.....	21
4.4.1.2 › Impacts sur la confiance et les attitudes des professionnels	22
4.4.1.3 › Impacts sur l'utilisation des stratégies apprises	23
4.4.2 › Effets des programmes chez les usagers	23
5 › Synthèse et analyse des résultats	24
5.1 › Programmes de formation	24
5.2 › Impacts des programmes chez les professionnels	25
5.3 › Synthèse des résultats obtenus chez les usagers	26
6 › Constats	27
7 › Forces et limites	28
8 › Discussion	29
Annexe I : Stratégie de recherche documentaire	30
Annexe II : Schéma de sélection des documents.....	39
Annexe III : Extractions des données.....	40
Bibliographie	65

Liste des tableaux

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS.....	11
Tableau 2 : Concepts utilisés pour la recherche documentaire	12
Tableau 3 : Caractéristiques des études.....	14
Tableau 4 : Caractéristiques des programmes de formation	16
Tableau 5 : Catégories de stratégies utilisées dans les programmes d'enseignement	18
Tableau 6 : Synthèse des effets des programmes chez les professionnels.....	20
Tableau 7 : Appréciation du niveau de preuve scientifique.....	25

Liste des figures

Figure 1 : Continuum des stratégies pour soutenir l'autogestion	13
Figure 2 : Stratégies identifiées selon le cadre d'analyse	24

Liste des abréviations et des sigles

CCS	Conseil canadien de la santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DSI	Direction des soins infirmiers
DSISP	Direction des soins infirmiers et de la santé physique
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
ECR	Essai contrôlé randomisé
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	ETMI en santé et services sociaux
FRCPC	<i>Fellow of the Royal College of Physicians of Canada</i>
GMF	Groupe de médecine familiale
HIQA	<i>Health Information and Quality Authority</i>
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
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>
UETMISSS	Unité d'ETMI en santé et services sociaux
UL	Université Laval

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 (03), cette responsabilité est assumée 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. 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, la Direction des soins infirmiers et de la santé physique 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 comprend une implication active de l'utilisateur. Les gestionnaires de ces directions souhaitent soutenir un changement de culture et s'éloigner d'une approche traditionnelle où le clinicien est un expert soignant qui exerce auprès d'un usager passif. Ce tournant important dans lequel l'utilisateur devient un partenaire privilégié des services de santé qui lui sont offerts est 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 l'utilisateur 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. Le mandat consiste à identifier de nouvelles façons efficaces d'enseigner l'autogestion des maladies chroniques aux prestataires de soins afin qu'ils soutiennent adéquatement les usagers dans l'autoprise en charge de leur condition de santé. Ultiment, le but est d'améliorer la santé et le suivi des personnes souffrant de maladies chroniques.

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 (53,9 %) sont plus affectées 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 maladies chroniques les plus fréquentes sont l'arthrite (39,5 %), l'hypertension (28 %), le diabète (14,4 %), les maladies cardiovasculaires (11,8 %) et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (6,3 %). Plus de la moitié des personnes atteintes (52,9 %) souffrent d'au moins deux problèmes de santé chroniques simultanément, et plusieurs présentent un niveau d'incapacité modéré ou grave (19,2 %). Par ailleurs, les maladies chroniques sont responsables de 63 % des décès à l'échelle mondiale (OMS, 2019).

Différentes définitions de l'autogestion¹ existent dans la littérature. Cependant, toutes convergent autour de l'idée qu'au-delà du transfert de connaissances, les interventions doivent encourager l'implication active des usagers afin qu'ils s'engagent dans 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 en 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 pour qu'ils effectuent des changements dans leurs habitudes de vie telles que manger sainement, faire de l'exercice, surveiller leurs symptômes, prendre leurs médicaments et savoir quand demander une aide professionnelle (CCS, 2012). Les activités comme l'éducation, la définition des objectifs de soutien et de résolution de problèmes, le soutien pour renforcer la confiance des patients dans la gestion de leurs problèmes de santé et l'évaluation régulière de leurs progrès sont prodiguées individuellement ou en groupe.

De nombreuses études ont évalué l'efficacité des interventions d'autogestion des maladies chroniques mises en place auprès des patients et montrent que celles-ci sont hétérogènes, complexes et multimodales (HIQA, 2015; 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; Taylor et al., 2014). En ce qui a trait aux professionnels de la santé, le Conseil canadien de la santé mentionne dans son rapport sur le soutien à l'autogestion 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), ce qui justifie la pertinence d'outiller les professionnels afin qu'ils soutiennent adéquatement les usagers dans l'autogestion de leur maladie.

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

¹ Les termes autogestion, autosoins et autoprise en charge sont interchangeable et réfèrent à la définition d'autogestion présentée ci-haut. Ils sont utilisés indistinctement dans le présent rapport.

La formation professionnelle est une intervention complexe et les initiatives éducatives sont susceptibles d'être multimodales combinant ainsi différentes stratégies pédagogiques (McCleary et al., 2018). Ces initiatives peuvent être à visée individuelle ou être destinées à des équipes de praticiens. Elles peuvent avoir comme objectif la transmission de connaissances, l'acquisition de compétences, le renforcement du sentiment de compétence ou encore un meilleur accès aux ressources (Brahimi, 2011; de Silva, 2011). 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 > MÉTHODOLOGIE

3.1 > Question décisionnelle

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

3.2 > PICOTS

La typologie PICOTS (Samson et Schoelles, 2012) (**Tableau 1**) a été utilisée pour formuler la question d'ETMI et les questions d'évaluation, orienter la recherche bibliographique et la sélection des documents pertinents.

Tableau 1 : Définition des critères PICOTS

CRITÈRE	DÉFINITION
P (Population)	Professionnels de la santé intervenant auprès des usagers souffrant de maladies chroniques
I (Intervention)	<ul style="list-style-type: none"> > Tout programme de formation[1] permettant de former les professionnels à l'autogestion > Stratégies utilisées dans les programmes de formation (ex. : stratégies actives ou passives visant des comportements spécifiques quant à l'efficacité personnelle, techniques de soin)
C (Comparateurs)	Groupe contrôle, avant l'intervention, aucun comparateur
O (Outcomes/ Résultats d'intérêt)	<p>Résultats primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Impacts des programmes destinés aux professionnels visant à soutenir les usagers à l'autogestion > Description des programmes évalués > Attitudes et croyances des professionnels par rapport à l'autogestion > Compétences des professionnels (ex. : amélioration de la communication et des comportements d'enseignement, prescription adéquate de la médication, qualité des soins, documentation des symptômes) et confiance dans leurs compétences pour soutenir les usagers dans l'autogestion de leurs maladies chroniques > Autres résultats pertinents <p>Résultats secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Impacts de la formation des professionnels sur la santé des usagers
T (Temporalité)	Avant, pendant et après l'intervention (court, moyen ou long terme)
S (Setting/contexte)	1 ^{re} ligne (incluant les GMF et les GMF-U), cliniques externes de 2 ^e et 3 ^e lignes

[1] 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.

3.3 > Question d'ETMI et questions d'évaluation

La question d'ETMI couvrant la dimension de l'efficacité est la suivante : *Quelles stratégies sont utilisées dans les programmes de formation qui permettent d'améliorer les compétences des professionnels à soutenir les usagers atteints de maladies chroniques à s'engager dans l'autoprise en charge de leur santé?*

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

- a) Quelles stratégies pédagogiques ont été appliquées dans ces programmes?
- b) Ces programmes se sont-ils aussi avérés efficaces quant à la santé des usagers?

3.4 > Recherche documentaire

3.4.1 > Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été élaborée à partir de trois concepts (**Tableau 2**) avec la collaboration d'une bibliothécaire spécialisée en ETMI. Les bases de données bibliographiques *MEDLINE*, *Embase*, *CINAHL* et *PsycINFO* ont été interrogées pour la période de 2009 à 2019. Par ailleurs, les bibliographies des publications retenues ont été consultées. L'ensemble du processus et les détails qui s'y rapportent sont documentés à l'**annexe I** et dans un rapport rédigé par la bibliothécaire, lequel est disponible sur demande.

Tableau 2 : Concepts utilisés pour la recherche documentaire

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

Tel que précisé dans le plan de réalisation, aucune recherche de la littérature grise n'a été effectuée en raison de l'abondante littérature scientifique disponible sur ce sujet.

3.4.2 > Sélection des documents, extraction des données et évaluation de la qualité méthodologique des études

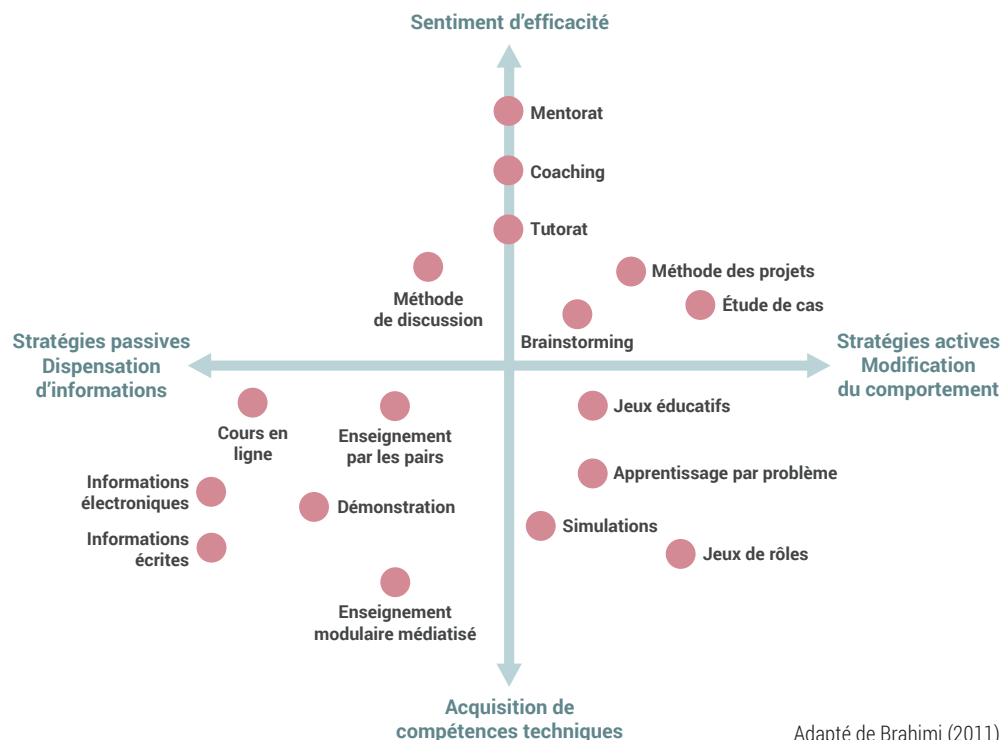
Les études ont été sélectionnées à partir de critères d'inclusion et d'exclusion déterminés sur la base du PICOTS (**Tableau 1**). Tous les types de devis ont été considérés et seuls les documents rédigés en français ou en anglais ont été retenus. Après un accord interjuge sur les 200 premiers documents examinés lors de la 1^{re} phase de sélection (lecture des titres et des résumés) et de 50 documents à la seconde phase (lecture des articles complets), les deux membres de l'équipe projet se sont partagé la sélection des documents.

Comme pour la sélection, deux professionnelles en ETMI se sont partagé l'extraction des données. Celle-ci a été effectuée à l'aide d'une grille structurée qui a permis de faire ressortir, pour chacun des documents inclus, l'auteur, l'année de publication, le pays où l'étude a été réalisée, l'objectif de l'étude, le devis de recherche, les caractéristiques des participants, la description de l'intervention, les outils de mesure ainsi que les résultats. L'évaluation de la qualité des études retenues a été établie à l'aide de l'outil *QualSyst* (Kmet, Lee et Cook, 2004). Cet outil permet d'évaluer la qualité des études quantitatives à partir de 14 critères qui portent entre autres sur l'objectif de l'étude, son devis, la méthode de sélection des participants, la cohérence des résultats et des conclusions de l'étude, à partir de 10 critères pour les études qualitatives et de 24 critères pour les études mixtes.

3.5 > Synthèse et analyse des résultats

Les données ont été regroupées selon les résultats d'intérêt et, dans un premier temps, une synthèse narrative a été réalisée. Par la suite, les résultats ont été analysés en fonction du cadre d'analyse présenté à la **figure 1**. Celui-ci, inspiré de Brahimi (2011) et de Silva (2011), sera utilisé pour situer les stratégies pédagogiques selon deux axes. Le premier axe représente les stratégies relatives à l'implication de l'apprenant sur un continuum allant des stratégies passives (dispensation d'informations) aux stratégies actives (modification du comportement). Le second axe met l'accent sur le sentiment d'efficacité personnelle et sur l'acquisition de compétences techniques à l'issue d'une formation. Dans ce modèle, les stratégies actives (modification du comportement) et les stratégies favorisant le renforcement des compétences personnelles (sentiment d'efficacité) sont celles qui auraient le plus d'effet sur la modification des comportements et des pratiques des apprenants.

Figure 1 : Continuum des stratégies pour soutenir l'autogestion



3.6 > Évaluation du niveau de preuve et formulation des constats

Les critères retenus pour l'appréciation du niveau de preuve scientifique des résultats d'intérêt sont inspirés des critères de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2017). Les critères retenus prennent en compte, pour chacun des résultats : 1) le nombre d'études, 2) la robustesse du devis, 3) la qualité méthodologique des études scientifiques et 4) la cohérence des résultats entre les études.

4 > RÉSULTATS

4.1 > Sélection des documents

La recherche documentaire a permis de repérer 13 011 articles dans les bases de données bibliographiques. À l'issue du processus de sélection, 26 études originales ont été retenues dont une a été identifiée à partir de la liste de références de l'une des études retenues. Le schéma de sélection PRISMA est disponible à l'**annexe II** et le tableau d'extraction des données est présenté à l'**annexe III**.

4.2 > Caractéristiques des études retenues

Le **tableau 3** présente, par ordre alphabétique des premiers auteurs, les principales caractéristiques des études retenues. Celles-ci ont été publiées entre 2010 et 2019 et proviennent des États-Unis (8), du Royaume-Uni (6), du Canada (3), de l'Australie (2), de l'Irlande (2), des Pays-Bas (2), de la Suède (1), de l'Écosse (1) et de l'Espagne (1). Seize études ont utilisé un devis quasi expérimental comportant des mesures prises avant et après un programme de formation, huit sont des essais contrôlés randomisés (ECR), une est une étude de cohorte et une autre est descriptive. Le nombre de participants varie d'une étude à l'autre autant pour les professionnels (de 6 à 372) que pour les usagers (de 36 à 693). La majorité des études sont de qualité méthodologique élevée (n=17), c'est-à-dire que leur score de qualité est supérieur ou égal à 80%, sept obtiennent un score de qualité modéré situé entre 60 % et 80 % alors que deux sont de faible qualité méthodologique avec un score égal ou inférieur à 60%.

Tableau 3 : Caractéristiques des études

	1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE	PAYS	DEVIS	PARTICIPANTS (n)	SCORE DE QUALITÉ METHODOLOGIQUE (%)
1	Albright, 2013	États-Unis	Avant-après	P : 27 / U : s. o.	60
2	Amar, 2016	Canada	Avant-après	P : 182 / U : s. o.	80
3	Barnes, 2013	États-Unis	Avant-après	Non spécifié	65
4	Bender, 2011	États-Unis	Avant-après	P : 372 / U : 36	70
5	Colleran, 2012	États-Unis	Avant-après	P : 21 / U : s. o.	72
6	Hains, 2019	Australie	Avant-après	P : 226 / U : s. o.	80
7	Hardy, 2014	États-Unis	Avant-après	P : 8 / U : 35	70
8	Hurley, 2019	Irlande	Avant-après	P : 13 / U : s. o.	85
9	Jansink, 2013	Pays-Bas	ECR	P : 65 / U : s. o.	92
10	Jerant, 2016	États-Unis	ECR	P : 52 / U : s. o.	93
11	Jones, 2011	Canada	Avant-après	P : 130 / U : s. o.	91
12	Karvinen, 2017	Canada	ECR	P : 54 / U : s. o.	75
13	Keeley, 2014	États-Unis	ECR	P : 21 / U : 171	82
14	Keogh, 2018	Irlande	Avant-après	P : 13 / U : s. o.	85
15	Kosmala-Anderson, 2010	Royaume-Uni	Avant-après	P : 114 / U : s. o.	75
16	Latter, 2010	Royaume-Uni	Avant-après	P : 14 / U : s. o.	86
17	Magill, 2018	Royaume-Uni	ECR	P : 23 / U : s. o.	86
18	Mahoney, 2019	Royaume-Uni	Avant-après	P : 26 / U : s. o.	90
19	Mahramus, 2014	États-Unis	Avant-après	P : 150 / U : s. o.	91
20	Maissi, 2011	Royaume-Uni	ECR	P : 6 / U : s. o.	93
21	Nessen, 2018	Suède	Avant-après	P : 10 / U : s. o.	75
22	Robling, 2012	Royaume-Uni	ECR	P : 75 / U : 693	82
23	Roman-Rodriguez, 2017	Espagne	Étude de cohortes	P : 360 / U : s. o.	89
24	Shah, 2011	Australie	ECR	P : 150 / U : 221	96
25	Swanson, 2011	Écosse	Avant-après	P : 81 / U : s. o.	60
26	Terpstra, 2018	Pays-Bas	Étude descriptive	P : 22 / U : s. o.	85

Légende : P : professionnels; U : usagers; s. o. : sans objet; ECR : essai contrôlé randomisé; Score de qualité : (SQ) méthodologique : faible (≤ 60 %), modérée (60 % < SQ < 80 %), élevée (≥ 80 %)

4.3 › Description des programmes de formation

Le **tableau 4** présente, selon les problématiques chroniques de santé, les 26 programmes de formation destinés aux professionnels de la santé qui offrent des soins primaires ou spécialisés. Sept programmes de formation portent sur l'autogestion du diabète tandis que les autres ciblent l'autogestion de maladies telles que l'asthme (n=4), la santé mentale (n=2), l'arthrose et la lombalgie (n=2), le cancer (n=2), les allergies (n=1), l'arthrite rhumatoïde (n=1), les douleurs chroniques (n=1), l'insuffisance cardiaque (n=1), les maladies rénales (n=1) et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (n=1). Trois des programmes concernent les maladies chroniques en général. Chacun des programmes présente des caractéristiques différentes (durée, contenu, type de maladies, etc.), utilise des modalités et des stratégies de formation distinctes (individuelle, en groupe) et cible divers professionnels (médecins, infirmières, physiothérapeutes, etc.).

Tableau 4 : Caractéristiques des programmes de formation

MALADIE CIBLÉE	1 ^{ER} AUTEUR ANNÉE	NOM DU PROGRAMME	MODALITÉ				DURÉE	
			EN LIGNE	EN PRÉSENTIEL	EN GROUPE	EN INDIVIDUEL	EN HEURES	EN SEMAINES
Diabète	Colleran, 2012	<i>Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes)</i>	✓	✓	✓		28	
	Jansink, 2013 [†]	Programme éducatif (incluant l'entretien motivationnel)			✓	✓	16	
	Latter, 2010	Intervention pour changer les pratiques des infirmières cliniciennes lors des consultations			✓		32	
	Magill, 2018 ^{††}	<i>Motivational interviewing and Cognitive behavioural therapy</i>					36	
Asthme	Maissi, 2011 ^{††}	<i>Motivational enhancement therapy (MET) and Cognitive behavioural therapy (CBT)</i>		✓	✓	✓		12 à 24
	Robling, 2012 [†]	<i>Talking Diabetes</i>	✓		✓		24	
	Swanson, 2011 ^{††}	<i>Doing Diabetes Better</i>			✓		21	
	Bender, 2011	<i>Colorado Asthma Toolkit</i>		✓			24	
	Hains, 2019	Programme d'éducation centré sur la gestion de l'asthme difficile à traiter et sévère dans les soins de santé primaires		✓	✓		1	
	Roman-Rodriguez, 2017 [†]	Entretien motivationnel	✓		✓		2,5	
Maladies chroniques*	Shah, 2011	<i>Practitioner Asthma Communication and Education (PACE)</i>			✓		6	
	Amar, 2016 [†]	<i>Supporting realistic behavior change (SRBC)</i>		✓	✓		14	
	Jerant, 2016 [†]	<i>Self efficacy-enhancing interviewing techniques (SEE IT)</i>				✓	1	
	Kosmala-Anderson 2010	Soutien à l'autogestion (modèle du Self Determination Theory)			✓		9	
Santé mentale	Albright, 2013 [†]	<i>At-Risk in Primary Care</i>	✓			✓	1	
	Keeley, 2014 [†]	Nouvelle méthode d'utilisation de l'entretien motivationnel pour le traitement de la dépression.			✓	✓	12 ¹	
Cancer	Jones, 2011	<i>Maximizing your patient education skills (MPES)</i>			✓		4	
	Karvinen, 2017 [†]	Formation en ligne pour améliorer les connaissances sur l'activité physique et les compétences en matière de <i>counseling</i> afin de soutenir les survivants du cancer	✓			✓	12	
Arthrose et lombalgies chroniques	Hurley, 2019	<i>SOLAS Physiotherapist E-Learning Training Program</i>	✓			✓	4	
	Keogh, 2018	Formation des physiothérapeutes à l'autogestion de l'arthrose et de la lombalgie			✓		14	
Arthrite rhumatoïde	Nessen, 2018 [†]	Programme de formation sur les habiletés associées aux techniques de changement comportemental (<i>behavior change techniques</i>) pour favoriser l'activité physique chez les usagers présentant de l'arthrite rhumatoïde (<i>Physical Activity in Rheumatoid Arthritis - PARA</i>)			✓		28	
	Barnes, 2013 [†]	<i>Shared Haemodialysis Care (SCH)</i>		✓	✓		7 à 28	
MPOC	Hardy, 2014 [†]	<i>Depression and Anxiety in Diabetes (DAC ©)</i>			✓		2	
	Mahoney, 2019 [†]	Enseignement de stratégies et de techniques aux professionnels pour discuter des barrières des patients à porter et à utiliser l'auto-injecteur d'adrénaline			✓		1,5	
Insuffisance cardiaque	Mahramus, 2014 [†]	Programme éducatif compréhensif sur l'autosoin de l'insuffisance cardiaque			✓		3,5	
	Terpstra, 2018 [†]	<i>Master Your Pain (iCBT for chronic pain)</i>		✓	✓		10	

[†] Formation basée sur l'approche de l'entretien motivationnel ; ^{††} Formation basée sur l'approche de changement comportemental

* Les maladies chroniques réfèrent au diabète, MPOC, santé mentale (dépression), douleurs musculosquelettiques

¹ Nombre d'heures non disponible pour la 1^{re} séance

Cinq programmes utilisent une modalité de formation en ligne seulement (Robling et al., 2012; Roman-Rodriguez et al., 2017; Albright et al., 2013; Karvinen et al., 2017; Hurley et al., 2019) six sont dispensés uniquement en présentiel (Maissi et al., 2011; Bender et al., 2011; Hains et al., 2019; Amar et al., 2016; Barnes, Hancock & Dainton, 2013; Terpstra et al., 2018) et une des formations implique les deux modalités (Colleran et al., 2012). Cette information n'est pas spécifiée pour les 14 autres formations. La plupart offrent des formations de groupe (n=20) comportant un nombre différent de participants (allant de 5 à 8 participants jusqu'à un maximum de 20 pour les études dans lesquelles ce nombre est mentionné. Cinq études soulignent donner la formation en « petits groupes » sans préciser le nombre de participants (Colleran et al., 2012; Hains et al., 2019; Hardy, Smart, Scanlan, & Rogers, 2014; Latter et al., 2010; Nessen, Opava, & Demmelmaier, 2018). Pour trois programmes, la première partie de la formation est offerte en individuel, alors que la seconde est donnée en groupe (Jansink et al., 2013; Maissi et al., 2011; Keeley et al., 2014). La durée des formations varie d'une heure (entre 1 et 36 heures) à quelques semaines (entre 4 et 24 semaines) (**Tableau 4**).

De plus, parmi les 26 programmes de formation, 12 utilisent l'approche de l'entretien motivationnel en tant que formation complète ou comme une partie du module de formation (Jansink et al., 2013; Jerant et al., 2016; Keeley et al., 2014; Magill et al., 2018; Maissi et al., 2011; Robling et al., 2012; Roman-Rodriguez et al., 2017; Albright et al., 2013; Barnes et al., 2013; Hardy et al., 2014; Karvinen et al., 2017; Swanson et al., 2011), cinq misent sur une approche de changement comportemental alors que quatre intègrent les deux types d'approches dans leurs programmes de formation (Magill et al., 2018; Maissi et al., 2011; Robling et al., 2012; Swanson, Gold, & Keen, 2011).

Le **tableau 5** décrit les grandes catégories de stratégies mises de l'avant dans les 26 programmes de formation recensés. La majorité des programmes (n=23) est multimodale, combinant de deux à six stratégies. Trois programmes de formation utilisent une seule stratégie (Amar et al., 2016; Hains et al., 2019; Kosmala-Anderson, Wallace & Turner, 2010). Les études de cas, les jeux de rôles et l'enseignement sous différentes formes (didactique, théorique, technique, modulaire, par les pairs) représentent les stratégies les plus fréquemment utilisées, respectivement dans 15, 14 et 11 programmes.

Tableau 5 : Catégories de stratégies utilisées dans les programmes d'enseignement

STRATÉGIES UTILISÉES	ÉTUDES (1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE)																				n								
	ALBRIGHT, 2013	AMAR, 2016	BARNES, 2013	BENDER, 2011	COLLERAN, 2012	HAINS, 2019	HARDY, 2014	HURLEY, 2019	JANSINK, 2013	JERANT, 2010	JONES, 2011	KARVINEN, 2017	KEELEY, 2014	KEOGH, 2018	KOSMALA-ANDERSON, 2010	LATTER, 2010	MAGILL, 2018	MAHONEY, 2019	MAHRAMUS, 2014	MAISSI, 2011		NESSEN, 2018	ROBLING, 2012	ROMAN-RODRIGUEZ, 2017	SHAH, 2011	SWANSON, 2011	TERPSTRA, 2018		
Études de cas/ discussions de cas/ rétroactions/exercices individuels					✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	15
Jeux de rôles, simulations	✓			✓			✓		✓	✓	✓					✓					✓	✓	✓			✓	✓	14	
Enseignement (didactique, théorique, technique, modulaire, par les pairs)			✓		✓				✓	✓		✓	✓			✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓		11	
Informations électroniques (plateforme, vidéo, présentation PowerPoint, etc.)		✓			✓			✓				✓	✓	✓								✓	✓	✓	✓	✓	✓	10	
Coaching, mentorat, tutorat				✓					✓		✓						✓				✓	✓				✓	✓	9	
Ateliers interactifs, présentations interactives			✓													✓	✓		✓		✓	✓			✓	✓	✓	8	
Cours en ligne	✓				✓			✓				✓											✓	✓				6	
Informations écrites				✓									✓											✓	✓			6	
Nombre total de stratégies utilisées	2	1	2	3	4	1	3	4	4	2	2	3	4	3	1	3	2	2	4	3	4	6	6	6	2	4	4		

4.4 › Effets des programmes

Compte tenu des informations disponibles dans les études, de leur hétérogénéité et du caractère multimodal des programmes de formation recensés, l'association des résultats à une stratégie d'enseignement en particulier s'avère difficile. Par conséquent, les effets des programmes ont été regroupés selon les principaux résultats d'intérêt obtenus auprès des professionnels. Des résultats secondaires issus des études retenues sont aussi présentés pour documenter les effets de ces mêmes programmes auprès des usagers.

4.4.1 › Effets des programmes chez les professionnels

Cette section donne un aperçu de l'efficacité des 26 programmes de formation sur les compétences, la confiance et les attitudes des professionnels ainsi que sur l'utilisation ou l'intention d'utiliser les stratégies apprises pour le soutien des usagers à l'autogestion de leurs maladies chroniques. Toutefois, les résultats présentés dans les études ne permettent pas d'apprécier le gain réel et la pérennité des effets des formations. Du fait que les variables mesurées diffèrent d'une étude à l'autre, les effets des formations ont été regroupés en neuf catégories qui sont présentées au **tableau 6** en fonction des études retenues, par ordre alphabétique des premiers auteurs. Parmi les compétences mesurées figurent les techniques de soin (16/26), les connaissances (12/26), la communication et les comportements d'enseignement (8/26), la prescription adéquate de la médication (4/26) et la qualité des soins (4/26). La confiance des professionnels en leurs compétences pour soutenir les usagers de même que leurs attitudes et croyances quant à l'autogestion ont été mesurées dans 13 et 3 programmes de formation respectivement. L'application des stratégies apprises ou l'intention de les utiliser ont été évaluées pour 9 et 4 des 26 formations identifiées, respectivement.

Tous les programmes de formation ont entraîné des effets positifs chez les professionnels. Des améliorations statistiquement significatives², observées pour au moins une des variables mesurées appartenant à la même catégorie, sont rapportées dans 20 des 26 études. Les six autres études montrent des améliorations entre les mesures prises avant et après la formation, mais ne présentent pas d'analyses statistiques (Amar et al., 2016; Barnes, Hancock, & Dainton, 2013; Bender et al., 2011; Hardy et al., 2014; Maissi et al., 2011; Terpstra et al., 2018) (**Tableau 6**).

² C'est-à-dire que les variations observées ont moins de 5 % de chance d'être dues au hasard.

Tableau 6 : Synthèse des effets des programmes chez les professionnels

ÉTUDES (1 ^{ER} AUTEUR, ANNÉE)	COMPÉTENCES					CONFIANCE ET ATTITUDES			UTILISATION DES STRATÉGIES	
	TECHNIQUES DE SOIN	CONNAISSANCES	COMMUNICATION ET COMPORTEMENTS D'ENSEIGNEMENT	PRESCRIPTION ADEQUATE DE LA MÉDICAMENT	QUALITÉ DES SOINS	CONFIANCE EN LEURS COMPÉTENCES POUR SOUTENIR LES USAGERS	ATTITUDES ET CROYANCES	APPLICATION DES STRATÉGIES APPRISSES	INTENTION D'UTILISER LES STRATÉGIES APPRISSES	
1	Albright, 2013	++	++						++	
2	Amar, 2016		+	+			+		+	
3	Barnes, 2013									
4	Bender, 2011	+	+	+						
5	Colleran, 2012		++	++	++	++	++			
6	Hains, 2019		++	++	++	++	++	++		
7	Hardy, 2014		+	+		+	+	+		
8	Hurley, 2019	+n.s	++	++		++	++	++		
9	Jansink, 2013	++						+		
10	Jerant, 2016	++								
11	Jones, 2011	++	++							
12	Karvinen, 2017						++			
13	Keeley, 2014	++			+n.s.					
14	Keogh, 2018		+	+		++	++		+	
15	Kosmala-Anderson, 2010	++				++	++			
16	Latter, 2010	+		++				+		
17	Magill, 2018	++								
18	Mahoney, 2019	++	++			++		++		
19	Mahramus, 2014	+	++							
20	Maissi, 2011	+								
21	Nessen, 2018		++			++		+		
22	Robling, 2012	++		++						
23	Roman-Rodriguez, 2017					++		++		
24	Shah, 2011			++	++		++			
25	Swanson, 2011	++	+	++			+	+		
26	Terpstra, 2018	+	+				+		+	
Nbre d'études avec amélioration	16	12	8	4	4	13	3	9	4	

Légende : ++ = amélioration statistiquement significative pour au moins une des variables appartenant à la même catégorie; + = amélioration (sans analyse statistique); +n.s. = amélioration non statistiquement significative; □ = non mesuré

4.4.1.1 > Impacts sur les compétences

Techniques de soin

Les 16 études qui ont mesuré les effets des programmes sur les compétences liées aux techniques de soin ont toutes rapporté des améliorations sur ce plan. Ces changements se sont avérés statistiquement significatifs dans 10 de ces études (Albright et al., 2013; Jansink et al., 2013; Jerant et al., 2016; Jones et al., 2011; Keeley et al., 2014; Kosmala-Anderson, Wallace, & Turner, 2010; Magill et al., 2018; Mahoney, Walklet, Bradley, & O'Hickey, 2019; Robling et al., 2012, Swanson et al., 2011), et non significatifs dans une étude (Hurley et al., 2019). Bien que Bender et al. (2011), Latter et al. (2010), Mahramus et al. (2014), Maissi et al. (2011) et Terpstra et al. (2018) présentent des améliorations entre les mesures prises avant et après la formation, aucune analyse statistique n'a été réalisée dans leurs études. Concrètement, l'acquisition de ces compétences permet de soutenir l'implication des usagers dans l'élaboration et leur adhésion au plan de traitement (Albright et al., 2013; Jansink et al., 2013; Jones et al., 2011; Mahoney et al., 2019), augmente l'utilisation par les professionnels de techniques de soin appropriées (Bender et al., 2011; Latter et al., 2010; Jerant et al., 2016; Kosmala-Anderson et al., 2010; Robling et al., 2012; Swanson et al., 2011) et favorise l'application dans la pratique des théories et des méthodes enseignées (Hurley et al., 2019; Keeley et al., 2014; Magill et al., 2018; Mahramus et al., 2014; Maissi et al., 2011; Terpstra et al., 2018). Ces résultats indiquent que le contenu et les modalités de ces formations sont favorables à l'acquisition des techniques de soin enseignées aux professionnels afin de soutenir l'usager dans l'autoprise en charge de sa ou de ses maladies chroniques.

Connaissances

Douze études ont mesuré les effets des formations sur les connaissances des professionnels en lien avec l'autogestion des maladies chroniques. Parmi ces études, huit ont rapporté des changements statistiquement significatifs (Albright et al., 2013; Colleran et al., 2012; Hains et al., 2019; Hurley et al., 2019; Jones et al., 2011; Mahoney et al., 2019; Mahramus et al., 2014; Nessen et al., 2018) alors que les quatre autres ont montré une amélioration entre les deux temps de mesure, sans que celle-ci ait été analysée statistiquement (Hardy et al., 2014; Keogh, Matthews, Segurado, & Hurley, 2018; Swanson et al., 2011; Terpstra et al., 2018). Plus spécifiquement, les résultats indiquent des améliorations sur le plan des connaissances cliniques et non cliniques associées à l'éducation des usagers (Albright et al., 2013; Colleran et al., 2012; Hurley et al., 2019; Jones et al., 2011; Keogh et al., 2018; Mahoney et al., 2019; Mahramus et al., 2014; Nessen et al., 2018; Swanson et al., 2011; Terpstra et al., 2018), à la compréhension des différents termes relatifs à la condition médicale (Colleran et al., 2012; Hains et al., 2019) et aux étapes de la trajectoire de soins (Hardy et al., 2014).

Communication et comportements d'enseignement

Huit études ont observé des améliorations concernant la communication et les comportements d'enseignement à l'autogestion des maladies chroniques chez les intervenants (Amar et al., 2016; Bender et al., 2011; Keogh et al., 2018; Hains et al., 2019, Latter et al., 2010, Robling et al., 2012; Shah et al., 2011; Swanson et al., 2011). Ces améliorations sont statistiquement significatives pour cinq des huit études (Hains et al., 2019; Latter et al., 2010; Robling et al., 2012; Shah et al., 2011; Swanson et al., 2011) alors que la significativité statistique n'a pas été mesurée pour cette compétence dans les études d'Amar et al. (2016), de Bender et al. (2011) et de Keogh et al. (2018). Selon les résultats, les communications sous forme verbale ou écrite seraient davantage utilisées par les professionnels formés pour l'élaboration d'un plan d'action partagé (Bender et al., 2011; Keogh et al., 2019; Robling et al., 2012; Shah et al., 2011). Par exemple, certains professionnels poseraient davantage de questions ouvertes et seraient plus à l'écoute des usagers, mettant ces derniers au centre de leurs interventions (Amar et al., 2016; Latter et al., 2010; Swanson et al., 2011).

Prescription adéquate de la médication (traitement recommandé)

Quatre études ont vérifié si les formations reçues avaient un effet sur la prescription adéquate de la médication (ou sur le traitement recommandé) par les professionnels. Deux ont présenté des résultats statistiquement significatifs (Colleran et al., 2012; Shah et al., 2011), une a montré des changements positifs sans que ceux-ci n'atteignent un seuil de signification statistique (Keeley et al., 2014) et une autre n'a pas réalisé d'analyses statistiques (Bender et al., 2011). À l'issue de la formation, les professionnels prescriraient davantage de corticostéroïdes et de chambres à air aux usagers asthmatiques (Bender et al., 2011; Shah et al., 2011). Certains professionnels auraient une meilleure compréhension de la médication prescrite, ce qui les aiderait à fournir des explications détaillées aux usagers qui ont à l'utiliser (Colleran et al., 2012; Shah et al., 2011). D'autres insisteraient davantage sur l'intégration de l'activité physique dans le traitement, en plus de l'utilisation de la médication (Keeley et al., 2014).

Qualité des soins

Les quatre études qui ont pris des mesures sur la qualité des soins offerts par les professionnels formés à l'autogestion ont toutes rapporté des améliorations significatives sur ce plan. Bien que les dimensions de la qualité des soins étudiées n'étaient pas nommément précisées dans les études, l'analyse des données permettait tout de même de déterminer celles mesurées, en l'occurrence l'accessibilité aux soins au moment opportun (Colleran et al. 2012; Hains et al., 2019), la sécurité (Karvinen et al., 2017) et l'efficacité des soins (Roman-Rodriguez et al. 2017). Ces études indiquent que les services dispensés par les professionnels formés sont offerts de manière efficace et éclairée (Colleran et al., 2012) et permettent, lorsque nécessaire, d'orienter les usagers vers les services spécialisés appropriés (Hains et al., 2019). En outre, les professionnels ayant suivi une formation simplifieraient autant que possible les traitements donnés aux usagers (Roman-Rodriguez et al., 2017).

4.4.1.2 > Impacts sur la confiance et les attitudes des professionnels

Confiance en leurs compétences pour soutenir les usagers

Selon les résultats extraits des 13 études qui ont mesuré la confiance³ des professionnels en leurs compétences pour soutenir les usagers à la suite de leur participation à un programme de formation, neuf ont rapporté des améliorations statistiquement significatives (Colleran et al., 2012; Hains et al., 2019; Hurley et al., 2019; Karvinen et al., 2017; Keogh et al., 2018; Kosmala-Anderson et al., 2010; Mahoney et al., 2019; Nessen et al., 2018; Shah et al., 2011). Dans les quatre autres études, le niveau de significativité statistique des changements positifs observés n'a pas été mesuré (Amar et al., 2016; Hardy et al., 2014; Swanson et al., 2011; Terpstra et al., 2018). Ces résultats montrent que le sentiment d'autoefficacité des professionnels s'est amélioré.

Attitudes et croyances quant à l'autogestion

Les trois études qui ont mesuré les effets des formations sur les variables de cette catégorie ont montré des améliorations en lien avec les attitudes et les croyances des professionnels par rapport à l'autogestion des maladies chroniques, notamment sur le plan de la reconnaissance de l'autonomie de l'utilisateur dans l'autogestion de sa maladie (Barnes et al., 2013; Colleran et al., 2012; Terpstra et al., 2018). Ces résultats se sont avérés statistiquement significatifs uniquement dans l'étude de Colleran et al. (2012) alors qu'aucune analyse statistique n'a été réalisée dans les études de Barnes et al. (2013) et de Terpstra et al. (2018).

³ Les variables qui ont permis de mesurer la confiance des professionnels selon les études étaient entre autres : le sentiment d'autoefficacité, l'autonomie dans les soins prodigués, l'utilisation des stratégies enseignées dans les formations.

4.4.1.3 › Impacts sur l'utilisation des stratégies apprises

Application de stratégies visant à soutenir ou à impliquer les usagers

Neuf études ont permis de constater des effets positifs des formations offertes aux professionnels sur l'application de stratégies visant à soutenir ou à impliquer les usagers dans l'autogestion de leur maladie chronique (Hains et al., 2019; Hardy et al., 2014; Hurley et al., 2019; Jansink et al., 2013; Latter et al., 2010; Mahoney et al., 2019; Nessen et al., 2018; Roman-Rodriguez et al., 2017; Swanson et al., 2011). Ces changements sont statistiquement significatifs pour quatre des neuf études (Hains et al., 2019; Hurley et al., 2019; Mahoney et al., 2019; Roman-Rodriguez et al., 2017) alors que les cinq autres n'ont pas réalisé d'analyse statistique sur cette variable (Hardy et al., 2014; Jansink et al., 2013; Latter et al., 2010; Nessen et al., 2018; Swanson et al., 2011). Lors des consultations, les professionnels disent utiliser les stratégies et modalités apprises pour documenter et gérer les symptômes des usagers de même que pour les encourager à se responsabiliser quant à leur maladie (Hains et al., 2019; Hurley et al., 2019; Jansink et al., 2013; Mahoney et al., 2019; Roman-Rodriguez et al., 2017).

Intention d'utiliser les stratégies apprises

Les quatre études ayant mesuré les intentions des professionnels ont montré que ceux-ci semblaient motivés pour appliquer les stratégies apprises après avoir participé à un programme formation (Albright et al., 2013; Amar et al., 2016; Keogh et al., 2018; Terpstra et al., 2018). Ces résultats se sont avérés statistiquement significatifs dans l'étude d'Albright alors qu'aucune analyse statistique n'a été réalisée dans les trois autres études (Amar et al., 2016; Keogh et al., 2018; Terpstra et al., 2018).

En résumé, tous les programmes de formation offerts aux professionnels pour favoriser le soutien des usagers dans l'autogestion de leurs maladies chroniques seraient bénéfiques. Les résultats obtenus auprès des professionnels participant aux études montrent des améliorations dans toutes les catégories évaluées, dont plusieurs sont statistiquement significatives. En effet, 20 des 26 études repérées rapportent des améliorations significatives sur au moins une des variables mesurées dans chacune des catégories identifiées. Le **tableau 6** présente une synthèse de ces résultats.

4.4.2 › Effets des programmes chez les usagers

Les effets observés chez les usagers à la suite de la participation des professionnels à des programmes de formation à l'autogestion sont rapportés dans cinq des 26 études retenues. Ces études font ressortir des améliorations en lien avec la continuité des soins et l'implication des usagers dans la gestion de leur santé, les rendant plus confiants et plus motivés à adhérer au traitement (Hardy et al., 2014; Keeley et al., 2014; Robling et al., 2012; Shah et al., 2011). Cependant, le niveau de significativité statistique des changements observés a été mesuré dans une seule étude (Robling et al., 2012).

Chez quelques usagers, les barrières au traitement diminuent de manière significative, et ceux-ci font preuve de plus d'enthousiasme concernant les visites médicales (Robling et al., 2012). Des améliorations sont également notées sur le plan de la communication entre les usagers et les professionnels formés (Bender et al., 2011; Hardy et al., 2014; Keeley et al., 2014; Shah et al., 2011). Les usagers interrogés dans les études de Bender et al. (2011) et Shah et al. (2011) sont plus nombreux à recevoir un plan d'action pour la gestion de leur maladie. Par ailleurs, les usagers interrogés dans l'étude de Keeley et al. (2014) rapportent une amélioration de leur état de santé. Ils sont plus nombreux à changer leur discours sur la dépression et à discuter des bienfaits de l'activité physique (Keeley et al., 2014). D'autres résultats montrent que les usagers suivis par des professionnels formés sont plus nombreux à bénéficier des bons tests médicaux (ex. : spirométrie chez les asthmatiques) (Bender et al., 2011; Shah et al., 2011) et à recevoir une meilleure prescription de médicaments (Bender et al., 2011).

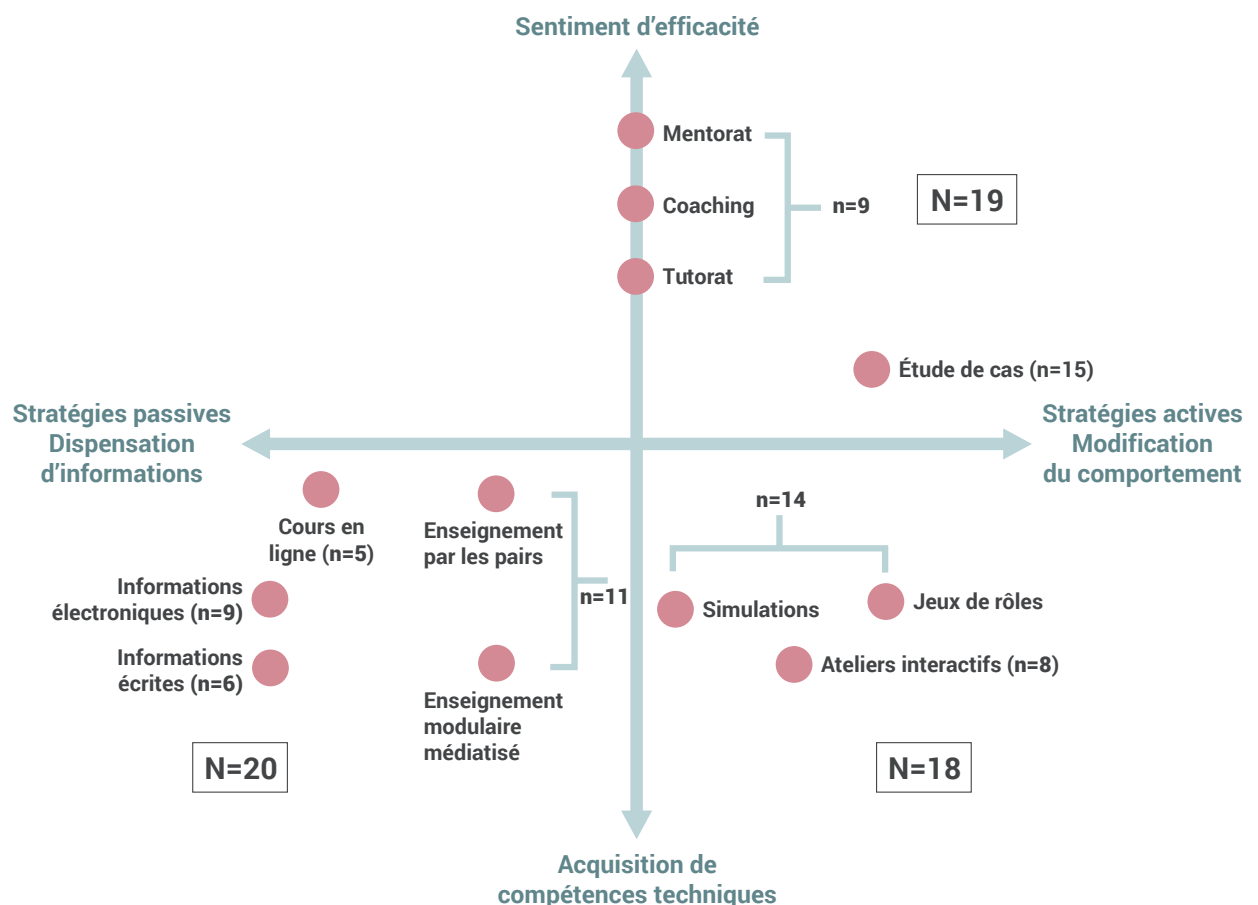
5 > SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RÉSULTATS

5.1 > Programmes de formation

Les programmes de formation repérés sont différents les uns des autres, mais ont en commun qu'ils offrent un enseignement aux professionnels de la santé impliqués dans le suivi des usagers diagnostiqués avec une maladie chronique afin qu'ils s'engagent activement dans l'autoprise en charge de leur santé. Les programmes se distinguent quant aux modalités de formation privilégiées, à la durée de la formation, au nombre de participants, selon les maladies chroniques et le type de professionnels ciblés. Les études portent davantage sur des programmes offerts aux professionnels qui ont à soutenir des usagers diabétiques et asthmatiques (11 études).

La plupart des programmes de formation recensés (23/26) utilisent des stratégies pédagogiques multimodales, impliquant plus d'une stratégie à la fois. Vingt d'entre eux mettent l'accent sur des stratégies passives via la dispensation d'informations (cours en ligne, enseignement, informations écrites et électroniques), 18 favorisent l'utilisation de stratégies actives visant une modification du comportement (ateliers interactifs, jeux de rôle, simulations). Comme il est illustré à la **figure 2**, les stratégies privilégiées dans ces programmes mettent davantage l'accent sur l'acquisition de compétences techniques, mais 19 programmes utilisent également des stratégies de formation qui favorisent le développement du sentiment d'efficacité (coaching, mentorat, tutorat, études de cas).

Figure 2 : Stratégies identifiées selon le cadre d'analyse



L'utilisation de plusieurs stratégies pédagogiques à la fois, dans un même programme, permettrait de soutenir les apprentissages des professionnels concernant le soutien des usagers dans la prise en charge de leurs conditions chroniques. Cependant, le caractère multimodal des programmes ne permet pas d'associer les résultats observés à une stratégie en particulier et de déterminer l'efficacité de chacune des stratégies.

Par ailleurs, près de la moitié des programmes répertoriés (12/26) utilisent une approche basée sur l'entretien motivationnel et plus du tiers (9/26) une approche basée sur le changement comportemental. De ce nombre, quatre programmes utilisent les deux approches à la fois. Ceci suggère que les approches centrées sur des besoins priorités par les usagers, soit ceux pour lesquels ils sont motivés à se mettre en action, pourraient s'avérer utiles pour induire un changement de comportement. Conséquemment, les formations intégrant un contenu basé sur ces approches semblent pertinentes pour les professionnels de la santé qui ont à soutenir les usagers présentant une condition de maladie chronique afin de les engager dans l'autoprise en charge de leur santé.

5.2 > Impacts des programmes chez les professionnels

Des améliorations ont été constatées dans toutes les catégories de variables mesurées chez les professionnels à la suite de leur participation à une formation concernant l'autogestion des maladies chroniques. Le **tableau 7** présente l'analyse du niveau de preuve réalisée pour les résultats d'intérêt issus des 26 études retenues.

Tableau 7 : Appréciation du niveau de preuve scientifique

RÉSULTAT		NOMBRE D'ÉTUDES	COHÉRENCE DES RÉSULTATS	ROBUSTESSE DES DEVIS (N ÉTUDES)	SCORE DE QUALITÉ (NBRE D'ÉTUDES)	NIVEAU DE PREUVE
Compétences	Techniques de soin	16	Élevée	Faible (1) Modérée (9) Élevé (6)	Faible (2) Modéré (2) Élevé (12)	Élevé
	Connaissances	12	Élevée	Faible (1) Modérée (11)	Faible (2) Modéré (3) Élevé (7)	Élevé
	Communication et comportements d'enseignement	8	Élevée	Modérée (6) Élevée (2)	Faible (1) Modéré (1) Élevé (6)	Modéré
	Prescription adéquate de la médication	4	Élevée	Modérée (2) Élevée (2)	Modéré (2) Élevé (2)	Modéré
	Qualité des soins	4	Élevée	Modérée (2) Élevée (2)	Modéré (2) Élevé (2)	Modéré
Confiance et attitudes	Confiance en leurs compétences pour soutenir les usagers	13	Élevée	Faible (1) Modérée (10) Élevée (2)	Faible (1) Modéré (5) Élevé (7)	Élevé
	Attitudes et croyances quant à l'autogestion	3	Élevée	Faible (1) Modérée (2)	Modéré (2) Élevé (1)	Modéré
Utilisation des stratégies	Application de stratégies visant à soutenir/impliquer les usagers	9	Élevée	Modérée (7) Élevée (2)	Faible (1) Modéré (2) Élevé (6)	Modéré
	Intention d'utiliser les stratégies apprises	4	Élevée	Faible (1) Modérée (3)	Faible (1) Élevé (3)	Modéré

Impacts sur les compétences

Les améliorations observées sur le plan des compétences liées aux techniques de soin et aux connaissances pour soutenir les usagers dans l'autogestion de leurs maladies chroniques sont associées à un niveau de preuve élevé. Par ailleurs, les améliorations de la communication et des comportements d'enseignement des professionnels ainsi que la prescription adéquate de la médication et la qualité des soins aux usagers à la suite de la formation des professionnels sont associées à un niveau de preuve modéré.

Impacts sur la confiance et les attitudes des professionnels

À la suite de leur participation à un programme de formation, la confiance accrue des professionnels en leurs compétences pour soutenir les usagers est associée à un niveau de preuve élevé. L'amélioration observée sur leurs attitudes et croyances en lien avec l'autogestion des maladies chroniques est pour sa part associée un niveau de preuve modéré.

Impacts sur l'utilisation des stratégies apprises

L'application des stratégies enseignées lors de la formation des professionnels ainsi que leur intention d'utiliser ces stratégies dans leur pratique pour soutenir les usagers dans l'autoprise en charge de leurs maladies chroniques sont associées à un niveau de preuve modéré.

5.3 > Synthèse des résultats obtenus chez les usagers

Des 26 études retenues qui présentent des programmes de formation à l'autogestion pour les professionnels, cinq rapportent aussi des résultats pour les usagers qui ont été suivis par des professionnels formés. Bien que certaines améliorations aient été observées, il s'agit de résultats secondaires pour lesquels le niveau de preuve n'a pas été évalué. Bien qu'il soit difficile de relier directement les améliorations constatées chez les usagers aux formations reçues par les professionnels, les résultats laissent tout de même présager que les formations pourraient avoir un impact sur l'engagement des usagers dans l'autogestion de leurs maladies chroniques.

6 > CONSTATS

La présente ETMI avait pour but d'évaluer l'efficacité des programmes de formation destinés aux professionnels de la santé qui ont à soutenir les patients atteints de maladies chroniques à s'engager dans l'autoprise en charge de leur santé, mais aussi à déterminer les stratégies mises de l'avant dans ces programmes. À la lumière des données analysées, il est possible de formuler les constats suivants :

- › Tous les programmes de formation recensés ont entraîné une amélioration chez les professionnels dans au moins une catégorie des variables mesurées en lien avec le soutien à l'autogestion des maladies chroniques chez les usagers :
 - Sont associés à un niveau de preuve élevé l'amélioration des techniques de soin, l'augmentation des connaissances et une plus grande confiance des professionnels en leurs compétences pour soutenir les usagers dans l'autogestion de leurs maladies chroniques;
 - Sont associés à un niveau de preuve modéré l'amélioration des compétences de communication et d'enseignement des professionnels, la prescription adéquate de la médication, la qualité des soins ainsi que l'amélioration de leurs attitudes et croyances quant à l'autogestion. Aussi, les professionnels formés appliquent ou ont l'intention d'utiliser les stratégies apprises.
- › La majorité des programmes de formation pour les professionnels qui ont été recensés (23/26) utilise des stratégies pédagogiques multimodales intégrant des stratégies passives et actives qui ciblent autant l'acquisition de compétences techniques que l'amélioration du sentiment d'efficacité :
 - Les stratégies les plus fréquemment utilisées dans les programmes identifiés sont les discussions de cas, les jeux de rôles et l'enseignement sous différentes formes (didactique, théorique, technique, modulaire, par les pairs);
 - La multimodalité et l'hétérogénéité des programmes de formation ne permettent pas d'évaluer l'efficacité d'une stratégie en particulier.
- › Plus de la moitié des programmes (17/26) identifiés comportent une formation ou un module de formation basé sur une approche motivationnelle et/ou sur une approche de changement comportemental. Ces approches suggèrent qu'une formation centrée sur les besoins des usagers, permettant de travailler sur les éléments qu'ils jugent prioritaires et pour lesquels ils ont une réelle motivation à se mettre en action, pourrait favoriser l'autoprise en charge de leur santé.

7 > FORCES ET LIMITES

Les résultats de cette ETMI comportent certaines limites. D'abord, l'hétérogénéité des programmes de formation identifiés rend leur comparaison difficile. La description des programmes est inégale et varie d'une étude à l'autre. Certaines des informations rapportées sont parcellaires ou imprécises. De plus, le nombre et la nature des variables mesurées diffèrent selon les études. Certaines catégories de variables telles que l'acquisition de techniques de soin sont davantage étudiées, mais les manières de les mesurer sont différentes. Aussi, l'utilisation de stratégies multimodales dans la majorité des programmes ne permet pas d'évaluer l'efficacité d'une stratégie en particulier. L'absence de recherche de littérature grise constitue également une limite à mentionner. Il est possible que certains documents pertinents n'aient pas été repérés compte tenu de ce choix méthodologique. Toutefois, la qualité méthodologique des études repérées est relativement élevée, ce qui ajoute de la valeur aux résultats.

8 > DISCUSSION

Les programmes de formation repérés sont hétérogènes, mais ciblent tous l'acquisition de compétences techniques et l'amélioration du sentiment d'efficacité personnelle (Brahimi, 2011; de Silva, 2011). À l'instar de ce qui a été observé par McCleary et al., (2018), la plupart des programmes utilisent des stratégies pédagogiques multimodales qui sont à la fois passives et actives. L'utilisation de stratégies multiples semble donc pertinente pour favoriser les apprentissages chez les professionnels et contribue, d'une certaine manière, à briser les modèles traditionnels de soins axés uniquement sur la transmission passive d'informations aux usagers (Franklin et al., 2018). Les résultats de cette ETMI suggèrent que les programmes de formation sont profitables aux professionnels de la santé qui ont à soutenir les usagers dans l'autogestion de leurs maladies. En effet, des améliorations sont notables sur le plan des compétences, de la confiance et des attitudes des professionnels quant à l'autogestion de même que sur l'utilisation des stratégies dans leur travail auprès des usagers. Les résultats laissent également poindre des effets positifs pour les usagers suivis par les professionnels formés.

Les constats émis dans le cadre de la présente ETMI fournissent tout de même des orientations aux décideurs. Ils permettront d'alimenter leurs réflexions quant au développement d'une formation permettant d'outiller les professionnels de la santé qui ont à soutenir les usagers dans l'autogestion de leurs maladies chroniques. Il s'avère pertinent que cette formation soit non seulement basée sur des stratégies pédagogiques multimodales, mais intègre aussi dans son contenu l'utilisation d'approches basées sur l'entretien motivationnel ou le changement comportemental. L'intégration de plusieurs stratégies pédagogiques à la fois, dans un même programme formation, semble pertinente pour appuyer les apprentissages des professionnels qui ont à soutenir les usagers dans l'autogestion de leurs maladies chroniques. L'établissement de ponts avec les milieux d'enseignement, afin qu'ils intègrent davantage de contenu sur l'autogestion des maladies chroniques dans les cursus scolaires destinés aux professionnels de la santé, notamment axés sur l'entretien motivationnel, pourrait également être envisagé (Kaltman et Tankersley, 2020).

Annexe I : Stratégie de recherche documentaire

1.1 Bases de données interrogées

- > *Medline* (Ovid)
- > *Embase* (Ovid)
- > *Cinahl* (Ebsco)
- > *PsycINFO* (Ovid)

1.2 Date de la recherche :

La recherche a été effectuée le 5 septembre 2019.

1.3 Plan de concepts

CONCEPT 1 PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	CONCEPT 2 FORMATION	CONCEPT 3 AUTOGESTION
<i>Practitioner(s)</i> <i>Clinicians(s)</i> <i>Nurse(s)</i> <i>Physiotherapist*</i> <i>Health professional(s)</i> ...	<i>Train*</i> <i>Educate*</i> <i>Educati*</i> <i>Workshop*</i> <i>Coach*</i> ...	<i>Self manag*</i> <i>Self care</i> <i>Self monitor*</i> <i>Patient participation</i> <i>Patient empowerment</i> ...

Les concepts ont été combinés de la façon suivante : (Concept 1 ADJ4 Concept 2) AND Concept 3.

1.4 Limites et filtres

TYPE	LIMITE OU FILTRE
Années	2009-maintenant
Langue	Anglais et français
Type de documents	<i>MEDLINE</i> : aucune limite <i>PsycINFO</i> : exclusion des livres, des thèses et des mémoires <i>CINAHL</i> : exclusion des documents non révisés par les pairs <i>Embase</i> : exclusion des livres, des chapitres de livres, des résumés de conférence, des lettres, des notes et des éditoriaux
Autre	<i>Embase</i> : exclusion des journaux Medline

1.5 Bilan des recherches

BASE DE DONNÉES	NOMBRE DE RÉSULTATS
<i>MEDLINE</i> (Ovid)	8 358
<i>PsycINFO</i> (Ovid)	2 270
<i>CINAHL</i> (EBSCO)	6 970
<i>Embase</i> (Ovid)	1051
Total avant retrait des doublons	18 649
Doublons retirés	5 639
Références uniques	13 010

1.6 Stratégies de recherche

Base de données : MEDLINE (Ovid)	Date de la recherche : 5 septembre 2019
1	((practitioner or practitioners or practice* staff* or clinician or clinicians or specialist or specialists or therapist or therapists or provider or providers or doctor or doctors or physician or physicians or family medicine or family practice* or general medicine or general practice* or generalist* or GP or GPs or nurse or nurses or nutritionist* or dietician* or dietitian* or pharmacist* or physiotherapist* or psychologist* or psychiatrist* or psychiatric aide* or psychotherapist* or psychoeducator* or psycho educator* or social worker* or ((speech or language) adj1 pathologist*)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,kf.
2	(((health or healthcare or health care or care or medical or hospital or nursing) adj2 (personnel or worker or workers or staff* or team or teams or professional or professionals or aide or aides or assistant* or attendant* or auxiliary or auxiliaries or orderly or orderlies)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,kf.
3	(((primary or ambulatory or first line*) adj1 (care or healthcare or health care)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,kf.
4	((allergist* or cardiologist* or dermatologist* or endocrinologist* or gastroenterologist* or gastro enterologist* or hepatologist* or geriatrist* or geriatrician* or gerontologist* or gyn?ecologist* or h?ematologist* or hospitalist* or internist* or nephrologist* or neurologist* or obstetrician* or oncologist* or ophthalmologist* or orthop?edist* or orthop?edic surgeon* or p?ediatrician* or physiatrist* or pulmonologist* or radiologist* or rheumatologist* or urologist*) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,kf.
5	(Health Personnel/ or exp Medical Staff/ or Allied Health Personnel/ or Nurses/ or exp Nurse Practitioners/ or exp Nurse Specialists/ or Nurses, Community Health/ or Nursing Staff/ or Nursing Staff, Hospital/ or Nutritionists/ or Occupational Therapists/ or Pharmacists/ or Physical Therapists/ or Speech-Language Pathology/ or Physicians/ or Allergists/ or Cardiologists/ or Dermatologists/ or Endocrinologists/ or Gastroenterologists/ or General Practitioners/ or Geriatricians/ or Nephrologists/ or Neurologists/ or Occupational Health Physicians/ or exp Oncologists/ or Ophthalmologists/ or Osteopathic Physicians/ or exp Pediatricians/ or Physiatrists/ or Physicians, Family/ or Physicians, Primary Care/ or Pulmonologists/ or exp Radiologists/ or Rheumatologists/ or Urologists/ or Personnel, Hospital/ or Primary Health Care/ or General Practice/ or Family Practice/ or Patient Care Team/ or Health Educators/ or Ambulatory Care/ or Primary Care Nursing/ or Social Workers/ or exp Physician Assistants/ or Community Health Workers/ or Licensed Practical Nurses/ or Nursing Assistants/ or Psychiatric Aides/ or Physical Therapist Assistants/) AND (Inservice Training/ or Education, Continuing/ or Education, Medical, Continuing/ or Education, Nursing, Continuing/ or Education, Pharmacy, Continuing/ or Mentoring/ or Staff Development/ or exp Teaching/ or exp Simulation Training/ or Role Playing/ or Teacher Training/ or Education, Distance/)

6	Health Personnel/ed or exp Medical Staff/ed or Allied Health Personnel/ed or Nurses/ed or exp Nurse Practitioners/ed or exp Nurse Specialists/ed or Nurses, Community Health/ed or Nursing Staff/ed or Nursing Staff, Hospital/ed or Nutritionists/ed or Occupational Therapists/ed or Pharmacists/ed or Physical Therapists/ed or Speech-Language Pathology/ed or Physicians/ed or Allergists/ed or Cardiologists/ed or Dermatologists/ed or Endocrinologists/ed or Gastroenterologists/ed or General Practitioners/ed or Geriatricians/ed or Nephrologists/ed or Neurologists/ed or Occupational Health Physicians/ed or exp Oncologists/ed or Ophthalmologists/ed or Osteopathic Physicians/ed or exp Pediatricians/ed or Physiatrists/ed or Physicians, Family/ed or Physicians, Primary Care/ed or Pulmonologists/ed or exp Radiologists/ed or Rheumatologists/ed or Urologists/ed or Personnel, Hospital/ed or Primary Health Care/ed or General Practice/ed or Family Practice/ed or Patient Care Team/ed or Health Educators/ed or Ambulatory Care/ed or Primary Care Nursing/ed or Social Workers/ed or exp Physician Assistants/ed or Community Health Workers/ed or Licensed Practical Nurses/ed or Nursing Assistants/ed or Psychiatric Aides/ed or Physical Therapist Assistants/ed
7	or/1-6
8	((self adj (manag* or care* or caring or monitor* or administrat* or treat* or maintenance or maintain* or medicat* or regulat* or control* or exercis* or help* or determin* or empower*)) or ((patient or patients or outpatient* or user or users) adj2 (activation or participation or engagement or involvement or autonomy or motivation or empowerment)) or (motivational adj (counsel?ing or interview*)) or ((coping or adaptation or adaptive) adj (skill or skills or strategy or strategies or capacity or capacities or behavior*r*)) or (behavior*r* adj2 (modif* or chang*)) or patient education or ((patient or patients or outpatient* or user or users or treatment* or therapy or therapies or therapeutic or medication* or exercise*) adj (complan* or non complian* or noncomplan* or adheren* or non adheren* or nonadheren* or cooperation))))).ti,ab,kf
9	Self Care/ or Self Administration/ or Self Control/ or Self-Management/ or Blood Glucose Self-Monitoring/ or Analgesia, Patient-Controlled/ or Patient Participation/ or Patient Education as Topic/ or Motivational Interviewing/ or (Motivation/ and Counseling/) or (Adaptation, Psychological/ and (Patients/ or Outpatients/)) or Patient Compliance/ or Medication Adherence/
10	or/8-9
11	7 and 10
12	limit 11 to yr=»2009-Current»
13	12 and (english or french).lg.
14	13 not (critical care or intensive care or ICU or NICU or vaccin* or sepsis or nosocomial or antibiotic or antibiotics or influenza or hand hygiene).ti.

Base de données : PsycINFO (Ovid)

Date de la recherche : 5 septembre 2019

1	((practitioner or practitioners or practice* staff* or clinician or clinicians or specialist or specialists or therapist or therapists or provider or providers or doctor or doctors or physician or physicians or family medicine or family practice* or general medicine or general practice* or generalist* or GP or GPs or nurse or nurses or nutritionist* or dietician* or dietitian* or pharmacist* or physiotherapist* or psychologist* or psychiatrist* or psychiatric aide* or psychotherapist* or psychoeducator* or psycho educator* or social worker* or ((speech or language) adj1 pathologist*)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,id
2	((health or healthcare or health care or care or medical or hospital or nursing) adj2 (personnel or worker or workers or staff* or team or teams or professional or professionals or aide or aides or assistant* or attendant* or auxiliary or auxiliaries or orderly or orderlies)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,id.
3	((primary or ambulatory or first line*) adj1 (care or healthcare or health care)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,id.
4	((allergist* or cardiologist* or dermatologist* or endocrinologist* or gastroenterologist* or gastro enterologist* or hepatologist* or geriatrist* or geriatrician* or gerontologist* or gyn?ecologist* or h?ematologist* or hospitalist* or internist* or nephrologist* or neurologist* or obstetrician* or oncologist* or ophthalmologist* or orthop?edist* or orthop?edic surgeon* or p?ediatician* or physiatrist* or pulmonologist* or radiologist* or rheumatologist* or urologist*) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,id.
5	(Health Personnel/ or Allied Health Personnel/ or Occupational Therapists/ or Physical Therapists/ or Speech Therapists/ or Medical Personnel/ or Nurses/ or Pharmacists/ or Physicians/ or Family Physicians/ or General Practitioners/ or Gynecologists/ or Internists/ or Neurologists/ or Obstetricians/ or Pediatricians/ or Clinicians/ or exp Mental Health Personnel/ or Psychologists/ or Counseling Psychologists/ or Therapists/ or Primary Health Care/ or Outpatient Treatment/ or exp Social Workers/ or Psychiatric Aides/) and (Inservice Training/ or Continuing Education/ or Personnel Training/ or On the Job Training/ or Mental Health Inservice Training/ or Teaching/ or exp Teaching Methods/ or Communication Skills Training/ or Skill Learning/ or Mentor/ or Role Playing/ or Inservice Teacher Education/ or Distance Education/ or Clinical Methods Training/ or Educational Programs/)
6	or/1-5
7	((self adj (manag* or care* or caring or monitor* or administrat* or treat* or maintenance or maintain* or medicat* or regulat* or control* or exercis* or help* or determin* or empower*)) or ((patient or patients or outpatient* or user or users) adj2 (activation or participation or engagement or involvement or autonomy or motivation or empowerment)) or (motivational adj (counsel?ing or interview*)) or ((coping or adaptation or adaptive) adj (skill or skills or strategy or strategies or capacity or capacities or behavio?r*)) or (behavio?r* adj2 (modif* or chang*)) or patient education or ((patient or patients or outpatient* or user or users or treatment* or therapy or therapies or therapeutic or medication* or exercise*) adj (compliant* or non compliant* or noncompliant* or adheren* or non adheren* or nonadheren* or cooperation))))).ti,ab,id.
8	Self-Care Skills/ or Self-Management/ or Self-Help Techniques/ or Self-Monitoring/ or Self-Regulation/ or Drug Self Administration/ or Self-Determination/ or Client Participation/ or Treatment Compliance/ or Behavior Modification/ or Client Education/ or Motivational Interviewing/ or Motivation Training/ or (Motivation/ and Counseling/) or (Coping Behavior/ and (Patients/ or Medical Patients/ or Outpatients/))
9	or/7-8

10	6 and 9
11	limit 10 to yr="2009-Current"
12	11 not (Book or Authored Book or Edited Book or Dissertation Abstract).pt.
13	12 not (critical care or intensive care or ICU or NICU or vaccin* or sepsis or nosocomial or antibiotic or antibiotics or influenza or hand hygiene).ti.

Base de données : CINAHL (EBSCO)

Date de la recherche : 5 septembre 2019

<p>1</p>	<p>TI ((practitioner or practitioners or "practice* staff*" or clinician or clinicians or specialist or specialists or therapist or therapists or provider or providers or doctor or doctors or physician or physicians or "family medicine" or "family practice*" or "general medicine" or "general practice*" or generalist* or GP or GPs or nurse or nurses or nutritionist* or dietician* or dietitian* or pharmacist* or physiotherapist* or psychologist* or psychiatrist* or "psychiatric aide*" or psychotherapist* or psychoeducator* or "psycho educator*" or "social worker*" or ((speech or language) N0 pathologist*)) N3 (train* or educate* or educati* or (skill* N1 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or "work shop*" or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or "role play*" or roleplay*)) or AB ((practitioner or practitioners or "practice* staff*" or clinician or clinicians or specialist or specialists or therapist or therapists or provider or providers or doctor or doctors or physician or physicians or "family medicine" or "family practice*" or "general medicine" or "general practice*" or generalist* or GP or GPs or nurse or nurses or nutritionist* or dietician* or dietitian* or pharmacist* or physiotherapist* or psychologist* or psychiatrist* or "psychiatric aide*" or psychotherapist* or psychoeducator* or "psycho educator*" or "social worker*" or ((speech or language) N0 pathologist*)) N3 (train* or educate* or educati* or (skill* N1 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or "work shop*" or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or "role play*" or roleplay*))</p>
<p>2</p>	<p>TI (((health or healthcare or "health care" or care or medical or hospital or nursing) N1 (personnel or worker or workers or staff* or team or teams or professional or professionals or aide or aides or assistant* or attendant* or auxiliary or auxiliaries or orderly or orderlies)) N3 (train* or educate* or educati* or (skill* N1 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or "work shop*" or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)) or AB (((health or healthcare or "health care" or care or medical or hospital or nursing) N1 (personnel or worker or workers or staff* or team or teams or professional or professionals or aide or aides or assistant* or attendant* or auxiliary or auxiliaries or orderly or orderlies)) N3 (train* or educate* or educati* or (skill* N1 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or "work shop*" or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*))</p>
<p>3</p>	<p>TI (((primary or ambulatory or "first line*" N0 (care or healthcare or "health care")) N3 (train* or educate* or educati* or (skill* N1 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or "work shop*" or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)) or AB (((primary or ambulatory or "first line*" N0 (care or healthcare or "health care")) N3 (train* or educate* or educati* or (skill* N1 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or "work shop*" or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*))</p>
<p>4</p>	<p>TI((allergist*orcardiologist*or dermatologist*or endocrinologist*orgastroenterologist*or "gastroenterologist*" or hepatologist* or geriatrist* or geriatrician* or gerontologist* or gyn#ecologist* or h#ematologist* or hospitalist* or internist* or nephrologist* or neurologist* or obstetrician* or oncologist* or ophthalmologist* or orthop#edist* or "orthop#edic surgeon*" or p#ediatician* or physiatrist* or pulmonologist* or radiologist* or rheumatologist* or urologist*) N3 (train* or educate* or educati* or (skill* N1 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or "work shop*" or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)) or AB ((allergist* or cardiologist* or dermatologist* or endocrinologist* or gastroenterologist* or "gastro enterologist*" or hepatologist* or geriatrist* or geriatrician* or gerontologist* or gyn#ecologist* or h#ematologist* or hospitalist* or internist* or nephrologist* or neurologist* or obstetrician* or oncologist* or ophthalmologist* or orthop#edist* or "orthop#edic surgeon*" or p#ediatician* or physiatrist* or pulmonologist* or radiologist* or rheumatologist* or urologist*) N3 (train* or educate* or educati* or (skill* N1 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or "work shop*" or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*))</p>

5	MH (Health Personnel or Medical Staff+ or Allied Health Personnel+ or Mental Health Personnel+ or Novice Clinicians+ or Nurses+ or Nursing Assistants or Personnel, Health Facility or Pharmacists or Physicians or Allergists or Cardiologists or Dermatologists or Endocrinologists or Gastroenterologists or Geriatricians or Nephrologists or Neurologists or Oncologists or Ophthalmologists or Otolaryngologists or Pediatricians or Psychiatrists or Physicians, Family or Psychiatrists or Pulmonologists or Radiation Oncologists or Radiologists or Rheumatologists or Urologists or Expert Clinicians+ or Primary Health Care or Family Practice or Ambulatory Care or Multidisciplinary Care Team or Community Health Workers) AND MH (Education, Continuing+ or Staff Development or Employee Orientation or Teaching+ or Learning Methods+ or Course Content)
6	MH (Health Personnel/ED or Medical Staff+/ED or Allied Health Personnel+/ED or Mental Health Personnel+/ED or Novice Clinicians+/ED or Nurses+/ED or Nursing Assistants/ED or Personnel, Health Facility/ED or Pharmacists/ED or Physicians/ED or Allergists/ED or Cardiologists/ED or Dermatologists/ED or Endocrinologists/ED or Gastroenterologists/ED or Geriatricians/ED or Nephrologists/ED or Neurologists/ED or Oncologists/ED or Ophthalmologists/ED or Otolaryngologists/ED or Pediatricians/ED or Psychiatrists/ED or Physicians, Family/ED or Psychiatrists/ED or Pulmonologists/ED or Radiation Oncologists/ED or Radiologists/ED or Rheumatologists/ED or Urologists/ED or Expert Clinicians+/ED or Primary Health Care/ED or Family Practice/ED or Ambulatory Care/ED or Multidisciplinary Care Team/ED or Community Health Workers/ED)
7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6
8	TI ((self W0 (manag* or care* or caring or monitor* or administrat* or treat* or maintenance or maintain* or medicat* or regulat* or control* or exercis* or help* or determin* or empower*)) or ((patient or patients or outpatient* or user or users) N1 (activation or participation or engagement or involvement or autonomy or motivation or empowerment)) or (motivational W0 (counsel#ing or interview*)) or ((coping or adaptation or adaptive) W0 (skill or skills or strategy or strategies or capacity or capacities or behavio#r*)) or (behavio#r* N1 (modif* or chang*)) or "patient education" or ((patient or patients or outpatient* or user or users or treatment* or therapy or therapies or therapeutic or medication* or exercise*) W0 (complan* or "non complian*" or noncomplan* or adheren* or "non adheren*" or nonadheren* or cooperation)))) or AB ((self W0 (manag* or care* or caring or monitor* or administrat* or treat* or maintenance or maintain* or medicat* or regulat* or control* or exercis* or help* or determin* or empower*)) or ((patient or patients or outpatient* or user or users) N1 (activation or participation or engagement or involvement or autonomy or motivation or empowerment)) or (motivational W0 (counsel#ing or interview*)) or ((coping or adaptation or adaptive) W0 (skill or skills or strategy or strategies or capacity or capacities or behavio#r*)) or (behavio#r* N1 (modif* or chang*)) or "patient education" or ((patient or patients or outpatient* or user or users or treatment* or therapy or therapies or therapeutic or medication* or exercise*) W0 (complan* or "non complian*" or noncomplan* or adheren* or "non adheren*" or nonadheren* or cooperation))))
9	MH (Self Care or Self Care Agency or Self Regulation or Self Administration+ or Self-Management or Blood Glucose Self-Monitoring or Consumer Participation or Patient Education or Motivational Interviewing or (Counseling and Motivation) or Patient Compliance or Medication Compliance or ((Coping or Adaptation, Psychological) and Patients+))
10	S8 OR S9
11	S7 AND S10
12	S11 and PY 2009-2020
13	S12 and LA (English or French)
14	S13 not TI ("critical care" or "intensive care" or ICU or NICU or vaccin* or sepsis or nosocomial or antibiotic or antibiotics or influenza or "hand hygiene")
15	S14 and RV Y

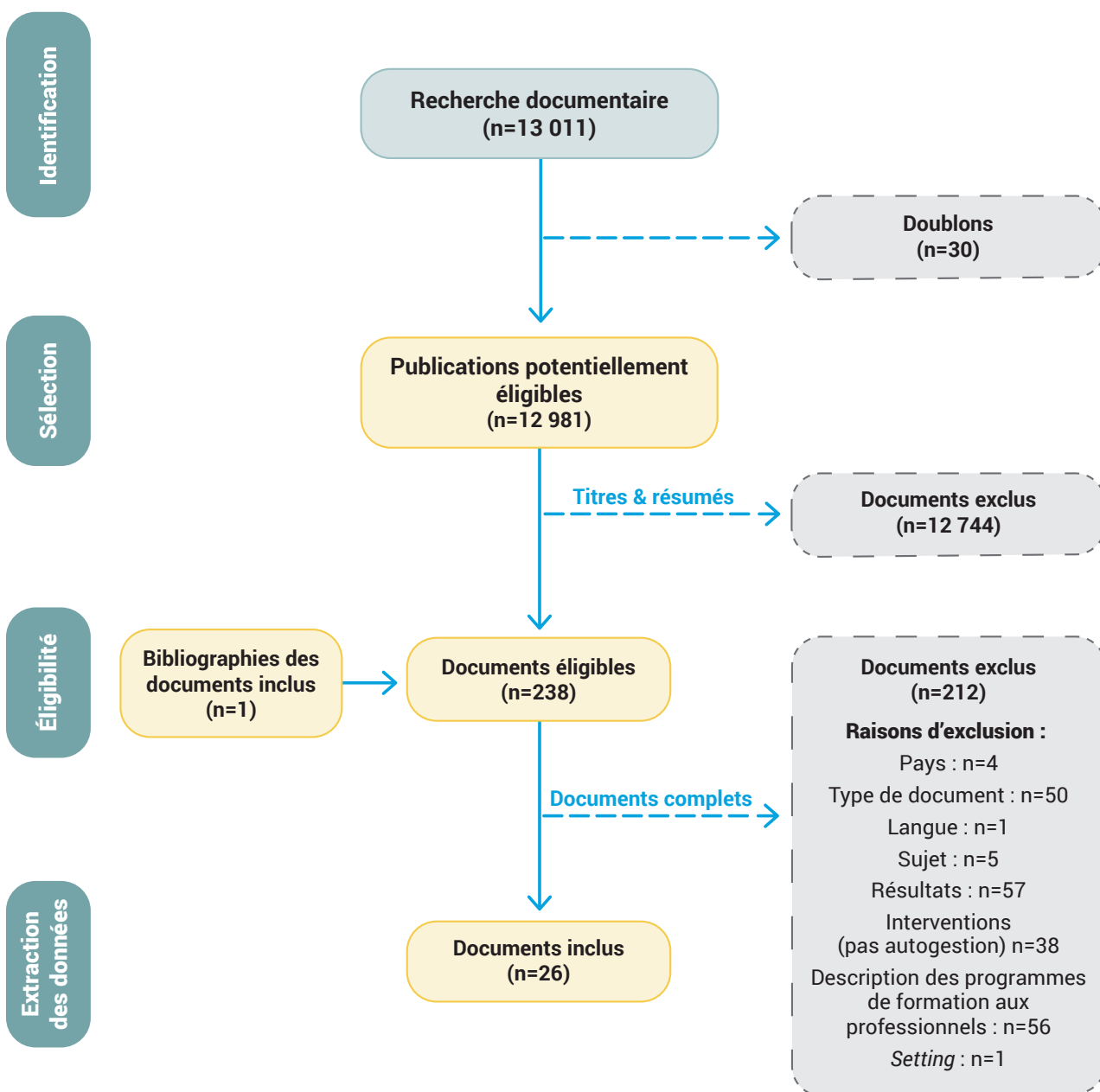
Base de données : Embase (Ovid)

Date de la recherche : 5 septembre 2019

1	((practitioner or practitioners or practice* staff* or clinician or clinicians or specialist or specialists or therapist or therapists or provider or providers or doctor or doctors or physician or physicians or family medicine or family practice* or general medicine or general practice* or generalist* or GP or GPs or nurse or nurses or nutritionist* or dietician* or dietitian* or pharmacist* or physiotherapist* or psychologist* or psychiatrist* or psychiatric aide* or psychotherapist* or psychoeducator* or psycho educator* or social worker* or ((speech or language) adj1 pathologist*)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,kw.
2	((health or healthcare or health care or care or medical or hospital or nursing) adj2 (personnel or worker or workers or staff* or team or teams or professional or professionals or aide or aides or assistant* or attendant* or auxiliary or auxiliaries or orderly or orderlies)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,kw.
3	((primary or ambulatory or first line*) adj1 (care or healthcare or health care)) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,kw.
4	((allergist* or cardiologist* or dermatologist* or endocrinologist* or gastroenterologist* or gastro enterologist* or hepatologist* or geriatrist* or geriatrician* or gerontologist* or gyn?ecologist* or h?ematologist* or hospitalist* or internist* or nephrologist* or neurologist* or obstetrician* or oncologist* or ophthalmologist* or orthop?edist* or orthop?edic surgeon* or p?ediatrician* or physiatri* or pulmonologist* or radiologist* or rheumatologist* or urologist*) adj4 (train* or educate* or educati* or (skill* adj2 develop*) or teach or teaching or taught or learn or learning or workshop* or work shop* or coach* or mentor* or tutor* or course or courses or simulat* or andradog* or role play* or roleplay*)).ti,ab,kw.
5	(health care personnel/ or exp advanced practice provider/ or clinician/ or health auxiliary/ or exp health educator/ or hospital personnel/ or hospital pharmacist/ or hospital physician/ or medical personnel/ or medical assistant/ or medical expert/ or medical specialist/ or medical staff/ or exp physician/ or physician assistant/ or psychotherapist/ or mental health care personnel/ or paramedical personnel/ or dietitian/ or health practitioner/ or nurse/ or expert nurse/ or licensed practical nurse/ or practical nurse/ or registered nurse/ or staff nurse/ or nursing assistant/ or nursing staff/ or occupational therapist/ or occupational therapy assistant/ or exp pharmacist/ or physiotherapist/ or physiotherapist assistant/ or speech language pathologist/ or primary health care/ or primary medical care/ or general practice/ or ambulatory care/ or ambulatory care nursing/ or social worker/ or psychologist/) and (continuing education/ or in service training/ or mentoring/ or teacher training/ or teaching/ or training/ or simulation training/ or role playing/)
6	or/1-5
7	((self adj (manag* or care* or caring or monitor* or administrat* or treat* or maintenance or maintain* or medicat* or regulat* or control* or exercis* or help* or determin* or empower*)) or ((patient or patients or outpatient* or user or users) adj2 (activation or participation or engagement or involvement or autonomy or motivation or empowerment)) or (motivational adj (counsel?ing or interview*)) or ((coping or adaptation or adaptive) adj (skill or skills or strategy or strategies or capacity or capacities or behavior*r*)) or (behavior?r* adj2 (modif* or chang*)) or patient education or ((patient or patients or outpatient* or user or users or treatment* or therapy or therapies or therapeutic or medication* or exercise*) adj (compliant* or non compliant* or noncompliant* or adheren* or non adheren* or nonadheren* or cooperation))).ti,ab,kw.
8	self care/ or self care agency/ or self help/ or drug self administration/ or self control/ or self monitoring/ or patient controlled analgesia/ or patient participation/ or exp patient compliance/ or patient education/ or patient autonomy/ or ((empowerment/ or behavior change/) and exp patient/) or motivational interviewing/ or (motivation/ and counseling/)

9	or/7-8
10	6 and 9
11	limit 10 to yr=«2009-Current»
12	11 and (english or french).lg.
13	12 not (critical care or intensive care or ICU or NICU or vaccin* or sepsis or nosocomial or antibiotic or antibiotics or influenza or hand hygiene).ti.
14	13 not (books or book series or chapter or conference abstract or conference review or letter or editorial or note).pt.
15	limit 14 to exclude medline journals

Annexe II : Schéma de sélection des documents



Annexe III : Extractions des données

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Albright 2013 États-Unis	Montrer si l'implantation d'un jeu de simulation en ligne offert au personnel des soins primaires augmente leurs compétences et leur motivation à dépister les usagers, à mener des interventions comportementales et à diriger des usagers vers des soins spécialisés Étude avant-après Qualité : 60 %	<p>Professionnels : médecins, infirmières et gestionnaires de soins de première ligne (n=27)</p> <p>Maladies : Santé mentale (stress post-traumatique, abus de substances, anxiété généralisée et dépression)</p>	<p>Nom : <i>At-Risk in Primary care</i></p> <p>Description</p> <p>Durée : 1 h</p> <p>Modalités : en individuel, en ligne</p> <p>Formateur : non spécifié</p> <p>Stratégies : Trois jeux de rôle (mini-conversations) et de simulation interactive en ligne basée sur le protocole de formation SBIRT (<i>Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment</i>)</p> <p>Contenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépistage des troubles de santé mentale - Interventions comportementales brèves utilisant l'entretien motivationnel - Approches communicationnelles - Techniques conversationnelles pour aider les usagers à faire des changements positifs pour leur santé en mettant en lumière la dissonance cognitive entre leurs comportements malsains et leurs objectifs de santé 	<p>Professionnels : Questionnaire pré-post</p> <p>Variables mesurées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances - Compétences - Probabilité et intentions comportementales... 	<p>Professionnels</p> <p>Améliorations significatives ($p < 0,01$) sur toutes les variables mesurées (les données sont non présentées) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances - Compétences - Probabilité et intentions comportementales <ol style="list-style-type: none"> 1. De discuter les options de traitement 2. De s'engager dans un processus de décision collaborative pour élaborer un plan de traitement 3. D'engendrer une motivation intrinsèque chez l'utilisateur afin qu'il adhère au plan de traitement

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Amar 2016 Canada	Présenter deux exemples qui adressent l'écart entre les interventions de soutien à l'autogestion efficaces, implanter et évaluer ces interventions. (seul le cas #2 est présenté puisque l'autre impliquait des interventions autres que l'autogestion) Étude avant-après Qualité : 80 %	Professionnels : Praticiens des soins de santé primaires (n=182 dont 55 % étaient des infirmières) Maladies : Maladies chroniques	Nom : <i>Supporting realistic behavior change (SRBC)</i> Description Durée : 2 jours complets offerts à un mois d'intervalle Modalités : en groupe (+ de 20 participants), en présentiel Formateur : non spécifié Stratégies : utilisation de plateforme Contenus : module de formation portant sur la théorie du changement comportemental	Professionnels : Questionnaire pré-post Groupe de discussion à la fin de la formation	Professionnels Efficacité du programme - Augmentation de la confiance des professionnels en leurs compétences pour soutenir les patients - Augmentation de la probabilité à appliquer les compétences (stratégies) acquises pour outiller les usagers à l'autogestion - Amélioration de la communication et des comportements d'enseignement des professionnels* Exemples : - Poser plus de questions et démontrer une meilleure écoute - Évaluer si l'usager est prêt à changer sans le juger - Établir des objectifs avec les usagers et pré-identifier des barrières au changement - Utiliser les outils de la formation *aucune analyse statistique pour ces mesures
Barnes 2013 Royaume-Uni	Débuter le programme d'éducation <i>Shared Haemodialysis Care (SCH)</i> dans le nord de l'Angleterre avec l'objectif de soutenir les usagers dans la prise en compte des aspects de leur propre traitement. Étude avant-après Qualité : 65 %	Professionnels : Personnel des unités du rein (infirmières en chef, séniors, juniors, de niveau 3, assistants de soins de santé, n= non spécifié) Maladies : Maladies du rein	Nom : <i>Shared Haemodialysis Care (SCH)</i> Description Durée : - 1 jour (infirmières en chef et séniors) - 3 jours de formation et une journée consacrée au suivi 6 mois après (infirmières juniors de niveau 3 et assistants) Modalités : en groupe, en présentiel Formateur : non spécifié Stratégies : sessions interactives Contenus : - Les styles d'apprentissages - Données de recherche, bénéfices de l'autogestion - L'entretien motivationnel - La perspective de l'usager - Surmonter les barrières aux soins partagés - Plans d'action et rapports des compétences des usagers - Déléguer le savoir et les compétences	Professionnels : Questionnaire pré-post sur les éléments du cours	Professionnels Changement dans les attitudes et la compréhension du SCH (soins partagés d'hémodialyse)* Changements positifs pour tous les objectifs du programme* *aucune analyse statistique pour ces mesures

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Bender 2011 États-Unis	Améliorer les soins de l'asthme en fournissant aux cliniciens de soins primaires un encadrement (coaching), une formation et du soutien pour : 1) diagnostiquer et traiter l'asthme 2) éduquer et soutenir les patients à l'autogestion de l'asthme Étude avant-après Qualité : 70 %	Professionnels : Médecins (n=87), infirmières (n=130), assistants-médecins (n=19), assistants médicaux (n=108), gestionnaires de la pratique (n=11), personnel de bureau (n=17) (n=372 provenant de 57 lieux de pratiques cliniques) Usagers : (n=36) Maladie : asthme	Nom : <i>Colorado Asthma Toolkit</i> Description Gestion de l'asthme conformément aux lignes directrices Durée : 1 jour complet et 2 demi-journées de 4 heures Modalité : en présentiel Formateur : non spécifié Stratégies : - Coaching et soutien offert sur le site - Pratique de techniques - Recherche de moyens pratiques pour incorporer et systématiser l'utilisation de la spirométrie et cibler d'autres aspects pour améliorer les soins de l'asthme Contenus : - Augmenter la capacité des pratiques de soins primaires pour évaluer et gérer l'asthme conformément aux lignes directrices - Aider les cliniciens à éduquer et soutenir les usagers et leurs parents à augmenter leur adhésion à la médication et l'efficacité de leur autogestion Ressources : Trousse d'accompagnement (version enfant et version adulte)	Professionnels : Groupe de discussion et entretiens structurés 1 à 3 mois après la complétion des 3 sessions de coaching Évaluation de 3 comportements de gestion : - Prescription des corticostéroïdes inhalés (estimation du %) - Plans d'action de l'asthme (estimation du %) - Spirométrie (% d'usagers ayant reçu la spirométrie par mois) Usagers : Groupe de discussion avec usagers et parents d'usagers sur : - Expérience vécue avec l'asthme - Médication	Professionnels Communication et comportements d'enseignement : - Augmentation de l'utilisation des plans d'action dans le traitement de l'asthme (augmentation de 52,3 %) Amélioration des techniques : - Augmentation de l'utilisation de la spirométrie (augmentation de 78,7 %) Prescription adéquate de la médication : - Augmentation de la prescription des corticostéroïdes aux patients (augmentation de 40,4 %)* *aucune analyse statistique pour ces mesures Usagers : Corticostéroïdes (médianes) Augmentation des usagers utilisant les corticostéroïdes inhalés : de 25 à 50 % (p<0,000 1) Plans d'action (médianes) Augmentation des usagers avec un plan d'action : de 0 à 20 % p<0,0001 Spirométrie (médianes) Augmentation des usagers passant une spirométrie : de 0 à 40 % (p<0,0001)

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Colleran 2012 États-Unis	Déterminer l'efficacité d'un programme de formation à distance pour former des agents de santé communautaire (<i>community health worker</i>) à devenir membre d'une équipe de santé sur le diabète. Étude avant-après Qualité : 72 %	Professionnels : Professionnels de santé communautaire (n=21) Maladies : diabète	Nom : <i>Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes)</i> Description Durée : 6 mois Modalités : en petit groupe, en présentiel et en ligne Formateur : non spécifié Stratégies : Sessions de formation pratique (en présentiel) (4 jours divisés en 2 phases : au début du programme et à 3 mois) Vidéo/téléconférence hebdomadaire (durant 6 mois) : - Présentation didactique interactive sur le syllabus du programme - Présentation et discussion de cas - Discussions informelles (partage d'informations et de ressources) Contenus : - Formation pratique : examen des pieds, mesure de la pression artérielle, habiletés de communication, éducation de l'utilisateur et habiletés pour défendre les intérêts et le bien-être de l'utilisateur (<i>advocacy skills</i>) - Présentation didactique : introduction au diabète, santé comportementale, alimentation de base sur le diabète, médication Ressources : - Syllabus du programme - Présentation <i>PowerPoint</i> - Technologies de l'information	Professionnels : Mesures pré-post - <i>The Diabetes Attitude Survey (DAS)</i> - <i>The Diabetes Knowledge Test (mDKT)</i> [version modifiée] - <i>The Diabetes Confidence Survey (DCS)</i>	Améliorations significatives sur : 1. Connaissances cliniques et non cliniques du diabète (éducation, advocacy, gravité du diabète, effets psychologiques) (p<0,001) 2. Attitudes et croyances quant à l'autogestion (rôle de l'autonomie du patient) (p=0,04) 3. Confiance dans les habiletés cliniques et non cliniques à soutenir les patients (p<0,001) 4. Amélioration de la qualité des soins : - Augmentation de la capacité à fournir des services de manière efficace et éclairée - Éducation des usagers sur la gestion du diabète et les saines habitudes de vie (p<0,001) 5. Prescription adéquate de la médication (offre une compréhension de la médication et permet de fournir les connaissances appropriées aux usagers) (p<0,001)

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Hains 2019 Australie	Développer déployer et évaluer un programme d'éducation sur les lignes directrices de la gestion des usagers présentant de l'asthme sévère difficile à traiter Étude avant-après Qualité : 80 %	Professionnels : Médecins généralistes (n=226) Maladie : Asthme (difficile à traiter ou asthme sévère)	Nom : Programme d'éducation centré sur la gestion de l'asthme difficile à traiter et sévère dans les soins de santé primaires Description Durée : 1 heure Modalités : en petits groupes, en présentiel Formateur : non spécifié Stratégies : Réunion en face à face sous forme de discussions Contenus : A. Des messages clés sur : 1) L'identification des usagers avec de l'asthme incontrôlé ou difficile à traiter; 2) l'évaluation et les facteurs de gestion contribuant au faible contrôle de l'asthme; 3) les considérations pour diriger les usagers présentant de l'asthme sévère, à haut risque ou difficile à traiter vers un médecin spécialiste. B. Différence entre l'asthme difficile à traiter et l'asthme sévère C. Facteurs modifiables qui peuvent contribuer à un faible contrôle des symptômes D. Le traitement et l'algorithme de la trajectoire de référence E. Synthèse des thérapies biologiques disponibles Ressources en soutien au programme éducatif : - Dépliant pour soutenir et compléter les discussions incluant 2 études de cas - Guide de discussions pour les formateurs	Professionnels : Questionnaire (en ligne 3 semaines après le programme ou en papier tout de suite après la réunion)	Professionnels Connaissances : Améliorations significatives : 75 % de médecins sont plus au courant des thérapies biologiques que les spécialistes pourraient prescrire à leurs patients souffrant d'asthme sévère, 73 % connaissent les exigences pour qu'une thérapie biologique soit prescrite à un patient et 67 % sont conscients du fait que les patients présentant des caractéristiques phénotypiques différentes peuvent répondre différemment à la thérapie standard Amélioration de la compréhension des définitions de l'asthme selon le programme d'éducation suivi. *aucun test statistique pour ces mesures % de médecins ayant identifié la bonne définition pour : - L'asthme incontrôlé : 76 % - L'asthme difficile à traiter : 69 % - L'asthme sévère : 56 % Communication et comportements d'enseignement : Amélioration significative concernant l'utilisation des plans d'action écrits Application des stratégies : Améliorations significatives sur : - Documentation des symptômes : plus de médecins ont identifié les facteurs à considérer dans la prise en charge d'un patient dont l'asthme est mal contrôlé (+51 % ont considéré le risque de futurs effets indésirables, +38 % les changements de modes de vie et +35 % les stratégies d'autogestion) - Utilisation des techniques d'inhalation Confiance en leurs habiletés : Amélioration significative de la confiance des médecins dans la prise en charge des patients souffrant d'asthme difficile Qualité des soins : Augmentation significative des médecins généralistes orientant les patients vers des services spécialisés appropriés

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Hardy 2014 Royaume-Uni	Explorer la possibilité d'intégrer le dépistage et l'intervention psychologique lors des réexamens des usagers avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) Étude avant-après Qualité : 70 %	Professionnelles : Infirmières (3 infirmières de pratique avancée et 5 infirmières praticiennes) (n=8) Usagers : (n=35) Maladies : maladies pulmonaires obstructives chroniques	Nom : <i>Depression and Anxiety in Diabetes (DAC) ©</i> Description Durée : 2 heures Modalité : en 2 petits groupes Formateur : non spécifié Stratégies : - Donner des informations - Démonstration - Jeu de rôle - Discussion - Supervision hebdomadaire individuelle et supervision mensuelle dans un contexte d'apprentissage dans l'action Contenus : - Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les usagers avec une MPOC et les raisons qui expliquent le taux élevé - Comment dépisiter la dépression et l'anxiété, utiliser les échelles de sévérités et évaluer le risque - Que faire lorsque les usagers sont dépressifs et anxieux? - Bénéfices de la réhabilitation pulmonaire - Comment utiliser une approche motivationnelle pour l'éducation des usagers avec une MPOC? - Comment diriger les usagers vers la réhabilitation pulmonaire?	Professionnelles : Questionnaire pré-post autoadministré Usagers : Formulaire de rétroaction anonyme	Professionnelles* 1. Application des stratégies visant à soutenir les patients : 7/7 sont d'accord que la formation les a préparées à utiliser l'approche de l'entretien motivationnel 2. Augmentation des connaissances et de la confiance en leurs habiletés : 7/7 ont montré une augmentation de leurs connaissances et de leur niveau de confiance Usagers* 1. Implication des usagers dans la gestion de leurs soins : 91 % ont senti qu'ils ont joué un rôle actif dans la planification de leurs soins 2. Confiance dans l'autogestion (contrôle) des symptômes associés à la maladie : - 94 % se sentent plus confiants pour gérer leurs symptômes - 91 % se sentent motivés à gérer leurs symptômes 3. Amélioration de la communication et des comportements d'enseignement : 97 % ont senti que l'infirmière expliquait les choses de manière à ce qu'ils puissent comprendre *aucune analyse statistique pour l'ensemble de ces mesures

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Hurley 2019 Irlande	Examiner l'effet du programme de formation E-SOLAS sur la réaction, l'apprentissage et la prestation de l'intervention par les physiothérapeutes et évaluer son acceptabilité et sa pertinence Étude avant-après Qualité : 85 %	Professionnels : Physiothérapeutes (n=13) Maladie : arthrose et lombalgies chroniques	Nom : SOLAS Physiotherapist E-Learning Training Programme (SOLAS: Self-management of Osteoarthritis and Low Back Pain through Activity and Skills) Description Programme visant à former des physiothérapeutes pour donner un enseignement et des exercices aux usagers souffrant d'arthrose et de lombalgies chroniques Durée : 4 semaines Modalités : en individuel et en ligne Formateurs : Aucun Stratégies : cours en ligne (plateforme d'apprentissage comportant six niveaux hiérarchiques), informations électroniques (<i>PowerPoint</i>), apprentissage par problèmes (vidéos, modèle de rôle expliquant certains éléments de l'intervention), autoréflexion, évaluations Contenus : 1. Aperçu du programme de formation et de l'intervention 2. Description du contenu de formation 3. Changement de comportement : stratégies de communication fondées sur la théorie de l'autodétermination 4. Pratique des stratégies du changement de comportement 5. Exercices et mode de réalisation 6. Conclusion du programme par la présentation des prochaines étapes et la mise en œuvre de l'intervention	Professionnels : Mesures pré-post Questionnaires postformation et entretiens téléphoniques semi-directifs 1. Questionnaire pour l'évaluation des connaissances des physiothérapeutes et leur confiance perçue quant à l'intervention SOLAS 2. Questionnaire sur le climat des soins de santé (version adaptée du <i>Controlling Coach Behaviour Scale</i>) 3. Évaluation de l'intervention (connaissances, compétences et comportements)	Professionnels 1. Améliorations significatives des connaissances sur l'intervention SOLAS (p<0,05) 2. Application des stratégies apprises : Augmentation significative de l'utilisation des modalités en lien avec la douleur (p<0,05) 3. Augmentation significative de la confiance des physiothérapeutes pour 7 des 10 stratégies de la théorie de l'autodétermination (p<0,05) 4. Amélioration acceptable des compétences (techniques) : - Pour l'utilisation de la théorie de l'autodétermination chez la majorité des physiothérapeutes - Les physiothérapeutes ont mis en œuvre l'intervention SOLAS avec une compétence acceptable (non statistiquement significatif).

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Jansink 2013 Pays-Bas	Comparer les compétences des infirmières formées et celles non formées sur la pratique des entretiens motivationnels après un an de suivi Essai contrôlé randomisé Qualité : 92 %	Professionnels : Infirmières (n=65) Groupe expérimental (n=30) Groupe contrôle (n=35) Maladie : diabète	Nom : Programme basé sur l'entretien motivationnel (nom non mentionné) Description Durée : 4 demi-journées (16 heures au total) et suivis téléphoniques (3 fois par an et au besoin) A 4 mois, une session supplémentaire a été offerte à la demande d'une infirmière pour discuter des barrières et recevoir une rétroaction sur leurs vidéos Modalités : en groupes (5 à 8 personnes) et en individuel Formateur : formateur professionnel Stratégies : - Théorie - Groupes de discussion - Jeux de rôles - Exercice individuel après la formation pour mettre en pratique la théorie - Suivis téléphoniques mensuels pendant 6 mois puis moins fréquemment pendant les 6 mois suivants - Rétroactions à 4 mois à partir de vidéos Contenus : a) Bases du rôle-conseil sur les habitudes de vie à l'aide de l'entretien motivationnel b) Introduction d'outils pour structurer les soins du diabète (agenda, protocole, carte sociale) c) Enregistrement de données pour intégrer les conseils sur le style de vie dans sa pratique d) Outils pour soutenir les améliorations (rappels, suivis téléphoniques, etc.) Ressources : Registre de données et charte d'instruction	Professionnels : Mesures pré-post Baseline : Enregistrement vidéo de 5 consultations avec des usagers Suivi 1 an : enregistrement vidéo de 5 consultations avec des usagers différents Évaluation de la pratique des entretiens motivationnels : - Cotation à l'aide de la liste à cocher incluant des items issus du <i>Behaviour Change Counselling Index (BECCI)</i> et du <i>Motivational Interviewing Treatment Integrity</i> - Évaluation des notions abordées lors de la formation - Temps de consultation, quantité de communication de l'infirmière, quantité de discussions sur les habitudes de vie et motivation de l'utilisateur au changement	Professionnels Évaluation de la pratique des entretiens motivationnels (EM) 1. Amélioration significative dans 2 des 24 compétences de l'EM : - Inviter le patient à parler du changement de comportement (p=0,009) - Évaluer la confiance du patient dans le changement de son mode de vie (p=0,037) 2. Application des stratégies acquises (compétences) : Le temps de consultation (groupe expérimental : 21,8 minutes; groupe contrôle : 17,6 minutes) et le nombre de discussions sur le mode de vie et la volonté des patients à changer de comportement ont été associées de manière positive.

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Jerant 2016 États-Unis	Examiner si une brève formation standardisée augmente l'utilisation de techniques d'entrevue améliorant l'autoefficacité chez les prestataires de soins primaires Essai contrôlé randomisé Qualité : 93 %	Professionnels : Médecins de famille et généralistes-internistes (n=52) Groupe expérimental (n=28) Groupe contrôle (n=24) Maladies : maladies chroniques	Nom : <i>Self efficacy-enhancing interviewing techniques (SEE IT)</i> Description Durée : 3 visites de 20 min (60 min au total) Modalité : en individuel Formateur : instructeurs d'usagers Stratégies : déroulement des visites - Présentation de 3 scénarios impliquant des usagers fictifs avec une comorbidité (dépression et diabète) et des difficultés à adhérer à la médication - Formation des techniques 1-2-3 (première visite); 4-5-6 (2 ^e visite) et 7-8-9 (3 ^e visite) - Réponse aux questions, renforcement si la technique a été appliquée, démonstrations, pratiques Contenus : Techniques d'entrevue améliorant l'autoefficacité : 1. S'informer des préoccupations de l'usager 2. Négocier un objectif de changement de comportement 3. Négocier un premier pas vers l'atteinte de cet objectif 4. Évaluer la volonté de faire ce pas 5. Évaluer la confiance de faire ce pas 6. Appliquer des techniques qui augmentent la confiance 7. Réévaluer la confiance 8. S'assurer de comprendre le plan de changement de comportement 9. Négocier quand et comment l'usager va faire un suivi des progrès 10. Obtenir une rétroaction de l'usager par rapport au plan. Ressources : Diagramme SEE IT	Professionnels : Utilisation du SEE IT Enregistrement audio de visites pendant lesquelles un usager fictif est incarné et présente des difficultés à adhérer à sa médication et d'autres comportements liés au diabète et à la dépression Visite 1 : <i>baseline</i> (groupe contrôle et groupe expérimental) 3 visites post-intervention (visites 2, 3 et 4) sont évaluées (groupe expérimental) Écoute des enregistrements codés à l'aide du <i>Doctors'Observable Use of Self-Efficacy-Enhancing Interviewing Techniques (DO U SEE IT)</i> 10 comportements observés	Professionnels Amélioration des compétences des professionnels : - Effets de l'utilisation du SEE IT sur les prestataires de soins primaires : Avant l'intervention : Les 2 groupes (expérimental et contrôle) avaient une moyenne d'utilisation de 0,7 technique (comportements)/visite (aucune différence significative entre les 2 groupes) - Visite 1 (moyenne de comportements) Groupe expérimental : 0,58; groupe contrôle : 0,87 (p=0,07) Après l'intervention : Le groupe expérimental a connu une utilisation moyenne plus élevée des techniques d'entrevues améliorant l'autoefficacité et une large gamme de comportements d'entrevue par visite (p<0,001) que le groupe contrôle - Visite 2 (moyenne de comportements) Groupe expérimental : 2,81; groupe contrôle : 1,22 (p<0,001) - Visite 3 (moyenne de comportements) Groupe expérimental : 2,44; groupe contrôle : 0,91 (p<0,001) - Visite 4 (moyenne de comportements) Groupe expérimental : 2,89; Groupe contrôle : 1,00 (p<0,001)

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Jones 2011 Canada	Évaluer l'acceptabilité et la pertinence du cours <i>Maximizing your patient education skills</i> , et vérifier si la participation à ce cours améliore significativement les connaissances relatives à la théorie de l'éducation de l'utilisateur, l'autoévaluation des compétences dans l'éducation de l'utilisateur et les compétences dans l'éducation de l'utilisateur Étude avant-après Qualité : 91 %	Professionnels : Professionnels des soins de santé en oncologie (n=130) Maladie : cancer	Nom : <i>Maximizing your patient education skills</i> (MPES) Description Durée : 4 h Modalité : en groupe (20 personnes maximum) Formateur : éducateurs d'utilisateurs ou consultants en développement organisationnel (formation préalable de 2 jours) Stratégies : - Leçons : scénarios pour se pratiquer avec des « usagers standards* » (jeux de rôles en rotation entre les participants et discussions guidées) * <i>Les usagers standards sont des personnes formées pour jouer ce rôle.</i> - Téléconférence mensuelle (pour répondre aux questions et faire un <i>debriefing</i>) 1 séance stimulation (<i>booster session</i>) en face à face Contenus : - Relation entre les soins centrés sur l'utilisateur et l'éducation de l'utilisateur pour améliorer sa satisfaction - Établir une relation d'apprentissage avec l'utilisateur - Principes d'éducation, d'enseignement et d'apprentissage des adultes - 5 caractéristiques de l'écoute active - Application des principes de bases de la communication, de l'écoute active et de l'empathie - Déterminer son style d'apprentissage et de communication et s'entraîner à s'adapter au style de l'utilisateur pour s'assurer de sa compréhension - Comprendre les ressources éducationnelles de l'utilisateur et les outils disponibles à votre institution Ressources : Manuel contenant le curriculum du cours	Professionnels : Mesures pré-post (immédiatement après et après 3 mois) Rétroaction sur l'efficacité des facilitateurs, des méthodes et médias utilisés, de la pertinence avec le travail, et les attentes individuelles Questionnaire de connaissances Questionnaire d'autoévaluation des compétences de l'éducation des utilisateurs Vignettes cliniques pour évaluer les styles d'apprentissages et de communications Groupe de discussion à la fin de l'étude (n=8)	Professionnels Augmentation des connaissances, des habiletés et compétences sur l'éducation des usagers. Les meilleurs gains portent sur les compétences suivantes : - Fournir des stratégies d'apprentissages variées aux usagers - Accompagner les usagers dans la formulation des questions concernant les informations à acquérir - Identifier les barrières internes et externes qui affectent les apprentissages - L'ensemble des compétences éducatives utilisées auprès des usagers - L'ensemble des habiletés de communication

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Karvinen 2017 Canada	Examiner l'efficacité des modules d'apprentissage en ligne pour améliorer les pratiques de <i>counseling</i> en matière d'activité physique chez les infirmières en oncologie. Essai contrôlé randomisé Qualité : 75 %	Professionnels : Infirmières d'oncologie (n=54) Groupe expérimental (n=27) Groupe contrôle (n=27) Maladie : cancer (survivants)	Nom : Formation en ligne pour améliorer les connaissances sur l'activité physique et les compétences en matière de <i>counseling</i> afin de soutenir les survivants du cancer Description Durée : 12 semaines (6 modules de 30 minutes à compléter sur une période de 2 semaines) Modalités : en individuel, en ligne Formateurs : Aucun Stratégies : Informations électroniques contenant des études de cas, des échantillons de dialogues et des liens vidéo vers des exemples (ex. : dialogues d'entretien de motivation). Jeu-questionnaire de 10 questions sur le contenu à compléter à la fin de chaque module pour accéder au module suivant (une rétroaction au participant en fonction de ses résultats) Contenus : modules d'apprentissage sur : 1. Les bénéfices de l'activité physique chez les survivants du cancer 2. Les lignes directrices de l'activité physique chez les survivants du cancer 3. L'entretien motivationnel 4. Les stratégies motivationnelles pour le changement de comportements 5. Les stratégies pour rester actif et 6. Les barrières au <i>counseling</i> en lien avec l'activité physique	Professionnels : Mesures pré-post Sondage en ligne : 1. Pourcentage de survivants du cancer 2. Autoefficacité des conseils en matière d'activité physique, version modifiée de l'échelle d'autoefficacité des compétences d'aide des activités des conseillers (<i>Self-Efficacy scale from the Counselor Activity Self Efficacy Scales</i>) 3. Perception des obstacles et des avantages des conseils pour l'activité physique 4. Bénéfices perçus de l'activité physique 5. Connaissances de l'activité physique 6. Questionnaire sur l'enseignement de l'exercice (comportement des participants vis-à-vis de l'activité physique, version modifiée du questionnaire de l'indice de score d'exercices sur les loisirs)	Professionnels Aucun effet significatif sur la pratique du <i>counseling</i> , des connaissances des patients sur l'activité physique (bénéfices perçus) entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (p>0,05) Amélioration pour le groupe expérimental sur : - Confiance en leurs compétences : amélioration de l'autoefficacité des infirmières. (p=0,007) - Qualité des soins : réduction des obstacles dans la prestation de conseils en lien avec l'activité physique (p=0,013)

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Keeley 2014 États-Unis	Évaluer les performances des prestataires de soins sur l'entretien motivationnel après qu'ils ont reçu une formation sur l'utilisation de l'entretien motivationnel lors du traitement des patients dépressifs et déterminer l'intérêt des patients et leur adhésion à ce traitement à court terme. Essai contrôlé randomisé Qualité : 82 %	Professionnels : n=21 Groupe expérimental (n=10) Groupe contrôle (n=11) Usagers : 171 ayant reçu un récent diagnostic de dépression Groupe expérimental (n=85) Groupe contrôle (n=86) Maladie : dépression	Nom : Nouvelle méthode d'utilisation de l'entretien motivationnel (EM) pour le traitement de la dépression. Description Durée : 1 ^{re} séance (N/D); 2 ^e séance de 8 heures; 2 séances de recyclage : 2 heures chacune. Modalités : en individuel et en groupe Formateurs : 2 (2 des auteurs) Stratégies : différentes en fonction des séances. <u>1^{re} séance :</u> gestion de la dépression - Informations écrites remises au participant (lignes directrices pour le traitement de la dépression) et un diaporama résumant d'autres traitements antidépresseurs (psychothérapie, activité physique) <u>2^e séance :</u> entretien motivationnel pour la dépression - Apprentissages interactifs en classe incluant des vidéos, des discussions - Informations écrites et enregistrées remises (carte de poche pour un épisode de soins, transcription d'entrevues, enregistrement audio Sessions de recyclage (2) - Apprentissages par problème (examen questions ouvertes, affirmations, déclarations réflexives ; lecture des transcriptions d'entrevues et écoute des enregistrements des entrevues des participants, etc.) - Pratique de la technique « <i>elicitor-provide-elicitor</i> » - Lecture des transcriptions et écoute des enregistrements des entrevues pour identifier des changements à faire en utilisant la technique « <i>EARS</i> » (elaborate, affirm, reflect, summarize) et améliorer leurs compétences lors des prochains entretiens Contenus : 1) Gestion standard de la dépression 2) Entretien motivationnel pour le traitement de la dépression Ressources : - Exemple de lignes directrices pour le traitement d'une dépression majeure et diaporama résumant les différents traitements antidépresseurs - Pochette d'épisode de soins de 4 visites	Professionnels : Mesures pré-post (14 mois après l'intervention) 1. Performance technique <i>Motivational Interviewing Treatment Integrity</i> (MITI) 2. Performance relationnelle <i>Motivational Interviewing Treatment Integrity</i> (MITI) 3. Traitements conseillés pour la dépression (évaluation des recommandations données : activité physique vs médication) Usagers : 1. Changement de discours <i>Motivational Interviewing Skill</i> 2. Adhérence au traitement - Nombre d'ordonnance pour un antidépresseur (dossier de pharmacie) - Nombre de jours d'activité physique d'au moins 30 min (autoévaluation)	Professionnels 1. Amélioration des performances (habiletés) techniques et relationnelles Ex. : La durée des rencontres cliniques sont plus longues chez le groupe expérimental (26,2 minutes) que chez le groupe contrôle (24,1 minutes) (p=0,02). - Le groupe expérimental présente des taux élevés de langage cohérent par rapport au groupe contrôle (p= 0,05) - Le groupe expérimental démontre un début de maîtrise de l'EM par rapport au gr. Contrôle (37 % contre 15 %) - 4 composantes individuelles du MITI (questions ouvertes, affirmations, réflexions, etc.) sur lesquelles l'accent a été mis dans au moins deux sessions ont été complètes plus souvent chez le groupe expérimental que chez le groupe contrôle (p=0,05) - Les notes individuelles sont significativement plus élevées chez le groupe expérimental 2. Prescription adéquate de la médication (traitements conseillés) - La recommandation d'une activité physique est plus élevée chez le groupe expérimental - La recommandation de l'activité et la prescription de médicaments antidépresseurs n'ont pas été significatives dans les 2 groupes Usagers 1. Amélioration santé psychologique et physique (changement de discours). Les usagers suivis par les personnes formées présentent : - Une amélioration significative de leurs discours sur la dépression (p=0,001) - 3 fois plus de discussions sur l'activité physique (p=0,01) - Changement de discours sur les antidépresseurs relativement similaires dans les 2 groupes 2. Changement dans les comportements de santé : - Adhérence au traitement : le groupe expérimental a adhéré plus au traitement : • Nombre élevé de journées de travail déclarées chez le groupe expérimental • Plus d'activité physique dans la semaine suivant leur entrevue chez le groupe expérimental (0,007) • Pas significativement susceptibles de demander une prescription d'antidépresseurs

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Keogh 2018 Irlande	Évaluer l'efficacité d'un programme de formation visant à guider les physiothérapeutes dans la mise en œuvre de l'autogestion de l'arthrose et des lombalgies par l'éducation de groupe et l'intervention par l'exercice en utilisant un style de communication fondé sur la théorie de l'autodétermination Étude avant-après Qualité : 85 %	<p>Professionnels : Physiothérapeutes formés (n=13) 8/13 ont participé à un essai comme groupe intervention</p> <p>Maladie : arthrose et lombalgie</p>	<p>Nom : Formation des physiothérapeutes à l'autogestion théorique de l'arthrose et de la lombalgie</p> <p>Description Durée : 2 journées Modalité : en groupe Formateurs : non mentionné Stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informations écrites (prélecture, documents sur le programme) - Conférences avec <i>PowerPoint</i> (vidéo) - Groupe de discussion (commentaires des pairs et animateurs) - Jeux de rôle - Activités de microenseignement - Autoréflexion - Activités interactives <p>Contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contenu et mise en œuvre de l'intervention <i>Self-management of Osteoarthritis and Low back pain through Activity and Skills (SOLAS)</i> - Stratégies de communication (9) basées sur la théorie de l'autodétermination (<i>Self-Determination Theory - SDT</i>) 	<p>Professionnels : Mesures pré-post (différents temps de mesure)</p> <p>1. Niveau d'apprentissage mesuré avant et après la formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de confiance auto-déclarée spécifique à l'intervention (confiance) - Questionnaire narratif spécifique à l'intervention (connaissances) - Questionnaire sur les connaissances spécifiques à l'intervention <p>2. Mesure durant la formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échelle de <i>SOLAS</i> <p>3. Comportement mesuré après la formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire sur le climat des soins de santé et l'échelle de <i>SOLAS</i> 	<p>Professionnels</p> <p>Intention d'utiliser les compétences acquises : les physiothérapeutes prévoient de mettre en œuvre les compétences acquises dans leur pratique</p> <p>Application des stratégies de communication avec une compétence acceptable pour certains composants tandis que pour d'autres (fixation d'objectifs, planification d'actions, résolution des problèmes de collaboration), la compétence n'est pas acceptable</p> <p>Augmentation significative de la confiance des physiothérapeutes quant à l'utilisation des stratégies de communication (p=0,05)</p> <p>Augmentation des connaissances concernant certains éléments de l'intervention <i>SOLAS</i></p>

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Kosmala-Anderson 2010 Royaume-Uni	Déterminer si le fait de suivre une formation sur le soutien à l'autogestion augmente la motivation des cliniciens à soutenir l'autogestion et leur performance. Aussi, est-ce que le niveau de motivation avant la formation et la satisfaction des besoins psychologiques sont en lien avec l'efficacité de la formation sur le soutien à l'autogestion? Étude avant-après Qualité : 75 %	<p>Professionnels: Cliniciens qui donnent des soins directs aux usagers ayant des conditions longs-termes (n=114)</p> <p>Maladies : diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, douleurs musculosquelettiques et dépression</p>	<p>Nom : Soutien à l'autogestion (modèle du <i>Self-Determination Theory</i>)</p> <p>Description Durée : 9 h</p> <p>Modalité : en groupe</p> <p>Formateur : Un clinicien et un tuteur</p> <p>Stratégies : 1. Utilisation d'un agenda conjoint (déterminer avec l'utilisateur le but et les objectifs de la consultation, construire une relation et établir des façons de communiquer satisfaisantes) 2. Résolution de problèmes 3. Établissement d'objectifs de santé communs (des changements d'habitudes de vie à court et long terme, réalistes, atteignables et correspondant aux valeurs et croyances des usagers) 4. Suivi des objectifs (s'entendre avec l'utilisateur sur le comment, à quelle fréquence et pourquoi le contact sera maintenu pour assurer le progrès de la santé et des activités en lien avec les habitudes de vie et des buts. Les reculs sont discutés et de nouvelles décisions sont prises d'un commun accord)</p> <p>Ressources : aucune information</p>	<p>Professionnels : Mesure pré-post (3 semaines après) Questionnaires en ligne.</p> <p>Practices in Self-Management Support (PSMS) 1. Soutien clinique à l'autogestion : construire une relation égalitaire usager-médecin 2. Concentration sur l'utilisateur : approche individualisée et basée sur les préférences de l'utilisateur 3. Organisation des services de soutien à l'autogestion : engagement des cliniciens pour organiser les services servant à soutenir l'autogestion, construire une équipe de soin pour soutenir l'autogestion et soutenir l'implication de l'utilisateur dans le développement du service</p> <p>Satisfaction des besoins psychologiques Adaptation de l'échelle SDT incluant huit affirmations sur les compétences des cliniciens, les raisons pour lesquelles ils offrent du soutien à l'autogestion et soutien reçu des collègues pour ces activités</p> <p>Régulation motivationnelle de soutien à l'autogestion Adaptation de l'échelle SDT. Raison pour laquelle les cliniciens aident les usagers à pratiquer l'autogestion</p>	<p>Professionnels 1. Augmentation des habiletés : augmentation des pratiques de soutien à l'autogestion Avant : m=4,47 Après : m=5,09 (p=0,01) - Les cliniciens formés ont davantage tendance à autorapporter des pratiques de soutien à l'autogestion : Cliniciens non formés : 5,07 Cliniciens formés : 5,67 (p=0,001) - Aucun changement concernant l'organisation des services de soutien à l'autogestion.</p> <p>2. Augmentation confiance des professionnels à soutenir les patients : - Augmentation du niveau autoévalué d'autonomie en lien avec le soutien à l'autogestion : Avant : m= 4,95 Après : m=5,27 (p=0,02) - Augmentation de la confiance à soutenir l'autogestion : Avant : m=4,31 Après : m=5,03 (p=0,001)</p>

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Latter 2010 Royaume-Uni	Examiner les effets d'une intervention visant à augmenter l'exploration, par des infirmières cliniciennes, des croyances sur la médication entretenue par les usagers diabétiques dans le but de favoriser leur adhésion aux médicaments Étude avant-après Qualité : 86 %	Professionnels : Infirmières cliniciennes (n=14) (divisées en 3 cohortes) Maladies : diabète	Nom : Intervention pour changer les pratiques des infirmières cliniciennes lors des consultations Description Faciliter l'acquisition d'habiletés et le changement de comportement dans le but de promouvoir la prise de médication par les usagers Durée : 4 ateliers de 8 heures Modalité : en petit groupe Formateur : psychologue de la santé et infirmière consultante sur les soins en diabète Stratégies : - Atelier - Jeux de rôle en groupe de 4 (coach) - Rétroaction - Présentation interactive - Plan d'action réalisé à partir d'objectifs SMART (spécifique, mesurables, orientés sur l'action, réalistes et limités dans le temps)	Professionnels : Mesures pré-post (à 1 semaine; à 3 mois et 6 mois après l'intervention) Enregistrements des consultations avec l'utilisateur : analyse des échanges verbaux à l'aide de l'outil MEDICODE (min. de 2 enregistrements avec des usagers différents, aux différents temps de mesure) Entrevues semi-structurées (1 mois et 6 mois après l'intervention)	Professionnels Communication : Amélioration significative sur l'indice « Preponderance of Initiative » (c'est à dire qui commence les discussions sur les thèmes associés à la médication) - Les initiatives des infirmières en pré sont remplacées par les initiatives des usagers en post (p<0,0001) Aucun changement significatif sur l'indice « Dialogue Ratio » (intervention basée sur la communication centrée sur l'utilisateur et l'autonomisation [empowerment] de l'utilisateur) Habilités et application des stratégies : Thèmes rapportés lors du groupe de discussion (aucune analyse statistique pour ces mesures) - Disent augmenter leur attention aux croyances qu'ont les usagers de la médication et de la maladie - Disent utiliser davantage des habiletés centrées sur l'utilisateur - Disent augmenter les discussions sur les problèmes liés à la prise de médication - Disent utiliser davantage les questions ouvertes lors des consultations

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Magill 2018 Royaume-Uni	<p>1- Évaluer si les infirmières ont acquis des compétences pour offrir une thérapie psychologique à la suite de la période de formation</p> <p>2- Décrire les différences à la fin de la formation et l'offre de l'intervention</p> <p>3- Comparer les niveaux de réception du traitement psychologique (compétences pour l'entretien motivationnel et la thérapie cognitive comportementale) entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle</p> <p>4- Déterminer la représentation de la fidélité des soins respectifs</p> <p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Qualité : 86 %</p>	<p>Professionnels : Infirmières de première ligne (n=23)</p> <p>Groupe expérimental (n=11) Groupe contrôle (n=12)</p> <p>Usagers* : adultes (pour les enregistrements) (n=151)</p> <p>Groupe expérimental (n=74) Groupe contrôle (n=77)</p> <p>*Aucun résultat pour les usagers</p> <p>Maladie : diabète de type 2</p>	<p>Nom : <i>Motivational interviewing (MI) and Cognitive behavioural therapy (CBT)</i></p> <p>Description</p> <p>Durée : 12 sessions de 3 heures</p> <p>Modalité : non spécifique</p> <p>Formateur : psychologue clinique expérimenté</p> <p>Stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ateliers interactifs - Supervision clinique mensuelle par un psychologue en personne (session de groupe) ou au téléphone - Soutien par courriel pour les cas individuels <p>Contenus :</p> <p>Six compétences des approches MI/CBT :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Écoute active 2- Gestion de la résistance 3- Diriger le changement 4- Soutenir l'autoefficacité 5- Aborder les croyances en santé 6- Façonner les comportements <p>Ressources : Manuel de référence</p>	<p>Professionnels : Enregistrements audio de session d'intervention auprès d'usagers (n=69)</p> <p><i>Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) rating scale</i></p> <p><i>Behaviour Change Counseling Index (BECCI)</i></p>	<p>Professionnels</p> <p>Améliorations des compétences : Les infirmières ont acquis des compétences de base dans certaines compétences psychologiques associées à l'entretien motivationnel et à la thérapie cognitivocomportementale</p> <p>MITI</p> <p>Différence forte et évidente en faveur du groupe d'intervention pour les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le score global de l'esprit d'intervention motivationnelle (Démonstration des principes de la motivation interventionnelle) - Le score global de l'empathie (comprendre ou tenter de comprendre la perspective de l'utilisateur) - % de questions qui étaient ouvertes - % de session qui étaient montrant une adhésion envers l'intervention motivationnelle <p>Aucune différence entre les groupes pour les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de réflexions qui étaient complexes - Ratio questions/réflexions <p>BECCI</p> <p>Différence significative entre les groupes en faveur du groupe d'intervention sur les compétences des cliniciens liées à l'utilisation de comportements de counseling lors des consultations</p>

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Mahoney 2019 Royaume-Uni	Évaluer l'impact d'une formation sur les stratégies et techniques enseignées aux praticiens pour explorer et répondre aux barrières psychologiques des patients à l'utilisation de l'auto-injecteur d'adrénaline Étude avant-après Qualité : 90 %	Professionnels : n=26 : infirmières généralistes et spécialisées (n=16), médecins généralistes (n=7), pharmaciens (n=3) Maladies : allergies (risque d'anaphylaxie)	Nom : Enseignement de stratégies et de techniques aux professionnels pour discuter des barrières des patients à porter et utiliser l'auto-injecteur d'adrénaline Description Durée : 90 minutes Modalité : en groupe Formateur : non mentionné Stratégies : - Formation en atelier (en 4 parties) - Techniques de changement comportemental - Études de cas Contenus : Basé sur les principes de l'intervention psychologique brève destinée aux cliniciens (<i>Intervention Mapping</i>) Stratégies et techniques pour travailler sur les barrières psychologiques des usagers à utiliser l'auto-injecteur d'adrénaline. Ressources : 1. Plan de gestion de l'anaphylaxie 2. « Checklist » sur la formation de l'utilisation de l'auto-injecteur	Professionnels : Augmentation des connaissances - Augmentation des connaissances pour favoriser l'utilisation de l'auto-injecteur par l'usager (p=0,05) Confiance en leurs habiletés - Augmentation de la confiance en leurs compétences pour favoriser l'utilisation de l'auto-injecteur par l'usager (p=0,02) Application des stratégies - Rapportent une plus grande fréquence d'utilisation des stratégies et techniques apprises pour encourager les usagers à adhérer à l'auto-injecteur (p=0,04) Amélioration des compétences/habiletés - Disent avoir accès à plus de ressources pour faciliter l'adhésion des usagers à utiliser l'auto-injecteur (p=0,03) Résultats qualitatifs (n=9) Impact de la formation pour les participants : 2 principaux thèmes rapportés : 1. Changements sur le plan des connaissances, des croyances et des intentions de changer leurs pratiques 2. Changements sur les comportements des professionnels et des usagers	

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Mahramus 2014 États-Unis	Évaluer l'effet d'une intervention éducationnelle comprehensive sur les connaissances des infirmières sur les principes de l'autosoins en cas d'insuffisance cardiaque, incluant l'utilisation de la méthode <i>Teach Back</i> pour l'enseignement à l'usager, et évaluer le maintien des connaissances à travers le temps. L'objectif secondaire était d'évaluer la perception des infirmières de cette intervention éducationnelle. Étude avant-après Qualité : 91 %	Professionnels : Infirmières autorisées (registered nurses) (n=150) Maladie : insuffisance cardiaque	Nom : Programme éducatif compréhensif sur l'autosoins de l'insuffisance cardiaque Description Durée : 3 h 30 de cours en groupe et activités de renforcement d'une durée de 3 mois. Modalité : en groupe Formateur : deux chercheuses (infirmières) Stratégies : - Cours théoriques (lectures et présentations) - Discussions - Jeux de rôle - Pratique des techniques avec monitoring et rétroaction des formateurs - Test et revue des réponses en groupe en expliquant le rationnel pour renforcer le contenu - Renforcement en continu trois semaines après les sessions d'éducation (courriels à toutes les deux semaines avec résumé d'un des 5 principes) - Renforcement par les supérieurs durant les réunions d'équipe ou caucus pendant les semaines où il n'y a pas de courriel d'envoyé Contenus : - Importance des principes de l'autosoins - Technique <i>Teach Back</i> et sa pratique - Diète - Fluide et poids - Médication - Exercices et autres activités - Signes et symptômes Ressources : non mentionnées	Professionnels : Mesures pré-post (immédiatement et 3 mois après l'intervention) Mesure des connaissances des principes de l'autosoins en cas d'insuffisance cardiaque <i>The Nurses' Knowledge of Heart Failure Education Principles (NKHFEPP) instrument</i> Utilisation de la méthode Teach Back Outil de compétences pour évaluer les habiletés des infirmières à utiliser correctement la méthode <i>Teach Back</i> 3 éléments évalués : <u>Est-ce que l'infirmière a :</u> 1. Enseigné un principe d'autosoins; 2. Démontré une utilisation appropriée de la méthode <i>Teach Back</i> ; 3. Communiqué que le <i>Teach Back</i> est un outil pour évaluer la compréhension de l'usager pour donner suite à l'éducation? La compétence est acquise si l'infirmière performe correctement pour ces trois questions. En cas d'erreur, l'infirmière est corrigée. Elle peut ensuite redémontrer la compétence. Si elle ne réussit pas, elle obtient un échec. Perception des infirmières sur l'efficacité de l'intervention éducatif et la faisabilité d'utiliser la méthode Teach Back (mesure à 3 mois seulement)	Professionnels Augmentation des connaissances NKHFEPP Avant : 65,1 % Immédiatement après : 80,6 % (p<0,001) (n=61) Avant : 66,5 % Immédiatement après : 82,1 % 3 mois après : 89,5 % (p<0,001) (n=150) Avant : 6,0 % Immédiatement après : 41,3 % (p<0,001) (n=61) Avant : 6,6 % Immédiatement après : 45,9 % 3 mois après : 88,5 % (p<0,001) Amélioration des compétences Utilisation de la méthode Teach Back (n=150) - 43,1 % des participants ont eu besoin d'être corrigés - À la suite des corrections et indications, 98,3 % des participants ont démontré la compétence Perception des infirmières quant à l'efficacité de l'intervention éducatif et la faisabilité d'utiliser la méthode Teach Back (n=61) - 96,7 % indiquent que l'intervention éducationnelle a augmenté leur savoir sur l'autosoins dans les cas d'insuffisance cardiaque - 95 % comprennent comment utiliser la méthode <i>Teach Back</i> pour enseigner et évaluer les connaissances des usagers sur les 5 principes d'autosoins - 91,7 % sont mieux préparés pour enseigner les stratégies d'autosoins aux usagers avec une insuffisance cardiaque - 96,7 % utilisent le <i>Teach Back</i> lors de l'éducation des usagers avec insuffisance cardiaque, sur une base régulière - 90 % éduquent régulièrement les usagers avec une insuffisance cardiaque sur les 5 principes d'autosoins - 89,8 % ont le sentiment que le programme d'éducation a changé la manière dont ils éduquent leurs usagers présentant une insuffisance cardiaque

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
<p>Maissi 2011 Royaume-Uni</p>	<p>Évaluer si les infirmières médicales peuvent offrir la thérapie motivationnelle et la thérapie cognitivo-comportementale avec un niveau de compétences et vérifier si la fidélité du traitement est maintenue</p> <p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Qualité : 93 %</p>	<p>Professionnels (n=6) : Infirmières spécialistes du diabète (n=3), infirmières de pratique généralisée (n=2) et infirmières en santé mentale (n=1)</p> <p>Usagers* : Groupe expérimental (MET sans CBT) (n=117) Groupe expérimental (MET avec CBT) (n=106)</p> <p>*Aucun résultat rapporté pour les usagers</p> <p>Maladie : diabète</p>	<p>Nom : <i>Motivational enhancement therapy (MET) and Cognitive behavioural therapy (CBT)</i></p> <p>Un groupe reçoit seulement le MET (3 sessions) L'autre groupe reçoit le MET (3 sessions), suivi du CBT (4 sessions)</p> <p>Description Durée : Expérimentation : 6 ou 3 mois (selon la cohorte) à temps plein Modalités : en individuel et en groupe Formateur : non spécifié (superviser expert) Stratégies : - Formation didactique en présentiel (2 jours pour la MET et 5 jours pour la CBT) - Rétroactions audiovisuelles sur les transcriptions - Supervision et coaching hebdomadaire individuel et en groupe - Développement des compétences par des sessions de réaction et de réflexion sur soi dans le processus psychothérapeutique</p> <p>Ressources : - 10 cas d'usagers à charge qui ont une expérience négative de gestion de leur diabète - Matériel écrit - Manuel pour la MET et manuel pour la CBT</p>	<p>Professionnels : Enregistrement audio des sessions (40 à 60 minutes) réalisées auprès des usagers. 40 enregistrements ont été codifiés par deux psychologues cliniciens expérimentés (20 enregistrements pour le MET auprès du groupe MET sans CBT et du groupe MET avec CBT (3^e session), au hasard; 20 enregistrements pour le CBT (7^e session)) <i>Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI) rating scale</i> (2^e version) <i>Revised 12-item Cognitive Therapy Scale (CTS-R)</i></p> <p>Mesure de l'alliance thérapeutique : Éléments de la deuxième version du <i>Motivational Interviewing Skill Code (MISC)</i></p>	<p>Professionnels Amélioration compétences/techniques* (*aucune analyse statistique pour cette mesure)</p> <p>Les infirmières développent un niveau de compétences allant de satisfaisant à élevé en ce qui a trait aux techniques de changement comportemental et aux habiletés psychologiques utilisées dans les thérapies MET et CBT*</p> <p>Des améliorations significatives sont rapportées sur 4 items mesurés : - CTR-S : « donner du <i>feedback</i> » (p=0,005) - MITI : « esprit d'intervention motivationnelle » (p=0,025) - MISC : « révélation » (p=0,013) - MISC : « authenticité » (p=0,045)</p>

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Nessen 2018 Suède	Évaluer l'adoption, par des physiothérapeutes, d'une formation basée sur l'acquisition d'habiletés de changement comportemental leur permettant de mieux soutenir les usagers atteints d'arthrite rhumatoïde dans la pratique d'activités physiques visant à améliorer leur santé Étude avant-après Qualité : 75 %	Professionnels : Physiothérapeutes (n=10) Maladie : arthrite rhumatoïde	Nom : Programme de formation sur les habiletés associées aux techniques de changement comportemental (<i>behavior change techniques</i>) pour favoriser l'activité physique chez les usagers présentant de l'arthrite rhumatoïde (<i>Physical Activity in Rheumatoid Arthritis - PARA</i>) Description. Durée : 4 jours en classe et en salle d'entraînement à l'Université (total 24 h) divisé en 2 blocs de 2 jours (14 h avant le début du programme et 10 h en cours de programme « booster session ») Modalité : en petits groupes Formateur : physiothérapeute formé et un psychologue (spécialiste du comportement et conférencier) Stratégies : - Préparation avant les cours - Lectures et ateliers de travail - <i>Modeling</i> (enseignement) - Apprentissages par observations - Renforcement positif - Jeux de rôles - Soutien entre pairs - Visites dans les sites à 2 reprises (enregistrements vidéo pour rétroaction individuelle) Contenus : - Lignes directrices du <i>Health-Enhancing Physical Activity</i> et des bénéfices pour les usagers arthritiques - Données probantes sur les habiletés pour guider l'usager présentant de l'arthrite rhumatoïde dans l'amélioration de sa santé par l'activité physique (informations du guide de pratiques) - Techniques de changement comportemental à utiliser pour favoriser l'activité physique - Formulation d'objectifs SMART - Diminution des croyances sur la peur et l'évitement Suivis en cours de session – Rétroaction sur l'expérimentation à partir de vidéos : comment les physiothérapeutes guident et impliquent les usagers	Professionnels : Mesures répétées : 5 temps de mesure sur une période de 19 mois (avant, après et suivi) Questionnaire sur : - Connaissances sur l'activité physique lors d'arthrite rhumatoïde - Connaissances sur les techniques de changement comportementales - <i>Fear-avoidance beliefs Questionnaire</i> - <i>Tampa Scale of Kinesiophobia</i> - Autoefficacité pour guider les changements de comportements chez les usagers - Registre de l'accompagnement des usagers (<i>self-reported guiding behavior</i>) [<i>Bandura's Guide for constructing self-efficacy scales</i>] Journaux de bord : adhésion au protocole enseigné et à l'utilisation d'objectifs SMART	Professionnels Amélioration des connaissances : - Les connaissances sur l'activité physique sont élevées à toutes les mesures et restent stables à travers le temps (aux 5 temps de mesure) - Les connaissances sur les techniques de changement comportementales augmentent significativement au 2 ^e temps de mesure et demeurent stables (élevés) aux autres temps de mesure Attitude et croyances : - Les croyances sur la peur et l'évitement reliées à l'activité physique du patient sont faibles et demeurent stables aux différents temps de mesure (aucune amélioration significative) Confiance en leurs compétences : - Les scores sur l'autoefficacité pour guider les changements de comportements augmentent significativement dans le temps Application des stratégies : Adhésion au protocole pour guider les comportements* : 2/10 adhésion complète 8/10 : adhésion partielle (*aucune analyse statistique pour ces mesures)

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Robling 2012 Royaume-Uni	Évaluer l'efficacité du programme <i>Talking Diabetes</i> pour augmenter le contrôle de la glycémie et la qualité de vie des jeunes diabétiques Essai contrôlé randomisé Qualité : 82 %	Professionnels : Praticiens (n=75) Groupe contrôle : 13 autres équipes cliniques Usagers n=693 : Groupe expérimental (n=356) Groupe contrôle (n=333) Maladie : Diabète juvénile (type 1)	Nom : <i>Talking Diabetes</i> Description Ce programme basé sur l'entretien motivationnel vise l'établissement d'un plan d'action partagé et l'adoption d'un style de communication flexible pour soutenir l'usager dans ses changements de comportement. Durée : 1,5 heure pour la formation en ligne; 2 jours d'atelier en équipe à environ 2 semaines d'intervalle Modalités : en groupe et en ligne Formateur : deux formateurs (non précisé) Stratégies : - Modules de formation en ligne (contenu didactique et composantes interactives) - Ateliers - Jeux de rôle (<i>modeling</i>) - Outil « 3T » (<i>Time To Talk</i>) - Consultation en ligne (rétroaction de l'équipe de formation) - Histoires de cas Contenus : Stratégies de consultation constructive Changement comportemental Habilités liées à l'entretien motivationnel Approche centrée sur l'usager Ressources : - Plan d'action partagé réalisé avec l'outil 3T (<i>Time to Talk</i>) : document papier avec des images de jeunes et sujets de discussion à encercler, comportant des espaces blancs et des cercles vides pour ajouter du contenu) - Aide-mémoire sur les stratégies disponibles	Professionnels : Mesures pré-post (immédiatement après la formation et au suivi d'un an) Enregistrements audio de consultations cliniques pour l'évaluation du processus (2 éléments évalués) : 1. Fidélité d'application de la formation reçue (utilisation des habilités et des stratégies apprises) 2. Engagement à l'utilisation du matériel/habilités acquises par le praticien Mesure de la performance (5 domaines évalués) Usagers : Mesures biologiques (taux d'hémoglobine) Qualité de la vie Habilitation du patient Parents : 2 mesures : niveau de base et 12 mois après l'intervention	Professionnels Amélioration des habiletés : Les professionnels ayant reçu la formation présentent des changements significatifs sur le plan des habiletés pour guider les usagers (<i>guiding style, evocation, collaboration et autonomy-supportive</i>) Amélioration de la communication : L'utilisation du plan d'action partagé et le « <i>brainstorming</i> » sont plus souvent observés chez les professionnels ayant participé à la formation (différence non significative) Chez les professionnels formés, les scores sur l'« évocation » diminuent significativement un an après la formation Usagers : Temps d'utilisation des services Le temps passé par les usagers (et leurs parents avec un professionnel de la santé) est moindre pour ceux qui sont suivis par des professionnels du groupe intervention vs le groupe contrôle (m=99,92 min. vs m=104,79 min. différence non significative p=0,32) Visites urgences/cliniques Le nombre moyen de visites à la clinique est le même pour les usagers des deux groupes (aucune différence significative) Mesures biologiques Chez les enfants : aucune différence entre les groupes quant aux effets de la formation sur les mesures d'hémoglobine (HbA _{1c}), aucune différence sur la perception de l'équipe de soin Qualité de la vie Chez les usagers suivis par des professionnels formés, des changements significatifs sont obtenus concernant : - Réduction significative des problèmes liés aux barrières au traitement et à l'adhésion au traitement - Augmentation des habiletés d'adaptation au diabète - Plus grand enthousiasme pour les visites médicales - Amélioration de la continuité des soins

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Roman- Rodríguez 2017 Espagne	Évaluer les attitudes et les perceptions des professionnels de la santé formés à l'entretien motivationnel pour favoriser l'adhésion au traitement des usagers asthmatiques. - Comparer les professionnels formés à l'entretien motivationnel (MI*) à ceux formés à d'autres méthodes (AdhE*) pour susciter l'adhésion au traitement. - Comparer les professionnels formés (peu importe la formation) à ceux n'ayant reçu aucune formation Étude de cohortes Qualité : 80 %	Professionnels : n=360 Pneumologues (n=120) Allergologues (n=110) Médecins généralistes (n=130) Maladies : asthme Étude menée en 2 phases : Phase 1 Groupe expérimental : n=90 professionnels ayant reçu une formation sur différents moyens de susciter l'adhésion des patients au traitement Groupe contrôle : n=90 n'ayant reçu aucune formation Phase 2 Groupe expérimental : n=90 nouveaux participants formés à l'entretien motivationnel Groupe contrôle : n=90 professionnels n'ayant reçu aucune formation sur l'entretien motivationnel ni répondu au questionnaire à la phase 1	Nom : Entretien motivationnel Description Durée : 2,5 h Modalités : en groupe et en ligne Formateur : psychiatre spécialisé sur l'entretien motivationnel Stratégies : - Formation théorique sur les données probantes sur l'asthme - Formation sur l'entretien motivationnel pour promouvoir l'adhésion au traitement de l'asthme - Discussion ouverte sur un cas - Pratique virtuelle, avec un soutien vidéo Contenus : Aucune spécification additionnelle	Professionnels : - Questionnaire (en ligne ou autoadministré immédiatement après la formation) sur l'adhésion au traitement élaboré par un comité de professionnels, portant sur 4 thèmes : 1. Pratiques actuelles sur l'adhésion au traitement de l'asthme 2. Facteurs, positifs et négatifs, qui influencent l'adhésion au traitement 3. L'adhésion au traitement et les impacts sur le contrôle de l'asthme 4. Recommandations usuelles pour favoriser le contrôle de l'asthme et promouvoir l'adhésion au traitement * Le même outil est utilisé auprès de tous les participants (en ligne ou en présentiel)	Professionnels Résultats phase 2 : médecins formés à l'entretien motivationnel (MI) vs formés à d'autres méthodes (AdhE) Les médecins formés à la MI sont significativement plus nombreux à : Qualité des soins : - Simplifier le traitement autant que possible (85,6 % vs 68,9 %, p<0,01) Implication des usagers dans le traitement - Impliquer les usagers dans leur plan thérapeutique (85,6 % vs 71,1 %, p<0,05) Application des stratégies : - Donner des directives d'autosoins aux usagers (52,2 % vs 36,7 %, p<0,05) - Utiliser l'entretien motivationnel (42,2 % vs 15,6 %, p<0,000 1) Aucune différence significative n'est observée concernant : Communication : 1. Les informations écrites données aux usagers (76,7 % vs 67,8 %) 2. Transmettre l'éducation à la santé (techniques d'inhalation, etc.) (58,9 % vs 50 %) 3. L'implication de la famille/de l'environnement de l'utilisateur (22,2 % vs 15,6 %) 4. L'utilisation d'aide-mémoire (15,6 % vs 11,1 %) 5. Le rappel de l'utilisateur qui ne se présente pas au suivi (6,7 % vs 6,7 %)

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
<p>Shah 2011 Australie</p>	<p>Évaluer l'efficacité du programme PACE pour la gestion de l'asthme Essai contrôlé randomisé Qualité : 96 %</p>	<p>Professionnels : Médecins généralistes (n=150) Groupe expérimental (n=78) Groupe contrôle (n=72) Usagers : Parents-enfants (n=221) Groupe expérimental (n=111) Groupe contrôle (n=110) Maladie : asthme (enfants)</p>	<p>Nom : <i>Practitioner Asthma Communication and Education (PACE)</i> Description : Durée : 6 h Modalité : en petit groupe (jusqu'à 10 participants par atelier) Formateur : non spécifique Stratégies : - 2 sessions de 3 h, données à une semaine d'intervalle - Stratégies de communication et d'éducation pour donner des soins de qualité sur l'asthme - Vidéo de démonstration de 10 stratégies d'éducation et de communication sur l'asthme Contenus : - Cycle de soins de l'asthme - Évaluation des différents types d'asthme - Utilisation appropriée de la médication - Élaboration d'un plan d'action écrit - Communication médecin-patient - Éducation au patient</p>	<p>Professionnels : Mesures pré-post (12 mois après l'intervention) Questionnaire autoadministré (utilisation des questionnaires du PACE américain) Usagers : Questionnaire téléphonique (utilisation des questionnaires du PACE américain)</p>	<p>Professionnels Amélioration de la communication : - Les professionnels du groupe expérimental rapportent se sentir significativement plus confiants que ceux du groupe contrôle dans l'utilisation des 10 stratégies de communication. Ces stratégies sont jugées utiles et fréquemment utilisées - La fréquence de « distribution » d'un plan d'action écrit sur l'asthme augmente significativement chez les professionnels formés - Ils utilisent davantage le « cycle de soins de l'asthme » Confiance en leurs compétences : Ils se sentent significativement plus confiants lorsqu'ils communiquent avec les usagers Prescription adéquate de la médication : ces professionnels demandent davantage aux parents de leur montrer comment ils utilisent le dispositif d'asthme (inhalateur) et prescrivent significativement plus la chambre d'inhalation (+ de 90 % du temps) Usagers Différences significatives en faveur des usagers du groupe expérimental : Amélioration de la communication : les usagers du groupe expérimental reçoivent significativement plus de plans d'action écrits sur l'asthme Prescription adéquate de la médication : - Les enfants du groupe expérimental présentant des symptômes d'asthme intermittents/non fréquents utilisent significativement moins de corticostéroïdes et des « bêta agonistes » à longue durée d'action - Des changements favorables dans la prise de médicaments (corticostéroïdes inhalés et des β-agonistes à action prolongée) sont notés chez les familles après 12 mois d'intervention Absences travail/école : - Les parents du groupe expérimental sont moins nombreux à s'absenter du travail et leurs enfants sont moins nombreux à manquer une journée d'école que ceux du groupe contrôle (différence non significative) Visites urgences : aucune différence significative dans la fréquence des visites à l'urgence pour des soins de l'asthme</p>

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Swanson 2011 Écosse	Évaluer une formation, offerte aux professionnels de la santé, sur les habiletés psychologiques visant à améliorer la communication et à faciliter les changements de comportements chez les patients diabétiques. Étude avant-après Qualité : 60 %	<p>Professionnels : Professionnels de la santé (n=81) (multidisciplinaires : médecin généraliste, infirmière spécialisée sur le diabète et infirmière de première ligne, podologue, spécialiste du diabète, diététicien)</p> <p>Maladie : Diabète</p>	<p>Nom : <i>Doing Diabetes Better</i></p> <p>Description Durée : 3 jours de formation non consécutifs (étalés sur 2 à 3 semaines)</p> <p>Modalité : en groupe</p> <p>Formateurs : 3 facilitateurs par session (psychologue, « diabétologue », omnipraticien spécialiste)</p> <p>Stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseignement didactique - Discussions de groupe (soutenues par de courts vidéos, des <i>worksheets</i>, des jeux de rôle et des études de cas) - Présentations de cas réel - Dialogue socratique (utilisation de questions ouvertes, écoute active, atteinte des buts) - Jeux de rôles - Pratique d'enseignement (<i>goal setting practice</i>) <p>Devoirs entre les sessions de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Journal de bord - Pratiques des habiletés apprises - Application du manuel de cours <p>Contenus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition de la bonne/pauvre communication - Habiletés d'écoute - Questions socratiques - Recherche d'informations - Partage d'informations - Barrières au changement - Techniques d'entretien motivationnel - ABCs (antécédents, comportements, conséquences) - Analyse fonctionnelle - Rétroaction (Pendleton's rules) - Élaboration d'objectifs SMART - Modèles de changement de comportements - Technique de prévention des rechutes - Compréhension des habitudes (de vie) <p>Ressources : Manuel incluant le contenu du <i>PowerPoint</i> et les feuilles de travail</p>	<p>Professionnels : Mesures pré-post (environ 5 sem. après la formation)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Communication et habiletés de changement de comportement 2. Besoins perçus pour le développement des habiletés <ul style="list-style-type: none"> - Questions sur la formation (contenu, habiletés utilisées, clarté, attentes, défis, etc.) (administré après le dernier jour de formation) 	<p>Professionnels</p> <p>Communication et comportements d'enseignement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La communication positive augmente <u>significativement</u> - La moyenne des scores pour les techniques négatives diminue significativement à la mesure post - Des changements significatifs sont obtenus pour les items (4/24 items) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Poser des questions (fermées) qui génèrent des réponses courtes (un mot) (diminution significative) 2. Gérer les incompréhensions des usagers (augmentation significative) 3. Motiver le patient à changer ses habitudes de vie (augmentation significative) 4. Aider l'utilisateur à se faire un plan d'action (augmentation significative) <p>Application de stratégies</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les participants rapportent utiliser les habiletés dans les soins aux usagers (*aucune analyse statistique pour cette mesure) <p>Amélioration des compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation significative des techniques de changement comportementales - Plusieurs disent avoir acquis de nouvelles connaissances, techniques applicables à leur travail quotidien auprès des usagers diabétiques et des autres usagers, changements dans leurs propres comportements <p>Augmentation des connaissances*</p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>I got a lots of new tips, thoughts and ideas about goal setting</i> » (*aucune analyse statistique pour cette mesure) <p>Confiance en leurs compétences*</p> <ul style="list-style-type: none"> - « <i>I feel more confident using the skills from the first two days</i> » - <i>I've found it empowering and motivating</i> (*aucune analyse statistique pour cette mesure)

AUTEURS ANNÉE PAYS	OBJECTIF DEVIS QUALITÉ	PARTICIPANTS	INTERVENTION/ COMPARATEUR	MESURES OUTILS	RÉSULTATS
Terpstra 2018 Pays-Bas	Décrire et évaluer une formation basée sur la thérapie cognitivocomportementale offerte en ligne pour le traitement des douleurs chroniques Étude descriptive Qualité : 85 %	Professionnels : Thérapeutes expérimentés dans le traitement des douleurs chroniques (psychologues ou étudiants de maîtrise) (n=22) Maladies : Douleurs chroniques	Nom : <i>Master Your Pain (ICBT for chronic pain)</i> Description Durée : 1,5 jour (2 rencontres à 2 sem. d'intervalle, 7 h la première journée et 3 h la deuxième journée) Modalité : en groupe, entre 6 et 8 participants à la fois (idéalement former 2 thérapeutes provenant de la même institution) Formateurs : 2 formateurs, doctorat en psychologie, experte dans l'utilisation de la TCC en ligne auprès d'usagers présentant une condition de somatisation chronique Stratégies : Ateliers interactifs, en présentiels, offerts en milieu universitaire (expérimentation durant la formation) Entre les 2 jours de formation : - Expérimentation de la thérapie via des jeux de rôles en ligne avec les autres participants - Retour sur la pratique de la thérapie en ligne - Présentation de cas - Anticipation/préparation des difficultés potentielles à l'utilisation de la thérapie en ligne - Au besoin, supervision ponctuelle par le formateur (téléphone ou courriel) Contenus : - Formation sur la douleur chronique et sur les effets de la thérapie cognitivocomportementale - Apprentissages et pratiques des habiletés pour l'utilisation des habiletés en ligne	Professionnels : Mesures post (administré après le 2 ^e jour de formation) Questionnaire d'évaluation sur les déterminants de l'implantation et l'adhésion de la thérapie en ligne	Professionnels* *(résultats descriptifs, aucune analyse statistique pour ces mesures) Attitude positive par rapport à la santé en ligne : - Ils sont en accord avec l'item « La santé en ligne encourage l'autogestion des patients » - Ils sont en désaccord avec l'item « La santé en ligne mine la créativité du thérapeute » Intention d'utiliser : - S'attendent à appliquer (implanter) les acquis de la formation - Se disent motivés à appliquer la thérapie en ligne, telle qu'enseignée - Ont l'intention d'utiliser la TCC en ligne lorsque cela conviendra aux plaintes (besoins) de l'usager Acquisition de connaissances et d'habiletés : - Disent avoir acquis suffisamment de connaissances et d'habiletés sur la TCC en ligne Confiance en leurs compétences pour soutenir les usagers : - Croient que cette thérapie permettra aux usagers de moins souffrir - Se sentent bien quand ils utilisent la thérapie telle qu'enseignée (à l'aise, calmes, relaxes, enthousiastes, ravis)

BIBLIOGRAPHIE

- Albright, G., Adam, C., Goldman, R. et Serri, D. (2013). A Game-Based Simulation Utilizing Virtual Humans to Train Physicians to Screen and Manage the Care of Patients with Mental Health Disorders. *Games Health J*, 2 (5), 269-273. <https://doi.org/10.1089/g4h.2013.0064>
- Amar, C., Verma, J., King, D., MacAusland, D., Harper, T. et Vallis, M. (2016). Self-Management Support in Chronic Care: Practice Implementation Lessons for Healthcare Providers from an Atlantic Collaborative. *Healthc Q*, 18 (4), 49-54. <https://doi.org/10.12927/hcq.2016.24550>
- Barnes, T., Hancock, K. et Dainton, M. (2013). Training nurses to support greater patient engagement in haem dialysis. *J Ren Care*, 39 Suppl 2, 10-18. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2013.12028.x>
- Bender, B. G., Dickinson, P., Rankin, A., Wamboldt, F. S., Zittleman, L. et Westfall, J. M. (2011). The Colorado Asthma Toolkit Program: a practice coaching intervention from the High Plains Research Network. *J Am Board Fam Med*, 24(3), 240-248. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100171>
- 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.
- Colleran, K., Harding, E., Kipp, B. J., Zurawski, A., MacMillan, B., Jelinkova, L., Kalishman, S., Dion, D., Som, D. et Arora, S. (2012). Building capacity to reduce disparities in diabetes: training community health workers using an integrated distance learning model. *Diabetes Educ*, 38(3), 386-396. <https://doi.org/10.1177/0145721712441523>
- 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
- Hains, I., Meyers, J., Sterling, K., Yoo, J., Reddel, H. et Weston, C. (2019). Difficult-to-treat and severe asthma in general practice: delivery and evaluation of an educational program. *BMC Fam Pract*, 20 (1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0991-y>
- Hardy, S., Smart, D., Scanlan, M. et Rogers, S. (2014). Integrating psychological screening into reviews of patients with COPD. *Br J Nurs*, 23(15), 832-836. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.15.832>
- HIQA. (2015). Health technology assessment of chronic disease self-management support intervention. Irlande : Health Information and Quality Authority.

- Hurley, D. A., Keogh, A., Mc Ardle, D., Hall, A. M., Richmond, H., Guerin, S., Magdalinski, T. et Matthews, J. (2019). Evaluation of an E-Learning Training Program to Support Implementation of a Group-Based, Theory-Driven, Self-Management Intervention For Osteoarthritis and Low-Back Pain: Pre-Post Study. *J Med Internet Res*, 21 (3), e11123. <https://doi.org/10.2196/11123>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 (EQLAV). Institut de la statistique du Québec.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Élaboration et adaptation des guides de pratique. 94 p.
- Jansink, R., Braspenning, J., Laurant, M., Keizer, E., Elwyn, G., Weijden, T. et Grol, R. (2013). Minimal improvement of nurses' motivational interviewing skills in routine diabetes care one year after training: a cluster randomized trial. *BMC Fam Pract*, 14, 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-44>
- Jerant, A., Kravitz, R. L., Tancredi, D., Paterniti, D. A., White, L., Baker-Nauman, L., Evans-Dean, D., Villarreal, C., Ried, L., Hudnut, A. et Franks, P. (2016). Training Primary Care Physicians to Employ Self-Efficacy-Enhancing Interviewing Techniques: Randomized Controlled Trial of a Standardized Patient Intervention. *J Gen Intern Med*, 31(7), 716-722. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3644-z>
- Johnston, S., Liddy, C., Mill, K., & 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. <https://doi.org/10.1007/BF03405639>
- Jones, J. M., Papadakos, J., Bennett, C., Blacker, S., Catton, P., Harth, T., Hatton-Bauer, J., McGrath, K., Schwartz, F., Turnbull, G., Walton, T. et Jusko-Friedman, A. (2011). Maximizing your Patient Education Skills (MPES): a multi-site evaluation of an innovative patient education skills training course for oncology health care professionals. *Patient Educ Couns*, 84 (2), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.039>
- Jonkman, N. H. (2016). Self-management interventions for patients with a chronic disease: what works and in whom? (University Medical Center Utrecht, Pays-Bas).
- Kaltman, S. & Tankersley, A. (2020). Teaching Motivational Interviewing to Medical Students: A Systematic Review. *Association of American Medical Colleges*, 95(3), 458-469, <https://doi: 10.1097/ACM.0000000000003011>
- Karvinen, K. H., Balneaves, L., Courneya, K. S., Perry, B., Truant, T. et Vallance, J. (2017). Evaluation of Online Learning Modules for Improving Physical Activity Counseling Skills, Practices, and Knowledge of Oncology Nurses. *Oncol Nurs Forum*, 44(6), 729-738. <https://doi.org/10.1188/17.Onf.729-738>
- Keeley, R. D., Burke, B. L., Brody, D., Dimidjian, S., Engel, M., Emsermann, C., deGruy, F., Thomas, M., Moralez, E., Koester, S. et Kaplan, J. (2014). Training to use motivational interviewing techniques for depression: a cluster randomized trial. *J Am Board Fam Med*, 27 (5), 621-636. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.130324>
- Keogh, A., Matthews, J., Segurado, R. et Hurley, D. A. (2018). Feasibility of Training Physical Therapists to Deliver the Theory-Based Self-Management of Osteoarthritis and Low Back Pain Through Activity and Skills (SOLAS) Intervention Within a Trial. *Phys Ther*, 98 (2), 95-107. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzx105>
- 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>

- Kosmala-Anderson, J. P., Wallace, L. M. et Turner, A. (2010). Confidence matters : a Self-Determination Theory study of factors determining engagement in self-management support practices of UK clinicians. *Psychol Health Med*, 15 (4), 478-491. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.487104>
- 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
- Latter, S., Sibley, A., Skinner, T. C., Cradock, S., Zinken, K. M., Lussier, M. T., Richard, C. et Roberge, D. (2010). The impact of an intervention for nurse prescribers on consultations to promote patient medicine-taking in diabetes: a mixed methods study. *Int J Nurs Stud*, 47 (9), 1126-1138. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.004>
- Magill, N., Graves, H., de Zoysa, N., Winkley, K., Amiel, S., Shuttlewood, E., Landau, S. et Ismail, K. (2018). Assessing treatment fidelity and contamination in a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing and cognitive behavioural therapy skills in type 2 diabetes. *BMC Fam Pract*, 19 (1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0742-5>
- Mahoney, B., Walklet, E., Bradley, E. et O'Hickey, S. (2019). Improving adrenaline autoinjector adherence: A psychologically informed training for healthcare professionals. *Immun Inflamm Dis*, 7 (3), 214-228. <https://doi.org/10.1002/iid3.264>
- Mahramus, T., Penoyer, D. A., Frewin, S., Chamberlain, L., Wilson, D. et Sole, M. L. (2014). Assessment of an educational intervention on nurses' knowledge and retention of heart failure self-care principles and the Teach Back method. *Heart Lung*, 43(3), 204-212. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.012>
- Maissi, E., Ridge, K., Treasure, J., Chalder, T., Roche, S., Bartlett, J., Schmidt, U., Thomas, S. et Ismail, K. (2011, Aug). Nurse-led psychological interventions to improve diabetes control: assessing competencies. *Patient Educ Couns*, 84 (2), e37-43. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.036>
- 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.
- Nessen, T., Opava, C. H. et Demmelmaier, I. (2018). Physiotherapists' Adoption of a Theory-Based Skills Training Program in Guiding People with Rheumatoid Arthritis to Health-Enhancing Physical Activity. *Int J Behav Med*, 25(4), 438-447. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9716-1>
- OMS (2019). Maladies chroniques. Repéré le 30 mai 2019 à 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

- Robling, M., McNamara, R., Bennert, K., Butler, C. C., Channon, S., Cohen, D., Crowne, E., Hambly, H., Hawthorne, K., Hood, K., Longo, M., Lowes, L., Pickles, T., Playle, R., Rollnick, S., Thomas-Jones, E. et Gregory, J. W. (2012). The effect of the Talking Diabetes consulting skills intervention on glycaemic control and quality of life in children with type 1 diabetes: cluster randomised controlled trial (DEPICTED study). *Bmj*, 344, e2359. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2359>
- Roman-Rodriguez, M., Ibarrola-Ruiz, L., Mora, F., Plaza, V., Sastre, J., Torrego, A., Vega, J. M. et Sanchez-Herrero, G. (2017). Motivational interviewing for adherence: post-training attitudes and perceptions of physicians who treat asthma patients. *Patient Prefer Adherence*, 11, 811-820. <https://doi.org/10.2147/ppa.S127645>
- Russell, S., Ogunbayo, O., Newham, J., Heslop-Marshall, K., Netts, P., Hanratty, B., Beyer, F., 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
- Shah, S., Sawyer, S. M., Toelle, B. G., Mellis, C. M., Peat, J. K., Lagleva, M., Usherwood, T. P. et Jenkins, C. R. (2011). Improving paediatric asthma outcomes in primary health care: a randomised controlled trial. *Med J Aust*, 195 (7), 405-409. <https://doi.org/10.5694/mja10.11422>
- 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 Whittmore, 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
- 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
- Swanson, V., Gold, A. et Keen, A. (2011). 'Doing Diabetes' : an evaluation of communication skills and behaviour change training for health professionals. *Practical Diabetes International*, 28(3), 119-123a. <https://doi.org/10.1002/pdi.1573>
- 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*.
- Terpstra, J. A., van der Vaart, R., Spillekom-van Koulil, S., van Dam, A., Rosmalen, J. G. M., Knoop, H., van Middendorp, H. et Evers, A. W. M. (2018). Becoming an eCoach: Training therapists in online cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Patient Educ Couns*, 101, 1702-1707. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.03.029>

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

