

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

2015 TOU3 1011

THÈSE

**POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 03 NOVEMBRE 2015

PAR

LINCK Lionel

**PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE
EN SOINS PRIMAIRES**

**Quelles sont les compétences et les populations cibles attendues en
médecine générale ? Une revue de la littérature**

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur BOURGEOIS Odile

JURY

Monsieur le Professeur ARLET Philippe, Président

Monsieur le Professeur RITZ Patrick, Assesseur

Monsieur le Docteur BISMUTH Michel, Assesseur

Madame le Docteur BOURGEOIS Odile, Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE S. Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE S. F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE J.L.
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY J.J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur J.L. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHE S.
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE D.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. GARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addic
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Forct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLE D. F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURR-BIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECHAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREELW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. GAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

Au Professeur Arlet, pour vos encouragements, votre disponibilité, et votre soutien dans la dernière ligne droite.

Au Dr Bourgeois, pour avoir accepté la direction de ma thèse, pour m'avoir accompagné tout au long de ce travail, pour ses conseils et ses précieuses corrections qui ont apporté à ce travail la rigueur qui lui faisait défaut.

Au Pr Ritz et au Dr Bismuth, merci pour votre aimable participation.

Au Dr Phillips, pour son aide dans l'élaboration de l'équation de recherche Medline, et pour ses conseils rédactionnels.

A mes parents, pour leur amour, leur soutien indéfectible et leurs valeurs. Merci d'être qui vous êtes, et malgré vos différences, d'avoir toujours su rester là pour nous.

A Grande Sœur, pour ton écoute, tes conseils avisés, pour ces merveilleux souvenirs de vacances à Paris, puis à Caen et toutes ces années où tu as chouchouté ton petit frère.

A Grand Frère, pour ces soirées qui m'ont aidé à décompresser lors de mes premières années de médecine, pour son anticonformisme rafraichissant, et son esprit d'aventure contagieux.

Au Dr Lombard, pour sa confiance, son écoute, son aide et ses conseils sans lesquels la fin de ce travail aurait été bien plus compliquée.

Au Dr Duran, pour sa confiance, son soutien et ses éclats de rire qui égayaient le cabinet.

Au Dr Méquignon, pour son énergie, son soutien, sa confiance, et ses croissants.

A mes grands pères, tous deux partis cette année : Bon Papa, pour son amour et ses valeurs. Et Jean Michel pour son génie inventif, son humour décalé, et son sourire. Vous me manquez.

Et bien sûr à la Choups avec qui j'ai partagé ces longues années de thèse, merci pour tes encouragements, ta spontanéité, ton amour, ta pétillance, merci d'être cette personne si exceptionnelle avec qui je compte bien finir mes jours.

L'écriture d'une thèse est un périple tumultueux qui marque à jamais l'aventurier téméraire qui ose l'arpenter. Il m'est arrivé plus d'une fois de me sentir perdu, découragé, oppressé par ce dédale escarpé dont je ne voyais plus le bout. Cependant, dans les moments les plus durs, j'ai toujours pu retrouver la foi en contemplant ce fil d'Ariane tissé par chacun d'entre vous, et qui n'a jamais quitté le creux de mes mains. Merci d'y avoir mis tant d'énergie, d'encouragements, d'amour et de sacrifices. Ce fil me rappelle encore aujourd'hui que je ne suis pas seul, que vous comptez sur moi, et que vous serez toujours là. Merci donc encore une fois pour cette aide précieuse qui m'a permis après moult péripéties, de devenir celui qui survit à l'épreuve du Labyrinthe.

Table des matières

page :

1. INTRODUCTION	1
2. MOYENS ET METHODE	3
2.1.Mise en place de la méthode	3
2.2.Critères de sélection (PICOS)	3
2.2.1. Patients/population	4
2.2.2. Intervention	4
2.2.3. Comparateurs	4
2.2.4. Objets	5
2.2.5. Séries incluses	5
2.3.Stratégie de recherche	5
2.3.1. Type d'étude	5
2.3.2. Equation de recherche	5
2.4.Recueil de données	6
2.4.1. Méthode de recueil des données	6
2.4.2. Natures des données recueillies	7
3. RESULTATS	8
3.1.Tri des articles	8
3.2.Nature et détail des programmes	9
3.2.1. Par pathologie	9
3.2.2. Par compétence visée	12
4. DISCUSSION	14
4.1. Biais	14
4.2.Analyse des résultats	15
4.2.1. Résultat principal	15
4.2.2. Pathologies	16
4.2.3. Compétences visées	21
4.3.Perspectives	26
4.3.1. Freins rencontrés par l'ETP de proximité	26
4.3.2. La place du généraliste	26
4.3.3. Perspectives de recherche	27
5. CONCLUSION	28
6. BIBLIOGRAPHIE	
7. ANNEXES	

Liste des abréviations

AIT :	Accident ischémique transitoire
AOMI :	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ARS :	Agence régionale de santé
AVC :	Accident vasculaire cérébral
DNID :	Diabète non insulino-dépendant
ETP :	éducation thérapeutique du patient
HAS :	Haute autorité de santé
HTA :	Hypertension artérielle
IDE :	Infirmière diplômée d'état
IMC :	Indice de masse corporelle
MG :	Médecin généraliste
OMS :	Organisation mondiale de la santé

1. INTRODUCTION

1.1. Résumé

Objectif :

Analyser les compétences visées et les critères d'inclusion des populations au sein des programmes d'ETP en soins primaires mis en place dans le domaine des maladies chroniques ayant un retentissement sur le plan cardio-vasculaire

Matériel et méthode :

Une revue de la littérature a été réalisée sur les bases MedLine et EMBase de 2004 à 2014. Tous les articles décrivant des programmes ambulatoires d'ETP ciblant des pathologies à retentissement cardio-vasculaire (Diabète, HTA, Cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque, AOMI, AVC/AIT, Obésité) et répondant aux critères définis par l'OMS ont été inclus. Les critères de jugement principaux étaient la nature des pathologies et les compétences visées développés dans ces programmes.

Résultats :

86 programmes d'ETP ont été inclus et étudiés. Le diabète était la pathologie la plus représentée avec 49 programmes, suivie par l'HTA concernée par 25 programmes. Toutes les pathologies étudiées ont été incluses au moins 3 fois dans des programmes dits pluri-pathologie. Nous avons retrouvé 68 programmes mono-pathologie et 18 programmes pluri-pathologies. Les domaines de compétences visées les plus souvent développés étaient l'équilibre alimentaire (90% des programmes) et la pratique d'une activité physique (89%). L'observance médicamenteuse, le sevrage tabagique ont également été retrouvés quels que soient le nombre et la nature des pathologies.

Conclusion :

Des programmes d'ETP originaux qualifiés de « pluri-pathologie » ont été mis en évidence, ceux-ci incluent des patients porteurs de plusieurs pathologies et leurs compétences visées sont transversales et transposables d'une pathologie à l'autre. Développer ces programmes devrait faciliter la mise en place de l'ETP en soins primaires.

1.2. L'ETP ambulatoire

Le concept d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) a été défini par l'OMS en 1998(1), et repris par la HAS en 2007(2). Depuis lors, de nombreux pays ont expérimenté diverses formes de programmes, en particulier dans le monde Anglo-saxon où l'ETP connaît un véritable essor.

En 2007, en France, la plupart des programmes d'ETP se concentraient dans des structures hospitalières(3). Quelques programmes ambulatoires commençaient à voir le jour, essentiellement au sein de maisons de santé, cependant, en 2012, ceux-ci ne ciblaient chacun qu'une seule pathologie.(4)

Le 22 Juillet 2009 L'assemblée nationale et le sénat ont adopté la loi dite HPST, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires. Cette loi introduit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le code de santé publique et désigne les Agences Régionales de Santé (ARS) comme responsables du contrôle et de la mise en œuvre des programmes d'ETP au niveau local. Son développement est une priorité de santé publique.(5)

Depuis 2012, en application de cette loi, Les ARS lancent de façon annuelle des appels à projet. C'est par exemple le cas de l'ARS midi Pyrénées qui souhaite donner la priorité aux programmes ambulatoires de proximité ayant trait à la prise en charge des diabétiques, des obèses, des porteurs de maladies cardio-vasculaires ou respiratoires.(6) Se calquant sur les recommandations HAS de Juin 2007, les ARS préconisent par ailleurs que les programmes comprennent(2) :

- Un diagnostic éducatif,
- Un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage,
- La planification et la mise en œuvre de séances individuelles et/ou collectives,
- Une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme.

L'ETP est une discipline relativement récente et il n'existe aucun travail synthétisant les critères de recrutement des patients aux divers programmes. On ne connaît pas non plus les compétences visées des séances d'apprentissage de ces programmes. Il est possible que différents modes de recrutement existent, et que selon ces modes, différentes compétences visées soient mises en place.

L'hypothèse de ce travail est que la plupart des populations recrutées dans les programmes d'ETP présentent une seule pathologie, et que les compétences visées de ces programmes sont choisies d'emblée, fixes et redondantes. Cependant, des programmes incluant des patients souffrant de plusieurs pathologies différentes doivent exister, et pour des raisons de recrutement et d'accessibilité, ils sont probablement mieux adaptés à la médecine de proximité.

L'objectif de ce travail est d'analyser les compétences visées et les critères d'inclusion des populations au sein des programmes d'ETP en soins primaires mis en place dans le domaine des maladies chroniques ayant un retentissement sur le plan cardio-vasculaire.

2. MOYENS ET METHODE

2.1. Mise en place de la méthode

Nous avons convenu de réaliser une revue de littérature afin de collecter un maximum de programmes d'ETP ambulatoires différents, et avoir ainsi un échantillon riche à étudier afin d'essayer de dégager à la fois les spécificités et les tendances des critères d'inclusion et des compétences visées des programmes d'ETP.

Deux revues de la base Medline ont été réalisées dans un premier temps, ce qui m'a permis de progresser sur le plan méthodologique, dans la collecte des résultats, la manipulation des outils et l'élaboration des équations de recherche cependant celles-ci étaient incomplètes et perfectibles, et les articles retrouvés ne correspondaient pas tout à fait aux pathologies ciblées en matière d'ETP par les ARS. Les objectifs ont donc été revus, et une troisième revue a été réalisée. C'est celle-ci qui est présentée dans le travail suivant.

L'élaboration de cette troisième et dernière revue s'est basée sur la check list d'évaluation Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research : the ENTREQ statement(7) et sa traduction(8) pour optimiser la validité de mes résultats, et sur la liste PRISMA(9) pour m'aider sur la rédaction. Une fois le travail achevé, la méthodologie de la revue a été évaluée sur la check list AMSTAR(10) comme préconisées par l'article de e-Respect paru entre temps, qui porte sur la méthodologie des revues de littérature(11)

2.2. Critères de sélection (PICOS)

2.2.1. Patients/population

Critères d'inclusion :

- Adultes
- de tous pays et de toutes origines
- inclus dans des programmes d'éducation thérapeutique
- souffrant d'au moins une des pathologies étudiées, c'est-à-dire :
 - Diabète de type 1 et de type 2
 - HTA
 - Coronaropathies
 - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)
 - Accident vasculaire cérébral (AVC) et accident ischémique transitoire (AIT)
 - Insuffisance cardiaque
 - Cardiopathie ischémique
 - Obésité morbide (IMC>30)

2.2.2. Intervention

Critères d'inclusion :

- Programmes d'ETP respectant la structure définie par la HAS et l'OMS, soit :
 - Un diagnostic éducatif
 - Un programme personnalisé d'ETP
 - Des ateliers dédiés avec séances individuelles ou collectives
 - Une évaluation des compétences
- Issus d'articles Francophones ou Anglophones
- Publiés entre 2004 et 2014
- Ayant lieu sur le terrain des soins primaires, donc extrahospitaliers et ambulatoires

Critères d'exclusion :

- Tout programme dit « d'accompagnement » (basé sur un support essentiellement virtuel et ne correspondant pas à la définition d'ETP : mail, vidéo, téléphone, fax, audio, télémédecine, courrier)
- Tout programme dirigé par une structure non ambulatoire

2.2.3. Compérateurs

Cette revue est une première dans son domaine, et ne peut être comparée à des études similaires, cependant il peut être intéressant de la comparer aux travaux suivants :

- « L'éducation du patient à domicile : une revue de la littérature »(4) qui s'intéresse aux programmes d'ETP menés directement au domicile du patient.
- « Le développement de l'ETP en France, politiques publiques et offres de soins »(3) Qui décrit les différentes structures proposant de l'ETP sur le territoire.

2.2.4. Objets

- Critères principaux de jugement :
 - Compétences visées développées dans les programmes
 - Nature des pathologies incluses
- Autres données recueillies :
 - Professionnels impliqués
 - Année de l'étude
 - Pays d'origine
 - Caractéristiques de la population
 - Caractéristiques de l'étude (date, année, pays, référence)

2.2.5. Séries incluses

- Toutes les études décrivant en détail un programme d'ETP et satisfaisant les critères précédents ont été incluses.

2.3.Stratégie de recherche

2.3.1. Type d'étude

Revue de la littérature sur Medline et EMBase de type *méta-study*.

- Première (et principale) recherche sur MedLine via PubMed avec recherche de tous les articles en anglais et en français parus entre le 01/01/2004 et le 31/12/2014 dans lesquels sont décrits des programmes d'ETP ambulatoires mis en place dans le domaine des maladies ayant un retentissement sur le plan cardio-vasculaire.

Le choix de la base MedLine était motivé par l'objectif de retrouver un maximum de programmes d'ETP ambulatoires, et d'englober dans le panel de recherche les pays où l'ETP semble bien développée.

- Seconde revue sur EMBase via le moteur de recherche Elsevier avec mots clefs en Français sur les mêmes critères de date.

Le choix de EMBase a été motivé suite à l'analyse des résultats de la revue MedLine par le besoin de retrouver davantage d'articles Européens, et surtout Français répondant aux critères de la revue.

- Puis comparaison des compétences à acquérir pour les principales compétences visées (activité physique, équilibre alimentaire, observance, arrêt du tabac) en fonction des recommandations en premier lieu de la HAS et si elles n'existent pas, des sociétés américaines de référence.

2.3.2. Equation de recherche

Elles ont été découpées en trois parties :

- La première cible les pathologies répondant aux objectifs de recherche
- La seconde cible l'éducation thérapeutique
- La dernière cible le domaine ambulatoire

2.3.2.1. Sur Medline

```
((diabetes mellitus[MeSH Terms])
OR (cardiovascular diseases[MeSH Terms])
OR (obesity[MeSH Terms]))

AND

(patient education as topic[MeSH Terms])

AND

((primary health care[MeSH Terms])
OR (ambulatory care[MeSH Terms])
OR (home care services[MeSH Terms])
OR (general practice[MeSH Terms])
OR (rural health services[MeSH Terms]))
```

2.3.2.2. Sur EMBase

```
Diab*
Obes*
cardio*

+(education thérapeutique)

+ambulatoire
```

2.4. Recueil de données

2.4.1. Méthode de tri et de recueil

- Premier tri par lecture d'abstract.
Recueil des articles sélectionnés à l'aide de l'outil Zotero.
- Second tri par lecture d'article.
Collecte des données dans un tableur Excel pour les articles sélectionnés.

Lors de chaque tri les causes d'exclusion des articles ont été reportées dans un tableur Excel.

2.4.2. Nature des données recueillies

La collecte des données a été faite de façon inductive.

2.4.2.1. Article/populations :

- Titre
- Année de publication
- Pays de l'étude
- Age min/max
- Spécificités (texte libre)

2.4.2.2. Pathologies d'inclusion :

- Nombre et type des pathologies*
- Diabète de type 1 et 2
- Diabète de type 1
- Diabète de Type 2
- HTA
- AVC/AIT
- AOMI
- Cardiopathie ischémique
- Insuffisance cardiaque
- Obésité
- Autres (texte libre)

* L'association dans une étude du diabète de type 1 + Diabète de type 2 n'a pas été compté comme un critère pluri-pathologie. Toutes les autres associations de pathologies l'ont été.

2.4.2.3. Domaines des compétences visées :

- Équilibre alimentaire
- Activité physique
- Observance médicamenteuse
- Sevrage tabagique
- Hygiène corporelle
- Autres (texte libre)

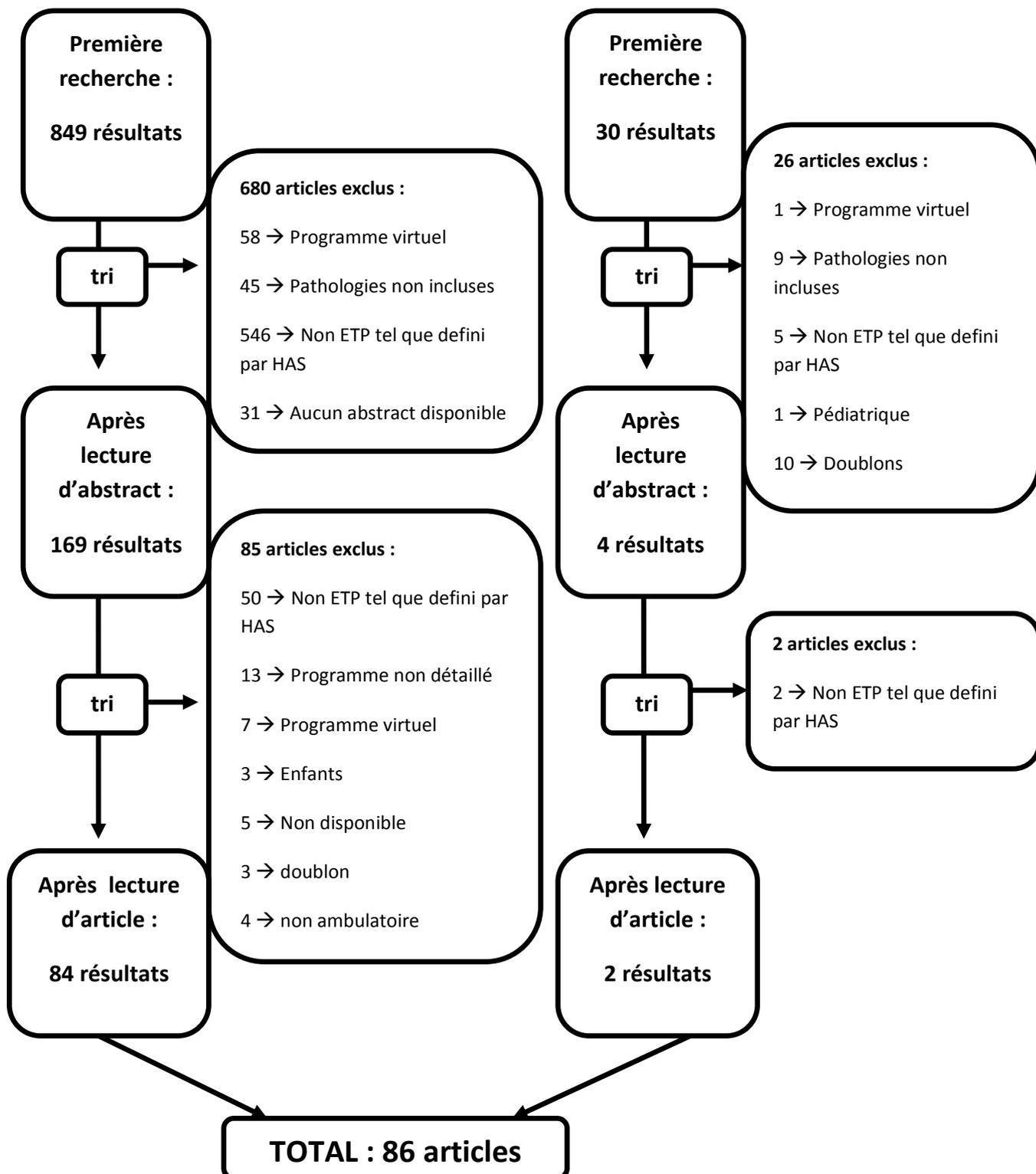
2.4.2.4. Professionnels impliqués :

- Médecins généralistes
- Spécialistes
- Infirmières
- Kinés
- Diététiciens
- Pharmaciens
- Autres (texte libre)
- Pluridisciplinaire

3. RESULTATS

3.1.Tri des articles

Tableau 1 : Processus de sélection des articles

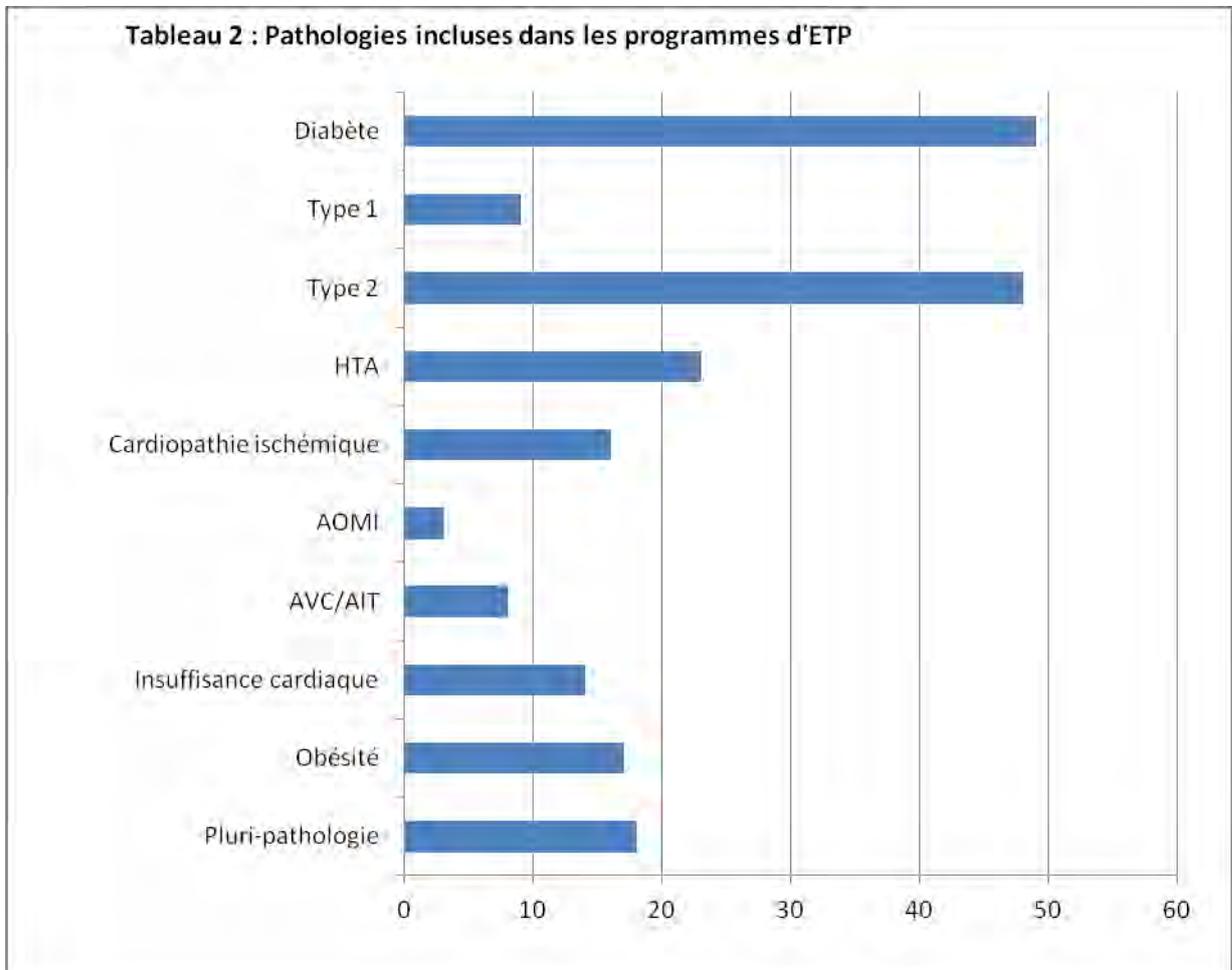


Les doublons retrouvés étaient pour la revue EMBase des programmes précédemment décrits dans des articles déjà inclus, et pour la revue Medline des articles signalés par Zotero comme faisant partie des 849 articles inclus dans le premier tri EMBase.

3.2. Nature et détail des programmes

3.2.1. Par pathologie

3.2.1.1. Détail des pathologies incluses



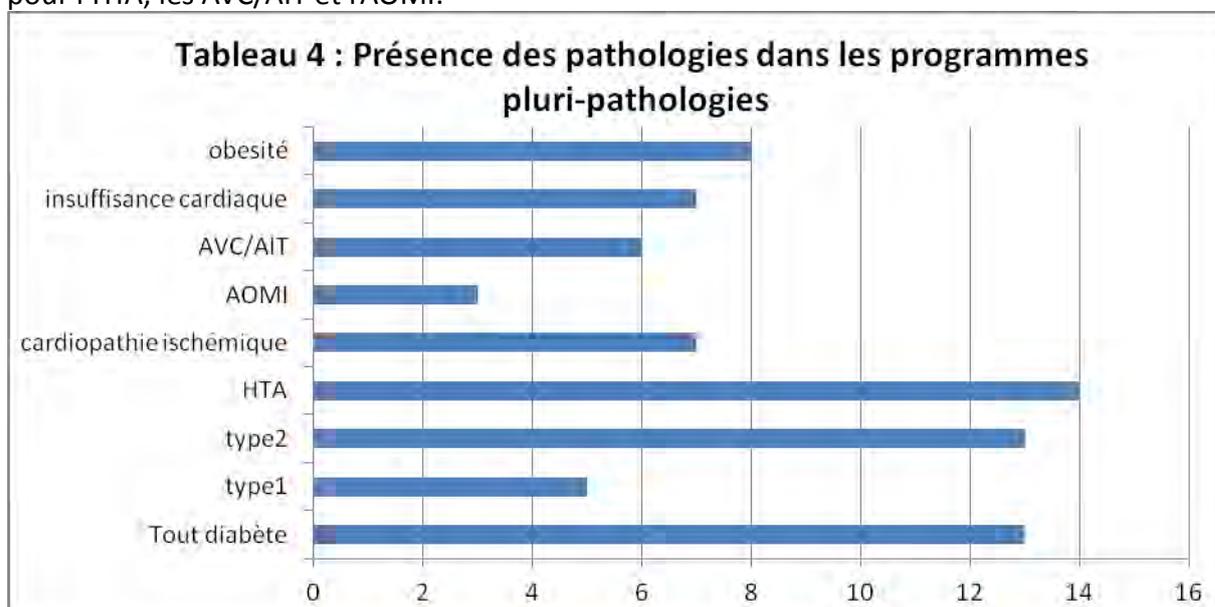
Le diabète de type 2 est concerné par 47 programmes d'ETP ambulatoires et est associé pour 7 programmes avec le diabète de type 1. Un seul programme concerne le diabète de type 1 sans y associer le diabète de type 2. Le diabète est la pathologie la plus fréquemment retrouvée dans les programmes d'ETP suivie ensuite par l'HTA, l'obésité morbide, les cardiopathies ischémiques puis l'insuffisance cardiaque.

En plus de ces pathologies, 10 programmes incluent les patients sur leurs facteurs de risque : *Dyslipidémie et tabagisme*. Il s'agit pour 8 d'entre eux de programmes pluri-pathologie, et pour l'un d'entre eux d'un programme axé sur le diabète de type 2 et pour l'autre d'un programme sur l'HTA. Deux de ces programmes pluri-pathologie recrutent des fumeurs en plus des dyslipidémiques.

Tableau 3 : Fréquence de représentation de chaque pathologie en fonction du caractère mono ou pluri-pathologie des programmes

Pathologie	Programme pluri pathologie	Programme mono pathologie	TOTAL
Diabète 1+2	14 (28.6%)	35 (71.4%)	49 (100%)
Diabète de type 1	6 (66.7%)	3 (33.3%)	9 (100%)
Diabète de type 2	14 (29.2%)	34 (70.8%)	48 (100%)
HTA	15 (65.2%)	8 (34.8%)	23 (100%)
cardiopathie ischémique	8 (50%)	8 (50%)	16 (100%)
AOMI	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)
AVC/AIT	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)
insuffisance cardiaque	8 (53.3%)	7 (46.7%)	15 (100%)
obésité	9 (52.9%)	8 (47.1%)	17 (100%)
TOTAL	18 (20.9%)	68 (79.1%)	86 (100%)

Les programmes pluri pathologie représentent 1/5^e du total des programmes, cependant si on regarde la répartition des pathologies dans le détail, on s'aperçoit que seul le diabète est majoritairement présent au sein de programmes mono pathologie, pour les autres pathologies la répartition est soit équitable pour l'obésité, les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque , soit nettement en faveur des programmes pluri pathologie pour l'HTA, les AVC/AIT et l'AOMI.



3.2.1.2. Détail des programmes pluri-pathologie :

Toutes les pathologies étudiées se retrouvent dans des programmes pluri-pathologies. L'hypertension artérielle est la maladie la plus souvent retrouvée au sein de ces derniers, suivie de près par le diabète de type 2.

Aucun programme ambulatoire concernant uniquement l'AOMI n'a été retrouvé, celle-ci a toujours été associée à des programmes pluri-pathologie recrutant au minimum de façon concomitante des diabétiques de type 2, des hypertendus, des insuffisants cardiaques, des personnes ayant des antécédents d'AVC/AIT et des personnes souffrant de cardiopathies ischémiques.

Tableau 5 : Association des pathologies entre elles au sein des programmes pluripathologie

Ce tableau permet de voir pour une pathologie donnée (colonne) quelles pathologies lui sont associées au sein des programmes pluri pathologie (lignes)

Ex : parmi les 14 programmes pluri-pathologie comprenant des diabétiques 13 comprennent des hypertendus, 6 des patients souffrant de cardiopathie ischémique...

Pathologies associées	Diabète 1 et 2	HTA	cardiopathie ischémique	AOMI	AVC/AIT	insuffisance cardiaque	obésité
TOTAL	14	15	8	3	6	8	9
Diabète 1 et 2		13	6	3	5	6	7
HTA	13		5	3	5	5	9
cardiopathie ischémique	6	5		3	5	8	4
AOMI	3	3	3		3	3	2
AVC/AIT	5	5	5	3		5	4
insuffisance cardiaque	6	5	8	3	5		4
obésité	7	9	4	2	4	4	

Tableau 6 : Nombre de pathologies incluses dans les programmes pluri pathologie

Nombre de pathologies	Nombre de programmes
2	6
3	7
4	0
5	2
6	1
7 et +	2

Le nombre moyen de pathologies incluses au sein des programmes pluri-pathologie est de 3, cependant la répartition de celles-ci n'est pas homogène comme le montre le tableau suivant. On distingue deux groupes de programmes : des programmes pluri pathologie ciblés visant moins de 3 pathologies, et des programmes pluri pathologie plus étendus avec au moins 5 pathologies incluses simultanément.

Un programme pluri-pathologie Français datant de 2007 a été retrouvé (le réseau RivaRance), celui-ci associait HTA, cardiopathie ischémique, diabète (Type 1 et 2) obésité et dyslipidémie. Il était mené par des cardiologues de ville, des infirmières et des diététiciens. Les généralistes intervenaient au moment du recrutement mais pas sur les ateliers.

3.2.2. Par compétence visée

3.2.2.1. En fonction du caractère mono/pluri pathologie

Tableau 7 : Répartition des domaines de compétences visées en fonction du programme et de son caractère mono ou pluri pathologie

	Mono-pathologie	Pluri-pathologie	Tous programmes
Activité physique	30.9% (n=59)	34.0% (n=18)	32.2% (n=77)
Équilibre alimentaire	31.6% (n=60)	34.0% (n=18)	32.6% (n=78)
Observance médic.	24.2% (n=46)	13.2% (n=7)	21.3% (n=51)
Hygiène corporelle	4.2% (n=8)	1.9% (n=1)	3.8% (n=9)
Sevrage tabac	6.8% (n=13)	17% (n=9)	9.2% (n=22)
Nombre total d'ateliers	100% (n=186)	100% (n=53)	100% (n=239)
Nombre moyen d'ateliers par programme	2.8	3.1	2.9

3.2.2.2. En fonction des pathologies

La pratique d'une activité physique et l'équilibre alimentaire sont les domaines de compétences visées les plus fréquemment rencontrés, avec une présence dans 90 % des programmes d'ETP toute pathologie confondue. Une proportion du même ordre est constatable au sein des programmes pluri-pathologie.

« Savoir gérer son traitement » (observance médicamenteuse) est une compétence visée plus fréquemment retrouvée dans les programmes mono-pathologie (64%) que dans les programmes pluri-pathologie (41%).

Inversement, les compétences liées au sevrage tabagique sont plus fréquemment retrouvées dans les programmes pluri-pathologie (41%) que dans les programmes mono-pathologie (22%).

Tableau 8 : Répartition des domaines de compétences visées par pathologie sur le total des programmes

	Tout diabète	type1	type2	HTA	cardiop isch	AOMI	AVC/AIT	Insuff cardiaq	obésité
activité physique	89.6%	88.9%	87.5%	100%	93.8%	100%	100%	80%	100%
Équilibre alimentaire	93.8%	100%	91.7%	95.7%	87.5%	100%	100%	86.7%	100%
Observance	62.5%	66.7%	60.4%	43.5%	62.5%	66.7%	50%	73.3%	23.5%
hygiène corporelle	18.8%	0%	18.8%	4.3%	0%	0%	0%	0%	0%
sevrage tabac	28.6%	44.4%	29.2%	39.1%	62.5%	66.7%	62.5%	33.3%	23.5%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

D'autres compétences visées avec atelier spécifiquement dédié ont été retrouvées avec une faible présence (moins de 5% des programmes) :

- Savoir parler aux autres de sa maladie (un programme pluri-pathologie comprenant toutes les maladies étudiées)
- Entretenir ou améliorer sa vie sexuelle (un programme mono-pathologie ciblant les cardiopathies ischémiques)
- Atelier loisir où les participants échangent sur des compétences visées sans rapport avec leur maladie (un programme monopathologie ciblant le DNID)

Tableau 9 : domaine des compétences visées des programmes pluri-pathologie

Activité physique	Equilibre alimentaire	Observance	Sevrage tabac	Hygiène corporelle
18	18	7	9	1

4. DISCUSSION

4.1. Biais

L'évaluation de la méthodologie sur la check list AMSTAR retrouve un score à 6/11 avec deux items non applicables(10). Les points positifs mis en avant sont le fait que les critères principaux ont été déterminés à priori pour la revue de littérature, qu'aucun article n'ait été exclu pour des raisons de forme, que les caractéristiques annexes des études aient été recueillies (pays, dates, âge des populations...), et que le travail ait porté sur deux bases de données différentes.

Cette check list met en évidence trois écueils :

- J'ai été seul à faire le tri des articles, il y a donc un biais de sélection possible lors de la revue. Certains programmes ont pu être oubliés ou non sélectionnés, et d'autres ont pu être inclus à tort. Il aurait fallu au moins un deuxième auteur pour confronter les choix des articles, débattre de ceux qui n'ont pas été sélectionnés par les deux partis simultanément et déterminer un coefficient d'accord inter-juge.
- La qualité des programmes d'ETP sélectionnés n'a pas été évaluée, et les résultats des études les concernant n'ont pas été retenus. Il se peut donc que certains programmes inclus aient permis de conclure que certaines compétences visées ou certaines pathologies sont compatibles entre elles alors que le programme a été inefficace à cause d'une incompatibilité de pathologie ou de certaines compétences visées trop spécifiques.
- La liste exacte des articles inclus est disponible dans les annexes, cependant la liste des articles exclus doit être extraite de la base de données manuellement, ce qui complique le contrôle des données recueillies.

Par ailleurs, le peu de programmes francophones retrouvés peut sans doute être en partie expliqué par un biais de publication : la recherche en médecine générale est une discipline assez récente en France, et les médecins libéraux du secteur de soins primaires n'ont pas encore le réflexe de publier le compte-rendu des programmes qu'ils entreprennent sur des bases de données internationales. On voit par exemple, sur le site de l'ARS qu'il existe plusieurs dizaines de programmes extra hospitaliers autorisés en 2014 sur midi Pyrénées, menés tantôt par des maisons de santé, tantôt par des associations de patients, des centres mutualistes ou des caisses d'assurance maladie.(12) Ceux-ci n'ont pas été retrouvés lors de la revue.

Nous avons choisi d'effectuer la collecte de données concernant les compétences visées en ciblant les domaines de compétences car le détail précis des compétences

visées était rarement disponible lors de la lecture des articles décrivant les programmes, et le faible nombre d'article les consignant n'aurait pas permis d'exploiter les données correctement.

On notera également que le choix des pathologies concernées aurait pu être beaucoup plus large, et aurait pu inclure les pathologies respiratoires (asthme et BPCO) pour être calqué sur les pathologies ciblées par les ARS dans le domaine de l'ETP ambulatoire, mais aurait également pu être encore plus large et s'intéresser à tous les domaines concernés par l'ETP (dont l'addictologie, la psychiatrie, les maladies infectieuses chroniques telles que VIH et VHC, l'insuffisance rénale...).

Ce choix a été restreint afin de mettre en évidence plus facilement des compatibilités. En effet, il n'existait pas d'étude permettant d'anticiper les résultats observés et en visant trop large, il existait un risque de se retrouver avec une trop grande dispersion de données ne permettant pas de révéler ces compatibilités.

Ces choix ont été guidés par les deux revues de littérature précédentes, dont les résultats n'ont pas été consignés. Les équations de recherche avaient été mal définies, et ne correspondaient pas aux pathologies ciblées par les objectifs. Cependant celles-ci m'ont permis d'affiner les critères de l'équation de la troisième recherche, et de collecter les données de façon inductive.

4.2. Résultats

4.2.1. Résultat principal

Ce travail nous a permis de comparer au sein d'un pool de programmes d'ETP les compétences visées ainsi que le nombre et de la nature des pathologies concernés pour chaque programme. Nous avons pu identifier des programmes incluant plusieurs pathologies simultanément.

Par ailleurs, nous avons observé que les domaines de compétences principaux (l'équilibre alimentaire, la pratique d'une activité physique régulière, l'observance médicamenteuse et le sevrage tabagique) cohabitent souvent au sein d'un même programme. Les différences des objectifs des compétences à acquérir ne semblent pas constituer un obstacle à la réalisation de ces programmes.

4.2.2. Pathologies

4.2.2.1. Vocables qualifiant les pathologies lors de leur inclusion :

Les vocables retrouvés ayant conduit à une inclusion étaient les suivants :

- Diabète, diabétiques, diabète de type 1/type 2, diabète non insulino dépendant
- HTA, Hypertension artérielle, hypertendus
- Insuffisance cardiaque
- Cardiopathie ischémique : coronaropathie, infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral / Accident ischémique transitoire
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- Obésité morbide (ou si mention de IMC>30)

Ces pathologies étaient citées nominativement en tant que critère d'inclusion pour les programmes mono-pathologie.

Pour les programmes pluri-pathologie, celles-ci étaient également citées nominativement sauf pour un programme Italien qui avait les critères suivants : « maladie cardio-vasculaire et/ou diabète et/ou insuffisance cardiaque et/ou à risque élevé de maladie cardio-vasculaire »(13) Et un programme Néerlandais qui avait les critères suivants : « Diabétiques de type 2 et/ou maladie cardio-vasculaire »(14) Dans les deux cas le terme « maladie cardio-vasculaire » englobait à la fois les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque, les AVC/AIT et les AOMI.

Lorsque ces pathologies étaient citées comme comorbidités, mais ne faisaient pas partie des critères d'inclusion définis dans le programmes, elles n'ont pas été comptabilisées.

4.2.2.2. Le Diabète

La pathologie la plus fréquemment retrouvée au sein des programmes était le diabète (concernée par 57% des programmes), ce qui peut s'expliquer par la prévalence relativement élevée de cette pathologie (4.4% de la population en 2010)(15), le caractère complexe de la mise en œuvre des traitements et de la surveillance, ainsi que par l'importance du maintien de mesures hygiéno-diététiques adéquates(16). Ces facteurs en font un candidat de choix pour l'éducation thérapeutique, d'autant plus que le diabète potentialise les autres facteurs de risque cardio-vasculaires(17).

Ce travail montre une nette différence entre diabète de type 1 (9 programmes) et diabète de type 2 (48 programmes). Cela peut sembler surprenant au premier abord car leurs objectifs sur les compétences visées étudiées semblent superposables, cependant le

diabète de type 1 est en général pris en charge initialement à l'hôpital, et l'ETP est donc débutée sur place. De plus les diabétiques de type 1 nécessitent des compétences en matière de traitement (dosage et injection d'insuline) ainsi qu'en matière de surveillance (glycémie capillaire) très spécifiques d'emblée. Des précautions rigoureuses sont à prendre pour prévenir l'hypoglycémie sur l'activité physique, et le suivi du régime. Les programmes des diabétiques de type 1 sont donc le plus souvent du ressort du spécialiste et du milieu hospitalier.

En milieu ambulatoire le diabète de type 1 était dans 8 cas sur 9 associé au diabète de type 2. Ceci confirme la proximité des objectifs en matière de compétences à acquérir, et peut également s'expliquer par la difficulté de mettre en œuvre des programmes ambulatoires concernant uniquement le diabète de type 1 compte-tenu de la faible prévalence de ce dernier (5,6% du total des diabétiques soit environ 160000 personnes en France en 2010) (15)

Au sein des programmes pluri-pathologie, le diabète de type 2 a été associé avec toutes les autres pathologies, cependant il l'a été très majoritairement dans 13 programmes sur 14 à l'hypertension artérielle. Les objectifs en matière de compétences sont assez proches pour ces deux pathologies, puisqu'elles ne diffèrent que pour la réduction des apports sodés non spécifiquement recommandée chez le diabétique et la diminution du sucre raffiné, non spécifiquement recommandée chez l'hypertendu.(16) Il en est de même pour l'obésité. La compatibilité est également élevée avec les autres pathologies étudiées.

On remarquera que d'un point de vue quantitatif (14 programmes sur 18), le diabète est -après l'HTA (15)- la seconde pathologie la plus fréquemment incluse dans les programmes pluri-pathologie. La grande proportion de programmes mono-pathologie (70%) ciblant les diabétiques s'explique par l'importance du rôle de l'ETP dans la prise en charge des diabétiques, ce qui la rend utile même sans qu'il y ait d'autres pathologies associées. Cependant, sa forte présence d'un point de vue quantitatif au sein des programmes pluri-pathologie laisse penser que les programmes d'ETP incluant des diabétiques polyopathologiques sont réalisables malgré les spécificités que peuvent avoir certaines compétences à acquérir pour les patients diabétiques.

4.2.2.3. L'hypertension artérielle

L'HTA -considérée aujourd'hui comme facteur de risque- a été incluse dans cette étude car son retentissement sur le plan cardio-vasculaire à long terme est particulièrement important : Selon l'OMS, l'hypertension est le premier facteur de risque de mortalité dans le monde (impliquée dans 12.8% des décès), devant le tabac (8.7%), le diabète (5.8%) la sédentarité (5.5%) et le surpoids (2.6%)(18) .

Sa prévalence est très élevée puisqu'elle touche plus du tiers de la population adulte, et monte à plus de 2/3 au-delà de 65 ans. Elle serait à l'origine de 20% des décès d'origine cardio-vasculaire.(19) Relativement peu de programmes concernant l'HTA seule (8 sur 68) ont été retrouvés. Ce résultat semble surprenant compte-tenu du poids de cette pathologie en matière de santé publique, et de sa prévalence. On peut émettre l'hypothèse que le rapport coût-bénéfice de l'ETP soit moins élevé pour l'HTA prise isolément que pour d'autres pathologies telles que le diabète ou la prévention des cardiopathies. Cette hypothèse semble renforcée d'une part par le fait que lorsque d'autres pathologies lui sont associées (au sein de programmes pluri-pathologie) l'HTA devient la pathologie la plus représentée au sein des programmes, et d'autre part par le fait que près de 2/3 des programmes recrutant des hypertendus sont des programmes pluri-pathologie. Cette fréquence élevée au sein des programmes pluri-pathologie laisse entendre que l'HTA est facilement compatible avec les autres pathologies étudiées au sein d'un même programme, et plus particulièrement avec le diabète et l'obésité.

4.2.2.4. L'obésité

L'obésité est la troisième pathologie la plus fréquemment retrouvée dans les programmes d'ETP (20% des programmes) Un peu plus de la moitié des programmes recrutant des obèses est pluri-pathologie, et le reste est mono-pathologie. Proportionnellement, l'obésité est après le diabète la seconde pathologie la plus représentée au sein des programmes mono-pathologie, et la troisième au sein des programmes pluri-pathologie. Il s'agit d'une maladie relativement fréquente puisqu'elle concerne 15%(20) de la population adulte en France.

Prise séparément, l'obésité sans comorbidité associée présente un risque modéré sur la morbi-mortalité en comparaison avec les autres facteurs de risque(20). Cependant, le traitement de l'obésité réside essentiellement dans les mesures hygiéno diététiques, il n'existe pas de traitement médicamenteux avec un rapport bénéfice/risque favorable pour la traiter, et la chirurgie bariatrique est réservée à des cas extrêmes(21). Ceci explique sans doute la proportion légèrement plus grande de programmes mono pathologie.

Les objectifs des programmes en matière d'équilibre alimentaire et d'activité physique sont proches et compatibles avec ceux des autres pathologies, et ne requièrent pas de précautions particulières. Par ailleurs, l'obésité morbide est une pathologie qui s'inscrit en général dans un syndrome métabolique, et comprend le Diabète, l'HTA, et les dyslipidémies comme comorbidités(22). Ceci explique qu'elle leur soit préférentiellement associée au sein des programmes d'ETP pluri-pathologies, et qu'elle soit également relativement fréquente au sein de ces programmes.

4.2.2.5. Les cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques sont réparties de façon équilibrée entre programmes mono pathologie et pluri pathologie. Les mesures hygiéno-diététiques, l'observance et l'autonomisation constituent une part incontournable de leur traitement(23). D'un point de vue quantitatif, compte-tenu de la prévalence des cardiopathies ischémiques qui est proche de celle du diabète (3,7% de la population Française en 2009(24)) le nombre de programmes concernés par cette pathologie semble faible, cependant cette étude ne concerne que les programmes ambulatoires. Or, à l'image du diabète de type 1, les cardiopathies ischémiques se manifestent le plus souvent de façon aiguë et leur prise en charge nécessite un passage par l'hôpital puis par un centre de convalescence, où outre leur prise en charge médicale, les patients sont inclus dans des programmes éducatifs. Ils ne passent donc pas par les programmes de proximité, et ne sont pas comptabilisés dans ce travail.

Lors des programmes pluri pathologie, les cardiopathies ischémiques ont été systématiquement associées à l'insuffisance cardiaque, ce qui peut sembler prévisible, la seconde étant souvent la conséquence de la première, et leurs objectifs étant relativement proches. Les précautions particulières liées à l'activité physique sont par ailleurs quasiment similaires pour ces deux pathologies. Elles expliquent peut-être la relative faible association de ces pathologies au sein des programmes pluri-pathologie avec les hypertendus, les obèses et les diabétiques de type 2 qui requièrent pour atteindre un objectif optimal un plus grand volume d'activité, sans précaution particulière. Les scores de compatibilité vont dans le même sens en mettant l'accent sur une compatibilité préférentielle avec les AVC/AIT et l'AOMI en plus de l'insuffisance cardiaque.

4.2.2.6. L'insuffisance cardiaque

Elle touche 2.3% de la population Française adulte, sa prévalence augmente avec l'âge en particulier après 75 ans (24). L'ETP occupe chez l'insuffisant cardiaque une part importante de la prise en charge en parallèle au traitement. Les mesures alimentaires, la reprise d'une activité physique avec précaution et une bonne observance médicamenteuse améliorent son pronostic.(25) Le rapport coût-bénéfice semble en faveur de programmes d'ETP chez l'insuffisant cardiaque, et le caractère chronique et progressif de cette pathologie justifie l'existence de programmes en soins primaires. Il est donc surprenant de ne retrouver que 15 programmes concernant l'insuffisance cardiaque.

Une des explications de ce résultat réside sans doute d'une part dans l'âge avancé des populations atteintes par cette pathologie, qui les rend moins réceptives à l'ETP (l'âge maximal moyen des patient inclus dans les programmes était de 73.4 ans et les 2/3 des

insuffisants cardiaques sont plus âgés que cette limite (24). Et d'autre part par le fait que l'insuffisance cardiaque a rapidement un retentissement lourd sur l'état général qui peut empêcher les patients de se rendre aux ateliers d'ETP : 50% des insuffisants cardiaques se déclarent « fortement limités dans les activités que les gens font habituellement ».(24)

La répartition entre programmes mono et pluri pathologie était sensiblement la même (8 pluri pour 7 mono). Elle était systématiquement associée aux cardiopathies ischémiques, et préférentiellement associée au diabète et à l'HTA, malgré un score de compatibilité relativement bas pour cette dernière. Si le mauvais état de santé des patients peut expliquer la faible prévalence des programmes mono-pathologie ambulatoires, il ne semble pas constituer un frein à l'adjonction de l'insuffisance cardiaque à des programmes pluri-pathologie. Probablement car le caractère pluri-pathologie permet de contourner le problème posé par un pool de patients recrutables trop faible étant donné que les autres pathologies incluses en apporteront suffisamment.

On observe une forte association entre les AVC/AIT et les insuffisants cardiaques, puisque 83% des programmes pluri pathologie incluant des AVC/AIT incluent également des insuffisants cardiaques. Cependant, les recommandations de chacune de ces deux pathologies ne mentionnent pas l'autre, et les compétences à acquérir divergent sur les apports sodés, les apports en acides gras, et les volumes minimaux et maximaux d'activité physique (+ les précautions). Malgré cela, la pratique montre que bien que modérément compatibles en théorie, ces pathologies peuvent cohabiter au sein d'un même programme.

4.2.2.7. Les AVC/AIT

Ils concernaient en 2009 1.2% de la population Française, et 42% des patients ayant eu un AVC sont asymptomatiques le mois suivant l'épisode. (26) Peu de programmes recensant les AVC/AIT ont été retrouvés dans ce travail, et 6 sur 8 étaient inclus dans des programmes pluri-pathologie. Suite à un AVC, l'ETP se place selon la HAS a un rôle préventif double : elle évite les récives et elle prend en charge les facteurs de risque cardio-vasculaires associés, sources de complications.

Les recommandations insistent sur une prise en charge globale des facteurs de risque et des comorbidités (dyslipidémie, HTA et Diabète) en matière d'ETP(27), ce qui sous entend que le rapport coût-bénéfice de l'ETP des AVC/AIT est plus favorable lorsque les comorbidités y sont associées, autrement dit, lorsque les AVC/AIT sont inclus dans des programmes pluri-pathologie. Ce qui concorde avec les résultats observés.

4.2.2.8. L'AOMI

Il y a peu de données épidémiologiques concernant l'AOMI, sa prévalence serait comprise entre 0.8 et 6.9%(28) de la population française, mais elle concernerait 10 à 20% de la population au-delà de 55 ans de façon asymptomatique(29) et 3.2% de façon symptomatique(30). Ce travail n'a retrouvé que 3 programmes incluant des patients souffrant d'AOMI, tous pluri-pathologie. La HAS recommande qu'une ETP soit mise en place même pour l'AOMI asymptomatique, d'une part pour améliorer le pronostic de la pathologie, mais également pour la prise en charge des comorbidités et des facteurs de risque associés.

L'AOMI en 1993 au sein d'une population représentative d'individus de plus de 62 ans, aux États-Unis, était présente chez 39% des personnes dépistées, 22% des personnes dépistées avaient simultanément une AOMI et une coronaropathie, et 13% avaient simultanément une AOMI et un AVC/AIT. 8% de cette population avaient les trois pathologies simultanément.(31) On a par ailleurs pu observer que l'AOMI était associée au sein de programmes pluri-pathologie avec toutes les pathologies étudiées.

Il est surprenant de constater le peu de programmes retrouvés, ainsi que l'absence de programme mono pathologie. Ce d'autant plus que cette maladie survient assez tôt dans la vie (la prévalence augmente rapidement à partir de 50 ans), et sauf dans les cas extrêmes, le retentissement sur l'état général n'empêche pas les patients d'assister aux programmes. On sait qu'il existe un sous diagnostic, et un défaut de prise en charge de l'AOMI(30). Ces données laissent penser que des progrès sont à faire pour augmenter le nombre de programmes d'ETP incluant des artériopathes.

4.2.2.9. Autres pathologies

Il n'y a pas eu d'autre pathologie incluse dans les programmes, en tant que critère d'inclusion proprement dit. Cependant des facteurs de risque tels le tabagisme et les dyslipidémies ont compté comme critère d'inclusion dans certains programmes. Par ailleurs la dépression a été prise en compte comme comorbidité dans plusieurs programmes dans le cadre du soutien psychologique (22 programmes) sans qu'elle ne fasse partie des critères d'inclusion.

4.2.3. Compétences visées :

4.2.3.1. Equilibrer son alimentation

Les compétences ayant trait à l'équilibre alimentaire sont avec celles en relation avec l'activité physique les deux domaines de compétences visées les plus fréquemment retrouvés au sein des programmes d'ETP. Il s'agit d'un des axes principaux des traitements non médicamenteux, car ils influent directement sur les facteurs de risque

cardio-vasculaires. On les retrouve dans 87% des programmes mono pathologie et dans 100% des programmes pluri-pathologie. Cependant si on regarde les compétences à acquérir dans le détail, on s'aperçoit que celles-ci diffèrent.

Certaines compétences vont être plus spécifiques pour certaines pathologies : les compétences visées concernant la réduction des apports sodés sont prioritaires chez un hypertendu ou un patient souffrant de cardiopathie ischémique(32)(33) tandis que les compétences visant à une diminution des sucres raffinés chez les diabétiques est spécifiquement recommandée(16), cependant ces divergences ne semblent pas incompatibles puisque ces pathologies cohabitent au sein de programmes d'ETP pluri-pathologie.

Ces différences notables ne valent pas contre-indication, mais absence de mention spécifique dans les recommandations : un hypertendu n'aura pas de bénéfice direct sur sa pathologie en restreignant ses apports en sucres raffinés, cependant, si il le fait, il aura un bénéfice global à long terme sur sa qualité de vie, sa morbi-mortalité et cela ira dans le sens d'une équilibre alimentaire saine telle que préconisée par l'OMS(34).

On observe dans les faits que malgré ces divergences, les programmes pluri pathologiques ont pu intégrer ensemble sans difficulté apparente des pathologies avec des compétences à acquérir alimentaires différentes. Par ailleurs le baromètre santé nutrition de 2008 montre de grandes divergences entre les individus, d'une part sur le plan des connaissances sur ce que peut être une équilibre alimentaire saine, et d'autre part sur les comportements alimentaires observés(35).

Cette étude montre qu'il existe une grande marge de progression possible en matière de comportements alimentaires au sein de la population générale, et donc également au sein de la population victime des pathologies étudiées (D'autant plus qu'elles sont susceptibles d'avoir une prévalence plus élevée au sein des populations ayant un comportement alimentaire à risque). On observe une répartition d'allure Gaussienne des comportements entre adaptés et inadaptés.

En pratique, l'éducation à l'équilibre alimentaire s'adresse en premier lieu à cette part de la population victime de pathologies à risque cardio-vasculaire et ayant des comportements inadaptés. Ciblées grâce à l'évaluation de leurs connaissances et de leurs habitudes lors du diagnostic éducatif, la formation va prioritairement porter sur les notions partagées par toutes les recommandations étudiées (cf annexe F), c'est-à-dire connaître la composition et le volume d'un repas "normal", et apprendre à le préparer.

Dans le domaine des compétences alimentaires visées par ces programmes, les compétences principalement développées étaient :

- Savoir estimer les apports énergétiques et la part lipide/glucide/protide recommandée dans le cadre d'une alimentation saine
- Trouver un équilibre alimentaire durable
- Réduire la densité énergétique des repas
- Maintenir un rythme alimentaire adapté
- Savoir faire ses courses et lire les étiquettes
- Savoir cuisiner/préparer ses repas
- Diminuer des sucres raffinés
- Diminuer des acides gras et du cholestérol, majoration des acides gras insaturés
- Majorer des apports en fibres
- Evaluer et réduire la quantité de sel

4.2.3.2. Pratiquer une activité physique adaptée

Moins de la moitié des français (42,5%) atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé (33.8% pour les femmes et 51.6% pour les hommes). Les personnes qui déclarent avoir une alimentation déséquilibrée, et celles qui sont en surpoids ont une probabilité plus élevée d'avoir un niveau d'activité physique insuffisant. (36) La pratique régulière d'une activité physique est un comportement qui améliore l'espérance de vie et a des effets protecteurs concernant les risques de survenue de maladies cardiovasculaires, de cancers, et améliore la condition respiratoire. Inversement, la sédentarité augmente la probabilité de survenue de ces pathologies et raccourcit l'espérance de vie(37).

Les objectifs en matière de sédentarité sont identiques pour toutes les recommandations : il est systématiquement conseillé de limiter le temps d'activité sédentaire. 21% de la population admet passer plus de 8h/jour d'activités sédentaires (en position assise ou couchée) et plus de la moitié de la population passe plus de 4h/jour d'activités sédentaires.(36) L'INSERM recommande d'inclure le reste de la cellule familiale pour optimiser la lutte contre la sédentarité.(37) Il n'est pas recommandé de volume maximal d'activité sédentaire, simplement de les réduire autant que possible.

Au sein de la population générale l'OMS recommande chez l'adulte un minimum de 150 min/semaine d'activité physique modérée ou 75 min d'activité intense, avec objectif optimal à 300 min/semaine modérée ou 150 min/semaine intense. Avec une durée minimale de 10 min/exercice répartie sur 2 séances/semaine au minimum, et autant que possible chez les personnes âgées dont l'état de santé ne permet pas d'atteindre les objectifs ci-dessus.(38) Ces recommandations sont proches des objectifs recommandés pour chaque pathologie. (Cf ANNEXE F) L'OMS rappelle qu'un bénéfice sur la morbi-mortalité apparaît dès qu'une activité physique est pratiquée de façon régulière, même si elle n'atteint pas les objectifs(38).

Les objectifs en matière d'activité physique au sein des différentes pathologies ne semblent pas incompatibles entre eux. Celle-ci joue un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité de vie et de la morbi-mortalité(37) On constate de fait que les compétences ayant trait à l'activité physique sont retrouvées dans la totalité des programmes pluri-pathologie, et dans 86.7% des programmes mono-pathologie étudiés. Les notions simples, faciles à mettre en place et proches pour chacune des pathologies en font une compétence visée de choix pour les programmes ambulatoires transversaux.

Les principales compétences visées en matière d'activité physique ont été les suivantes :

- Lutte contre la sédentarité
- Choisir une activité adaptée à sa condition physique
- Pratiquer une activité physique régulière
- Avoir un volume d'activité supérieur à 90 minutes/semaine
- Faire plus de 6 000 pas par jour

4.2.3.3. Gérer son traitement médicamenteux

Le défaut d'observance (défini comme le non-respect de plus de 20% des prescriptions) est un problème majeur dans le domaine des maladies chroniques, puisque 30 à 60% des patients sont concernés(39). Les compétences de gestion de traitement sont développées dans 67.6% des programmes mono pathologie, et dans 38.9% des programmes pluri pathologie. Il paraît évident que la meilleure observance possible soit recommandée pour chacune des pathologies étudiées, cependant, on observe relativement peu de programmes pluri-pathologie incluant des ateliers axés sur l'observance en comparaison avec les programmes mono-pathologie.

Cette différence de répartition d'ateliers axés sur la gestion des traitements médicamenteux entre programmes mono et pluri-pathologie peut s'expliquer par les spécificités et les précautions particulières concernant les médicaments qui peuvent

varier en fonction des pathologies. Citons par exemple les compétences visées chez les diabétiques (savoir s'administrer et manager ses doses d'insuline, ou d'anti diabétiques)(16) ou chez les insuffisants cardiaques (savoir adapter sa dose de diurétique lorsque des signes de décompensation débutante apparaissent)(40) Cependant, les principales mesures pour favoriser une bonne observance ne dépendent pas directement de la pathologie traitée et peuvent être transposés sur des programmes pluri-pathologie (ANNEXE C) (39).

Ainsi, selon le Comité Inter-associatif Sur la Santé en matière d'observance(41) recommande de changer le regard du patient sur la maladie, en lui donnant la parole afin qu'il affirme son adhésion au traitement, et qu'il partage le fardeau de la maladie. Il doit participer à la prise de décision. Ces mesures doivent concerner également l'entourage du patient, et lui permettre d'être acteur de sa prise en charge.

En matière de gestion de traitement médicamenteux, les principales compétences visées étaient les suivantes :

- Savoir nommer ses traitements
- Connaître leur fonction et leurs effets indésirables
- Savoir adapter la dose de certains traitements

4.2.3.4. Sevrage tabagique

Il n'y a pas d'ambiguïté concernant l'intérêt du sevrage tabagique pour les différentes pathologies étudiées. Celui-ci est fortement recommandé pour chacune d'entre elles, et se doit d'être total. Dans les programmes étudiés, l'intérêt du sevrage a fréquemment été abordé, cependant les ateliers dédiés spécifiquement à ce dernier ont été relativement peu fréquents puisque seuls 19.1% des programmes mono pathologie et 50% des programmes pluri pathologie étaient concernés.

Quelle que soit la pathologie, le sevrage du tabac constitue un gain pour la santé pour lequel le rapport coût-bénéfice n'est pas à questionner. Les directives de la HAS sont claires concernant l'éducation au sevrage tabagique(42), elles recommandent un arrêt total et l'emploi d'outils spécifiques. Ces techniques nécessitent de l'écoute et du temps, et ne peuvent se faire correctement qu'au cours de consultations ou d'ateliers dédiés.

La faible représentation des ateliers « sevrage tabagique » retrouvée laisse penser qu'il y a des progrès à faire en ce sens en matière d'ETP, leur prévalence plus élevée au sein de programmes pluri pathologie laisse penser que ceux-ci prennent en charge davantage le patient dans sa globalité plutôt qu'en se focalisant sur sa pathologie d'inclusion, cependant il reste trop faible en regard du bénéfice que peut apporter le

sevrage tabagique sur la morbi-mortalité des patients souffrant de pathologies à risque cardio-vasculaire.

4.3. Perspectives

4.3.1. Freins rencontrés par l'ETP de proximité :

Le HCSP a identifié en 2009 les obstacles suivants(43) :

- Des référentiels mal adaptés aux soins de premier recours. Les modèles proposés par la HAS et l'INPES sont basés sur le système hospitalier et ne prennent pas en compte les spécificités de l'exercice ambulatoire.
- Le manque de formation des professionnels.
- Les difficultés de coordination entre les différents acteurs : IDE, généralistes, spécialistes et professions paramédicales impliquées dans les programmes.
- L'absence de financement.
- Le manque de temps.

D'autres freins ont été mis en avant par l'académie de médecine(44) en 2013 :

- Difficulté d'évaluation du rapport coût/bénéfice.
- Difficultés d'accès aux soins de la part des patients.

4.3.2. La place du généraliste :

Cette étude a mis en évidence une catégorie de programmes d'ETP originaux qui diffèrent de ce qui se fait dans le milieu hospitalier : ils incluent des patients porteurs de plusieurs pathologies et leurs compétences visées sont transversales, générales, et transposables d'une pathologie à l'autre. La patientèle à laquelle ils sont destinés est celle qui fait le quotidien du médecin généraliste : des malades complexes cumulant plusieurs maladies débutantes, avec des connaissances rudimentaires et une hygiène de vie souvent médiocre. De plus, les compétences développées dans ces programmes sont proches des conseils de vie que le généraliste délivre à ses patients au cours des consultations de routine, mais bénéficient d'un diagnostic personnalisé, d'une réévaluation régulière et d'une composante motivationnelle qui potentialise leur efficacité.

L'ETP avec des programmes pluri-pathologie semble donc tout à fait transposable à la spécialité de médecine générale Française. En particulier pour ce qui concerne l'ETP initiale qui fait suite à l'annonce du diagnostic ou à une période de vie avec la maladie sans prise en charge éducative.(2) On observe d'ailleurs des programmes pilotes commencer à se mettre en place sur le territoire. En pratique les principaux obstacles qui retardent leur mise en place sont essentiellement financiers et administratifs, l'ETP ne bénéficie pas à ce jour de cotation spécifique dans la nomenclature, et le financement des programmes est soumis à l'agrément des ARS.

Des premières recommandations sont parues en 2013 concernant l'élaboration de programmes d'ETP chez les patients pluri-pathologiques dans la revue ETP-journal(45) Celles-ci mettent l'accent sur le caractère à la fois transversal et spécifique de la prise en charge éducative du patient, qui doit être l'aboutissement d'une « équation personnelle » propre à chaque patient, sur la priorisation des compétences à acquérir, et sur l'importance du diagnostic éducatif, ainsi que de la formation des éducateurs. Le HCSP place le généraliste en avant pour évaluer une fois/an les besoins éducatifs du patient, et l'orienter vers les prestations éducatives disponibles.(43)

On a pu observer que les généralistes étaient présents dans 46.5% des programmes, et les IDE dans 79% de ces derniers. Cependant, ces chiffres sont à relativiser car la mission des professionnels varie d'un pays à l'autre. Dans le monde Anglo-Saxon, l'ETP est essentiellement le domaine des infirmières. Il existe des spécialités d'infirmière éducatrices, qui animent et supervisent les programmes d'ETP et mènent les programmes sans intervention de médecins. Les généralistes travaillent dans 75% des cas en collaboration avec des IDE au sein des programmes d'ETP. (cf ANNEXE A)

Etant donné que la France est encore en phase d'expérimentation en matière d'ETP ambulatoire, les rôles ne sont pas encore clairement définis. Les IDE ont depuis longtemps un rôle éducatif essentiel dans la prise en charge des malades chroniques, et en particulier des diabétiques, et il existe d'ores et déjà une formation d'ETP pour les étudiants infirmiers. Dans son rapport à l'assemblée Nationale de 2010 faisant suite à la mise en place de la loi HPST, le député Mr Denis JACQUAT recommande que l'ETP soit enseignée dès la première année des études de médecine, et soit proposée en formation continue aux généralistes en exercice. (46)

4.3.3. Pistes de recherche :

Des études plus complètes sont à mener afin d'avoir une meilleure idée des différents types de programmes développés, en particulier sur le territoire Français, en utilisant une méthodologie différente afin de dresser un véritable état des lieux de l'ETP ambulatoire française et de s'affranchir du biais de non-publication de la plupart des programmes par les médecins Français.

Afin de pousser plus loin les résultats du présent travail, l'étude des compétences développées par chaque programme dans le détail permettrait de savoir comment celles-ci sont modifiées pour s'adapter aux recommandations, et pourraient servir de guide pour l'élaboration de futurs programmes pluri-pathologie.

Par ailleurs, il sera important si on veut développer les programmes pluri-pathologie à grande échelle, de s'intéresser à leur efficacité en matière de morbi-mortalité et de qualité de vie. Ceci permettra d'affiner les critères de compatibilité des pathologies entre elles, et d'avoir un aperçu du rapport coût/bénéfice de l'ETP ambulatoire

De même, des revues plus larges peuvent être réalisées, en ne restreignant pas le cadre des pathologies à celles ayant un retentissement sur le plan cardio-vasculaire, mais en l'étendant à toutes les pathologies concernées par l'ETP. On risque ainsi de voir des compatibilités inédites émerger. Cela pourrait ouvrir la voie à de nouveaux programmes d'ETP encore plus transversaux.

5. CONCLUSION

Cette revue de littérature a permis d'avoir un premier aperçu des critères d'inclusion des patients souffrant de pathologies ayant un retentissement sur le plan cardio-vasculaire dans les programmes d'ETP ambulatoires de par le monde. Elle a mis en évidence deux grands types de programmes : des programmes mono-pathologie spécialisés qui suivent le modèle hospitalier, et des programmes pluri-pathologie plus transversaux, prenant en charge le patient dans sa globalité et qui semblent adaptés au monde des soins primaires et à la médecine générale.

L'ETP au sein de programmes pluri-pathologie constitue un domaine à explorer pour le médecin généraliste pionnier. Des travaux de recherche et des expérimentations restent encore à mener avant d'aboutir à un modèle d'ETP pérenne et reproductible adapté aux spécificités des soins primaires français. Cependant, au delà des obstacles financiers, administratifs ou politiques, les généralistes y joueront le rôle qu'ils seront prêts à investir.

S'il veut être fidèle à son rôle de coordonateur du système de soin et d'acteur préventif de premier rang, le médecin généraliste a une place centrale à occuper dans la collaboration pluridisciplinaire qui semble se dessiner, et préfigurer ce que sera l'ETP de demain. L'offre en matière de compétences à acquérir sera forcément plus diversifiée que pour des programmes spécialisés mono-pathologie, et les patients inclus au sein d'un même programme auront des attentes et des besoins très différents les uns des autres. Ce dernier, fort de sa proximité avec ses patients, et de sa vision globale constitue un atout capable de réaliser avec finesse le diagnostic éducatif et l'évaluation des compétences acquises.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Organization WH, others. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. 1998 [cité 10 juill 2015]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/108151>
2. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. HAS; 2007.
3. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé Publique*. 2007;19(4):283.
4. Heyden Isabelle, Barideau Françoise, Gosset Christiane. L'éducation du patient à domicile : une revue de la littérature. 2012;
5. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
6. Education Thérapeutique [Internet]. [cité 11 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Education-therapeutique.116919.0.html>
7. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12(1):181.
8. Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):55-8.
9. <http://www.prisma-statement.org/>.
10. <http://amstar.ca/>.
11. Julie Dupouy, Sherazade Kinouani. Revue systématique de la littérature : chic et pratique ! *E-Respect*. mars 2013;19-26.
12. ARS Midi pyrénées. Annuaire régional des programmes autorisés par l'ARS Midi Pyrénées en 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/ACTEURS_EN_SANTE/ETP_2015/06_2015ANNUAIRE_prog_ETP_autorises_V21.xls
13. Ciccone MM, Aquilino A, Cortese F, Scicchitano P, Sassara M, Mola E, et al. Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vasc Health Risk Manag*. 2010;6:297-305.
14. Van Wier MF, Lakerveld J, Bot SDM, Chinapaw MJM, Nijpels G, van Tulder MW. Economic evaluation of a lifestyle intervention in primary care to prevent type 2 diabetes mellitus and cardiovascular diseases: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013;14:45.
15. Anne Fagot-Campagna, Isabelle Romon, Sandrine Fosse, Candice Roudier, Institut de veille sanitaire. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France – Synthèse épidémiologique. nov 2010;
16. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. 1 janv 2009;32(Supplement 1):S87-94.

17. HAS. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. 2015 [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete
18. World Health Organization, éditeur. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. 62 p.
19. COHN-ZANCHETTA E. Evaluation des médicaments antihypertenseurs et place dans la stratégie thérapeutique. HAS; 2010.
20. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours - [Internet]. 2011 [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugin/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1104700
21. Obésité : L'essentiel sur les soins de premier choix. Rev Prescrire. 34(366):287-90.
22. Jean Dallongeville. Epidemiologie du Syndrome Métabolique et du risque cardiovasculaire. INSERM; 2007.
23. Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al., on behalf of the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. State of the Science: Promoting Self-Care in Persons With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 22 sept 2009;120(12):1141-63.
24. De Peretti C, Pérel C, Tuppin P, Iliou MC, Juillière Y, Gabet A, et al. Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives « Handicap-Santé ». Bull Epidémiol Hebd. 2014;
25. Societe Française de Cardiologie. Éducation thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique [Internet]. 2011 [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: <http://sfcardio.fr/recommandations-sfc>
26. Christine de Peretti (c.deperetti@invs.sante.fr), Olivier Grimaud, Philippe Tuppin, Francis Chin, France Woimant. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. Bull Epidémiol Hebd [Internet]. 10 janv 2012;(1). Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>
27. ALD n° 1 - Guide médecin sur l'accident vasculaire cérébral (AVC) [Internet]. 2007 [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugin/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_534741
28. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). Artériopathie des membres inférieurs: dépistage et risque cardiovasculaire. Paris: INSERM; 1995.
29. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). HAS; 2006.
30. Christophe ROUL. Le dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs en médecine générale. [Thèse de médecine Générale]. Université de Poitiers; 2010.
31. Aronow WS, Ahn C. Prevalence of coexistence of coronary artery disease, peripheral arterial disease, and atherothrombotic brain infarction in men and women ≥ 62 years of age. Am J Cardiol. juill 1994;74(1):64-5.

32. Khan NA, Hemmelgarn B, Herman RJ, Bell CM, Mahon JL, Leiter LA, et al. The 2009 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part 2 – therapy. *Can J Cardiol.* mai 2009;25(5):287-98.
33. Guide parcours de soins maladie coronarienne [Internet]. [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1761791
34. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [Internet]. OMS; 2004. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/fr/>
35. Hélène Escalon, Chantal Julia, Claire Bossard, Alain Trugeon, François Baudier. Consommations et habitudes alimentaires. *Baromètre Santé Nutrition* 2008; 2008.
36. Anne Vuillemin, Hélène Escalon, Claire Bossard. Activité physique et sédentarité [Internet]. *Baromètre Santé Nutrition* 2008; 2008. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf>
37. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Synthèse et recommandations.* Les éditions Inserm; 2008.
38. OMS. *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé.* Organisation Mondiale de la Santé; 2010.
39. A.J. Scheen D. Giet. La non-observance thérapeutique : Problème majeur pour la prévention des maladies cardio-vasculaires = Therapeutic non-compliance : A major problem for the prevention of cardiovascular diseases. *Rev Médicale Liège.* 1999;54(12):914-20.
40. Heart failure society of America. *Heart Failure Guidelines -* [Internet]. 2010 [cité 11 mai 2015]. Disponible sur: <http://www.hfsa.org/hfsa-wp/wp/heart-failure-guidelines-2/>
41. collectif interassociatif sur la santé. *De l'observance à l'adhésion, par la décision partagée.* 2015.
42. HAS. *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours.* HAS; 2014.
43. Haut Conseil de la Santé Publique. *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours.* 2009 nov.
44. Académie Nationale de Médecine. *L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine.* 2013 déc.
45. Jean-François d'Ivernois, Rémi Gagnayre. *Education thérapeutique chez les patients pluripathologiques : Propositions pour la conception de nouveaux programmes d'ETP.* *Educ Ther Patient.* 2013;5(1):201-4.
46. JACQUAT Denis. *Rapport au premier ministre Education thérapeutique du patient Propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne.* 2010 juin.

7. ANNEXES

Plan des annexes :

A : Résultats annexes

- a) Pays d'origine des études
- b) Professionnels impliqués
- c) Age de recrutement des patients
- d) Bilan des connaissances
- e) Sevrage alcoolique

B : Versions alternatives des tableaux

C : Articles inclus

D : Facteurs influençant l'observance

E : Traduction de la grille PRISMA

F : Etude des recommandations en ETP

A / Résultats annexes :

a) Pays d'origine des études :

Allemagne	1	Danemark	2	Royaume Uni	11
Argentine	1	Espagne	3	Suède	2
Australie	5	Hongrie	1	Suisse	1
Belgique	2	Iran	1	Tunisie	1
Bosnie	1	Irlande	1	Turquie	1
Canada	4	Italie	1	USA	30
Chili	1	Japon	2	France	2
Chine	3	Nigeria	1		
Corée	1	Pays-Bas	7		

b) Professionnels impliqués

Généralistes	Spécialistes	Infirmières	Kinés	Diététiciens	Pharmaciens	Absence de donnée
40	13	68	11	25	8	3

D'autres intervenants ont été remarqués :

assistantes sociales (x4) pédicures (x2) patients experts (x3) étudiants en médecine générale (x1) officiers de santé (x1)

Au sein des 18 programmes pluri pathologie 17 mentionnaient de façon détaillée les professionnels impliqués. Les IDE étaient présentes au sein de 16 programmes, les généralistes 7 programmes, ils travaillaient ensemble au sein de 6 programmes pluri pathologie, et les spécialistes étaient présents dans 3 programmes pluri pathologie. Tous programmes confondus, les généralistes ont travaillé avec des IDE dans 30 programmes (soit 75% des programmes où les généralistes sont impliqués)

c) Age de recrutement des patients

Age minimal moyen : 25,8 ans, médiane : 18 ans, valeur maximale : 65 ans

Age maximal moyen : 73.4 ans médiane : 75 ans, valeur minimale : 60 ans

d) Bilan des connaissances

La totalité des programmes avait un bilan en fin d'étude, cependant celui-ci ne comprenait pas systématiquement un bilan des connaissances au cours d'un entretien dédié et réalisé de visu.

Pour 22 Programmes (soit environ 26% du total) celui-ci a été réalisé de façon fidèle à celle des recommandations. Pour les autres il s'agissait soit d'un bilan par téléphone, soit d'un bilan partiel se basant uniquement sur les objectifs cliniques ou biologiques et pas sur les objectifs pédagogiques des programmes.

Professionnels impliqués dans le bilan des connaissances :

IDE	MG	Diététicien	Patient expert	Absence de donnée	TOTAL
10	5	3	1	8	22

e) Sevrage alcoolique

Recommandations concernant le sevrage OH

	Obésité	Diabète Type 1	Diabète Type 2	HTA	Insuff. cardiaque	Cardiop. Isch.	AVC/AIT	AOMI
Sevrage	partiel	total	total	partiel	partiel	partiel	partiel	partiel

Sevrage partiel = alcool < 2 verres par jour (20 g d'alcool par jour) chez les hommes et < 1 verre par jour (10 g d'alcool par jour) chez les femmes.

B / Versions alternatives des tableaux

Tableau 7 (2^e version)

Pathologie	Pluri pathologie	Mono pathologie	TOTAL
Tout diabète	14 (78%)	35 (51.4%)	49
Diabète de type 1	6 (33%)	3 (4.4%)	9
Diabète de type 2	14 (78%)	34 (50%)	48
HTA	15 (83%)	8 (11.7%)	23
cardiopathie ischémique	8 (44%)	8 (11.7%)	16
AOMI	3 (17%)	0 (0%)	3
AVC/AIT	6 (33%)	2 (2.9%)	8
insuffisance cardiaque	8 (44%)	7 (10.2%)	15
obésité	9 (50%)	8 (11.8%)	17
TOTAL	18 (100%)	68 (100%)	86

Tableau 8 version 2

	Tout diabète	type1	type2	HTA	cardiop isch	AOMI	AVC/AIT	Insuff cardiaq	obésité	TOTAL
activité physique	43 57.3%	8 10.6%	42 56%	23 30.6%	15 20%	3 4%	8 10.6%	12 16%	17 22.6%	75 100%
Équilibre alimentaire	45 59.2%	9 11.8%	44 57.8%	22 28.9%	14 18.4%	3 3.9%	8 10.5%	13 17.1%	17 22.3%	76 100%
Observance	30 60%	6 12%	29 58%	10 20%	10 20%	2 4%	4 8%	11 22%	4 8%	50 100%
hygiène corporelle	9 100%	0	9 100%	1 11.1%	0	0	0	0	0	9 100%
sevrage tabac	14 66.7%	4 19%	14 66.7%	9 42.9%	10 47.6%	2 9.5%	5 23.8%	5 23.8%	4 19%	21 100%
sevrage OH	4 66.7%	3 50%	3 50%	3 50%	1 16.7%	1 16.7%	2 33.3%	1 16.7%	1 16.7%	6 100%
TOTAL	48 55.8%	8 9.3%	47 54.7%	23 26.7%	16 18.6%	3 3.5%	8 9.3%	14 16.2%	17 19.8%	84 100%

Tableau 8 version 3

	Tout diabète	type1	type2	HTA	cardiop isch	AOMI	AVC/AIT	Insuff cardiaq	obésité	TOTAL
activité physique	43 89.6%	8 88.9%	42 87.5%	23 100%	15 93.8%	3 100%	8 100%	12 80%	17 100%	77
Équilibre alimentaire	45 93.8%	9 100%	44 91.7%	22 95.7%	14 87.5%	3 100%	8 100%	13 86.7%	17 100%	78
Observance	30 62.5%	6 66.7%	29 60.4%	10 43.5%	10 62.5%	2 66.7%	4 50%	11 73.3%	4 23.5%	51
hygiène corporelle	9 18.8%	0	9 18.8%	1 4.3%	0	0	0	0	0	9
sevrage tabac	14 28.6%	4 44.4%	14 29.2%	9 39.1%	10 62.5%	2 66.7%	5 62.5%	5 33.3%	4 23.5%	22
sevrage OH	4 8.33%	3 33.3%	3 6.3%	3 13%	1 6.3%	1 33.3%	2 25%	1 6.7%	1 5.9%	6
TOTAL	49 100%	9 100%	48 100%	23 100%	16 100%	3 100%	8 100%	15 100%	17 100%	86 100%

C / Facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique

Principaux facteurs susceptibles d'influencer l'observance thérapeutique(39)	
Patient	âge
	Contraintes socioprofessionnelles
	Connaissances et croyances (y compris entourage)
	Niveau d'anxiété et statue émotionnel
Maladie	Intensité des symptômes
	Gravité/pronostic de la maladie
	Durée de la maladie (caractère chronique)
	Nature de la maladie (psychiatrique/...)
Traitement	Efficacité
	Tolérance/Effets indésirables
	Galénique
	Nombre de prises journalières
	Durée
	Co-médications
	Coût
Médecin	Relation de confiance
	Motivation/force de conviction
	Communication
Système de soins	Isolement du médecin/coordination entre soignants
	Dossier électronique
	Financement en fonction des performances

D/ LISTE DES ARTICLES INCLUS

1. Eriksson MK, Franks PW, Eliasson M. A 3-year randomized trial of lifestyle intervention for cardiovascular risk reduction in the primary care setting: the Swedish Björknäs study. *PLoS One*. 2009;4(4):e5195.
2. Haafkens JA, Beune EJAJ, Moll van Charante EP, Agyemang CO. A cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of culturally-appropriate hypertension education among Afro-Surinamese and Ghanaian patients in Dutch general practice: study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:193.
3. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial [ISRCTN11535170]. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:30.
4. Marsden D, Quinn R, Pond N, Golledge R, Neilson C, White J, et al. A multidisciplinary group programme in rural settings for community-dwelling chronic stroke survivors and their carers: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. avr 2010;24(4):328-41.
5. Jiang X, Sit JW, Wong TK. A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *J Clin Nurs*. oct 2007;16(10):1886-97.
6. Dorland K, Liddy C. A pragmatic comparison of two diabetes education programs in improving type 2 diabetes mellitus outcomes. *BMC Res Notes*. 2014;7:186.
7. Mills M, Loney P, Jamieson E, Gafni A, Browne G, Bell B, et al. A primary care cardiovascular risk reduction clinic in Canada was more effective and no more expensive than usual on-demand primary care--a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. janv 2010;18(1):30-40.
8. Tsai AG, Wadden TA, Rogers MA, Day SC, Moore RH, Islam BJ. A primary care intervention for weight loss: results of a randomized controlled pilot study. *Obes Silver Spring Md*. août 2010;18(8):1614-8.
9. Anderson C, Deepak BV, Amoateng-Adjepong Y, Zarich S. Benefits of comprehensive inpatient education and discharge planning combined with outpatient support in elderly patients with congestive heart failure. *Congest Heart Fail Greenwich Conn*. déc 2005;11(6):315-21.
10. Mehler PS, Krantz MJ, Lundgren RA, Estacio RO, MacKenzie TD, Petralia L, et al. Bridging the quality gap in diabetic hyperlipidemia: a practice-based intervention. *Am J Med*. déc 2005;118(12):1414.
11. Pearce KA, Love MM, Shelton BJ, Schoenberg NE, Williamson MA, Barron MA, et al. Cardiovascular risk education and social support (CaRESS): report of a randomized controlled trial from the Kentucky Ambulatory Network (KAN). *J Am Board Fam Med JABFM*. août 2008;21(4):269-81.
12. Bray P, Thompson D, Wynn JD, Cummings DM, Whetstone L. Confronting disparities in diabetes care: the clinical effectiveness of redesigning care management for minority patients in rural primary care practices. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc*. 2005;21(4):317-21.

13. Odusola AO, Hendriks M, Schultsz C, Stronks K, Lange J, Osibogun A, et al. Development and evaluation of a patient centered cardiovascular health education program for insured patients in rural Nigeria (QUICK - II). *BMC Public Health*. 2011;11:171.
14. Wu C-JJ, Chang AM, Courtney M, Shortridge-Baggett LM, Kostner K. Development and pilot test of a peer-support based Cardiac-Diabetes Self-Management Program: a study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:74.
15. Skinner TC, Carey ME, Cradock S, Daly H, Davies MJ, Doherty Y, et al. Diabetes Education and Self-Management for Ongoing and Newly Diagnosed (DESMOND): process modelling of pilot study. *Patient Educ Couns*. déc 2006;64(1-3):369-77.
16. van Wier MF, Lakerveld J, Bot SDM, Chinapaw MJM, Nijpels G, van Tulder MW. Economic evaluation of a lifestyle intervention in primary care to prevent type 2 diabetes mellitus and cardiovascular diseases: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013;14:45.
17. Collinsworth AW, Vulimiri M, Schmidt KL, Snead CA. Effectiveness of a community health worker-led diabetes self-management education program and implications for CHW involvement in care coordination strategies. *Diabetes Educ*. déc 2013;39(6):792-9.
18. Vadheim LM, Brewer KA, Kassner DR, Vanderwood KK, Hall TO, Butcher MK, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention program among persons at high risk for cardiovascular disease and diabetes in a rural community. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc*. 2010;26(3):266-72.
19. Jorstad HT, von Birgelen C, Alings AMW, Liem A, van Dantzig JM, Jaarsma W, et al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart Br Card Soc*. oct 2013;99(19):1421-30.
20. Wang W, Chair SY, Thompson DR, Twinn SF. Effects of home-based rehabilitation on health-related quality of life and psychological status in Chinese patients recovering from acute myocardial infarction. *Heart Lung J Crit Care*. févr 2012;41(1):15-25.
21. Adachi M, Yamaoka K, Watanabe M, Nishikawa M, Kobayashi I, Hida E, et al. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;13:467.
22. Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 15 août 2006;145(4):273-83.
23. Sturt JA, Whitlock S, Fox C, Hearnshaw H, Farmer AJ, Wakelin M, et al. Effects of the Diabetes Manual 1:1 structured education in primary care. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. juin 2008;25(6):722-31.
24. Ko IS, Lee TH, Kim GS, Kang SW, Kim MJ. Effects of visiting nurses' individually tailored education for low-income adult diabetic patients in Korea. *Public Health Nurs Boston Mass*. oct 2011;28(5):429-37.

25. Miura S, Yamaguchi Y, Urata H, Himeshima Y, Otsuka N, Tomita S, et al. Efficacy of a multicomponent program (patient-centered assessment and counseling for exercise plus nutrition [PACE+ Japan]) for lifestyle modification in patients with essential hypertension. *Hypertens Res Off J Jpn Soc Hypertens*. nov 2004;27(11):859-64.
26. McQuigg M, Brown J, Broom J, Laws RA, Reckless JPD, Noble PA, et al. Empowering primary care to tackle the obesity epidemic: the Counterweight Programme. *Eur J Clin Nutr*. août 2005;59 Suppl 1:S93-100; discussion S101.
27. Dean SC, Kerry SM, Khong TK, Kerry SR, Oakeshott P. Evaluation of a specialist nurse-led hypertension clinic with consultant backup in two inner city general practices: randomized controlled trial. *Fam Pract*. avr 2014;31(2):172-9.
28. Krause J, Agarwal S, Bodicoat DH, Ring A, Shepherd D, Rogers S, et al. Evaluation of a tailored intervention to improve management of overweight and obesity in primary care: study protocol of a cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2014;15:82.
29. Counterweight Project Team. Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. août 2008;58(553):548-54.
30. Choudhury SM, Brophy S, Fareedi MA, Zaman B, Ahmed P, Williams R. Examining the effectiveness of a peer-led education programme for Type 2 diabetes and cardiovascular disease in a Bangladeshi population. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. janv 2009;26(1):40-4.
31. García-Huidobro D, Bittner M, Brahm P, Puschel K. Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Fam Pract*. févr 2011;28(1):4-11.
32. Ciccone MM, Aquilino A, Cortese F, Scicchitano P, Sassara M, Mola E, et al. Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vasc Health Risk Manag*. 2010;6:297-305.
33. Sanchez A, Silvestre C, Sauto R, Martínez C, Grandes G, PreDE research group. Feasibility and effectiveness of the implementation of a primary prevention programme for type 2 diabetes in routine primary care practice: a phase IV cluster randomised clinical trial. *BMC Fam Pract*. 2012;13:109.
34. Lee A, Siu C-F, Leung K-T, Lau LCH, Chan CCM, Wong K-K. General practice and social service partnership for better clinical outcomes, patient self efficacy and lifestyle behaviours of diabetic care: randomised control trial of a chronic care model. *Postgrad Med J*. oct 2011;87(1032):688-93.
35. Dinneen SF, O'Hara MC, Byrne M, Smith D, Courtney CH, McGurk C, et al. Group follow-up compared to individual clinic visits after structured education for type 1 diabetes: a cluster randomised controlled trial. *Diabetes Res Clin Pract*. avr 2013;100(1):29-38.
36. Fanaian M, Laws RA, Passey M, McKenzie S, Wan Q, Davies GP, et al. Health improvement and prevention study (HIPS) - evaluation of an intervention to prevent vascular disease in general practice. *BMC Fam Pract*. 2010;11:57.

37. Feldman PH, McDonald MV, Mongoven JM, Peng TR, Gerber LM, Pezzin LE. Home-based blood pressure interventions for blacks. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. mai 2009;2(3):241-8.
38. Herenda S, Tahirović H, Poljaković D. Impact of education on disease knowledge and glycaemic control among type 2 diabetic patients in family practice. *Bosn J Basic Med Sci Udruženje Basičnih Med Znan Assoc Basic Med Sci*. août 2007;7(3):261-5.
39. Hiltunen EF, Winder PA, Rait MA, Buselli EF, Carroll DL, Rankin SH. Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabil Nurs Off J Assoc Rehabil Nurses*. déc 2005;30(6):221-9.
40. Tinsel I, Buchholz A, Vach W, Siegel A, Dürk T, Loh A, et al. Implementation of shared decision making by physician training to optimise hypertension treatment. Study protocol of a cluster-RCT. *BMC Cardiovasc Disord*. 2012;12:73.
41. Brown SA, García AA, Winter M, Silva L, Brown A, Hanis CL. Integrating education, group support, and case management for diabetic Hispanics. *Ethn Dis*. 2011;21(1):20-6.
42. Kamm CP, Schmid J-P, Müri RM, Mattle HP, Eser P, Saner H. Interdisciplinary cardiovascular and neurologic outpatient rehabilitation in patients surviving transient ischemic attack or stroke with minor or no residual deficits. *Arch Phys Med Rehabil*. avr 2014;95(4):656-62.
43. Ely AC, Banitt A, Befort C, Hou Q, Rhode PC, Grund C, et al. Kansas primary care weighs in: a pilot randomized trial of a chronic care model program for obesity in 3 rural Kansas primary care practices. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc*. 2008;24(2):125-32.
44. Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M. Lifestyle intervention for type 2 diabetes patients: trial protocol of The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project. *BMC Public Health*. 2009;9:166.
45. Goudswaard AN, Stolk RP, Zuithoff NPA, de Valk HW, Rutten GEHM. Long-term effects of self-management education for patients with Type 2 diabetes taking maximal oral hypoglycaemic therapy: a randomized trial in primary care. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. mai 2004;21(5):491-6.
46. Wadden TA, Volger S, Tsai AG, Sarwer DB, Berkowitz RI, Diewald LK, et al. Managing obesity in primary care practice: an overview with perspective from the POWER-UP study. *Int J Obes* 2005. août 2013;37 Suppl 1:S3-11.
47. Uitewaal PJM, Voorham AJJ, Bruijnzeels MA, Berghout A, Bernsen RMD, Trienekens PH, et al. No clear effect of diabetes education on glycaemic control for Turkish type 2 diabetes patients: a controlled experiment in general practice. *Neth J Med*. déc 2005;63(11):428-34.
48. Ribeiro AG, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Ribeiro AQ, Castro FAF, Suárez-Varela MM, et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*. 2011;11:637.
49. Rurik I, Ruzsinkó K, Jancsó Z, Antal M. Nutritional counseling for diabetic patients: a pilot study in hungarian primary care. *Ann Nutr Metab*. 2010;57(1):18-22.

50. Kumanyika SK, Fassbender JE, Sarwer DB, Phipps E, Allison KC, Localio R, et al. One-year results of the Think Health! study of weight management in primary care practices. *Obes Silver Spring Md.* juin 2012;20(6):1249-57.
51. Lambert-Kerzner A, Del Giacco EJ, Fahdi IE, Bryson CL, Melnyk SD, Bosworth HB, et al. Patient-centered adherence intervention after acute coronary syndrome hospitalization. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 1 juill 2012;5(4):571-6.
52. Esden JL, Nichols MR. Patient-centered group diabetes care: a practice innovation. *Nurse Pract.* 10 avr 2013;38(4):42-8.
53. Wolkanin-Bartnik J, Pogorzelska H, Bartnik A. Patient education and quality of home-based rehabilitation in patients older than 60 years after acute myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* août 2011;31(4):249-53.
54. Brooks AD, Rihani RS, Derus CL. Pharmacist membership in a medical group's diabetes health management program. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst* 55. Delaney C, Apostolidis B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. *J Cardiovasc Nurs.* oct 2010;25(5):E27-40.
56. ter Bogt NCW, Bemelmans WJE, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, van der Meer K. Preventing weight gain: one-year results of a randomized lifestyle intervention. *Am J Prev Med.* oct 2009;37(4):270-7.
57. Gagliardino JJ, Lapertosa S, Villagra M, Caporale JE, Oliver P, Gonzalez C, et al. PRODIACOR: a patient-centered treatment program for type 2 diabetes and associated cardiovascular risk factors in the city of Corrientes, Argentina: study design and baseline data. *Contemp Clin Trials.* juill 2007;28(4):548-56.
58. Cervantes Cuesta MÁ, García-Talavera Espín NV, Brotons Román J, Núñez Sánchez MÁ, Brocal Ibáñez P, Villalba Martín P, et al. Psychoeducative groups help control type 2 diabetes in a primary care setting. *Nutr Hosp.* avr 2013;28(2):497-505.
59. Janssen PG, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GE. Randomised controlled trial of intensive multifactorial treatment for cardiovascular risk in patients with screen-detected type 2 diabetes: 1-year data from the ADDITION Netherlands study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* janv 2009;59(558):43-8.
60. Deakin TA, Cade JE, Williams R, Greenwood DC. Structured patient education: the diabetes X-PERT Programme makes a difference. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* sept 2006;23(9):944-54.
61. Bastiaens H, Sunaert P, Wens J, Sabbe B, Jenkins L, Nobels F, et al. Supporting diabetes self-management in primary care: pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise. *Prim Care Diabetes.* mai 2009;3(2):103-9.
62. Agvall B, Alehagen U, Dahlström U. The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare. *Eur J Heart Fail.* févr 2013;15(2):228-36.

63. Sturt J, Hearnshaw H, Farmer A, Dale J, Eldridge S. The Diabetes Manual trial protocol - a cluster randomized controlled trial of a self-management intervention for type 2 diabetes [ISRCTN06315411]. *BMC Fam Pract.* 2006;7:45.
64. Ghorob A, Vivas MM, De Vore D, Ngo V, Bodenheimer T, Chen E, et al. The effectiveness of peer health coaching in improving glycemic control among low-income patients with diabetes: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2011;11:208.
65. Poortaghi S, Baghernia A, Golzari SEJ, Safayian A, Atri SB. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. *BMC Res Notes.* 2013;6:287.
66. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs.* mars 2011;20(5-6):692-705.
67. Kärner A, Nilsson S, Jaarsma T, Andersson A, Wiréhn A-B, Wodlin P, et al. The effect of problem-based learning in patient education after an event of CORONARY heart disease--a randomised study in PRIMARY health care: design and methodology of the COR-PRIM study. *BMC Fam Pract.* 2012;13:110.
68. Scott LD, Setter-Kline K, Britton AS. The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Appl Nurs Res ANR.* nov 2004;17(4):248-56.
69. LeBlanc A, Ruud KL, Branda ME, Tiedje K, Boehmer KR, Pencille LJ, et al. The impact of decision aids to enhance shared decision making for diabetes (the DAD study): protocol of a cluster randomized trial. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:130.
70. Van Sluijs EMF, Van Poppel MNM, Twisk JWR, Brug J, Van Mechelen W. The positive effect on determinants of physical activity of a tailored, general practice-based physical activity intervention. *Health Educ Res.* juin 2005;20(3):345-56.
71. Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V, Grey M. Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study. *Nurs Res.* févr 2009;58(1):2-12.
72. Kline KS, Scott LD, Britton AS. The use of supportive-educative and mutual goal-setting strategies to improve self-management for patients with heart failure. *Home Healthc Nurse.* sept 2007;25(8):502-10.
73. Chen EH, Thom DH, Hessler DM, Phengrasamy L, Hammer H, Saba G, et al. Using the Teamlet Model to improve chronic care in an academic primary care practice. *J Gen Intern Med.* sept 2010;25 Suppl 4:S610-4.
74. Nanchahal K, Townsend J, Letley L, Haslam D, Wellings K, Haines A. Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* mai 2009;59(562):e157-66.
75. Gucciardi E, Fortugno M, Horodezny S, Lou W, Sidani S, Espin S, et al. Will Mobile Diabetes Education Teams (MDETs) in primary care improve patient care processes and health outcomes? Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2012;13:165.

76. Rothman RL, DeWalt DA, Malone R, Bryant B, Shintani A, Crigler B, et al. Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *JAMA*. 13 oct 2004;292(14):1711-6.
77. Dontje K, Kelly-Blake K, Olomu A, Rothert M, Dwamena F, Henry R, et al. Nurse-led group visits support shared decision making in stable coronary artery disease. *J Cardiovasc Nurs*. juin 2013;28(3):269-76.
78. Freyens A, Brendel F, Massen Ch, Cogniaux St, Giet D. Programme pluridisciplinaire d'éducation à la santé de patients diabétiques de type 2 traités à domicile = Multidisciplinary educational health programme for type 2 diabetic patients in primary care. INIST-CNRS, Cote INIST : 3464, 35400013217055.0610
79. (2e programme) Dorland K, Liddy C. A pragmatic comparison of two diabetes education programs in improving type 2 diabetes mellitus outcomes. *BMC Res Notes*. 2014;7:186.
80. Jenhani M, Ben Abdelaziz A, Guerida A, Ghannem H. Efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'équilibre glycémique des diabétiques insulino traités en médecine générale
81. Herenda S, Tahirović H, Poljaković D. Impact of education on disease knowledge and glycaemic control among type 2 diabetic patients in family practice.
82. Bray P, Thompson D, Wynn JD, Cummings DM, Whetstone L. Confronting disparities in diabetes care: the clinical effectiveness of redesigning care management for minority patients in rural primary care practices. *Rural Health*. 2005 Fall;21(4):317-21.
83. Hiltunen E1, Winder PA, Rait MA, Buselli EF, Carroll DL, Rankin SH. Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabil Nurs*. 2005 Nov-Dec;30(6):221-9.
84. T. Denolle, A. Sharareh, M. Dib, M.-F. Agaesse, V. Auguste, H. Boutier, C. Bouvet, J. Maillard, A. Richard, F. Revault d'Allonnes. Efficacité d'un réseau pour la prévention secondaire chez les patients coronariens. Doi : AMCV-08-2007-100-8-0003-9683-101019-200600006
85. A.-L. Laprerie, J.-N. Trochu. Perspectives actuelles concernant l'éducation thérapeutique et les réseaux. Réflexion à partir de l'expérience du réseau Respecticœur. *Médecine des Maladies Métaboliques* Volume 7, Issue 2, March 2013, Pages 149–154
86. Miura S1, Yamaguchi Y, Urata H, Himeshima Y, Otsuka N, Tomita S, Yamatsu K, Nishida S, Saku K. Efficacy of a multicomponent program (patient-centered assessment and counseling for exercise plus nutrition [PACE+ Japan]) for lifestyle modification in patients with essential hypertension. *Hypertens Res*. 2004 Nov;27(11):859-64

E / Traduction de la grille PRISMA

(elle a été traduite lors de l'élaboration de ce travail, cependant une traduction officielle a ensuite été trouvée et retenue pour la rédaction)

1	But	Indiquez la question concernée par la revue de littérature
2	Méthode de synthèse	Identifiez la méthode de revue, et justifiez la
3	Approche	Précisez si la recherche était pré-organisée (rechercher toutes les études disponibles) ou itérative (effectuer la recherche jusqu'à saturation théorique des résultats)
4	Critères	Spécifiez les critères d'inclusion/exclusion
5	Sources	Bases de données utilisées et justification du choix
6	Stratégie	Décrire l'équation de recherche
7	Méthode de tri	Décrire le processus de recherche et de sélection des articles
8	caractéristiques	Présenter les caractéristiques des articles choisis (année, pays, population, ...)
9	Résultats du tri	Préciser le nombre d'études incluses et les causes des exclusions
10	qualité des études	Justifiez les critères de qualité qui permettent d'accepter les résultats
11	outils d'évaluation	Précisez les programmes, règles et critères utilisés pour interpréter les résultats
12	Processus d'interprétation	Est-il réalisé de façon indépendante ou par plusieurs auteurs, existe-t-il des processus de consensus ?
13	Evaluation des résultats	Discuter la qualité de l'analyse des résultats. Si certains articles ont été exclus/mis en avant en fonction de celle-ci, le justifier.
14	Extraction de données	Précisez comment ont été recueillies les données, et de quelles sections des articles elles ont été extraites.
15	Système et logiciels	Précisez le système d'exploitation et les logiciels utilisés
16	Lecteurs	Nombre et identification des personnes réalisant la revue
17	Codage	Décrire la méthode de regroupage des données
18	Comparaison	Décrire comment les résultats ont été comparés entre différents articles
19	interprétation	Expliquez si le processus d'interprétation des conclusions est inductif ou déductif
20	Citations	Fournir des citations pour illustrer les conclusions et déterminer leur part dans les interprétations de l'auteur
21	synthèse	Présenter des résultats détaillés, irréfutables et utiles qui vont au-delà d'un résumé des études de la revue

F/ Compétences à acquérir en fonction des pathologies

Ils ont été extraits des recommandations suivantes :

Diabète : Guide HAS(17) et recommandations USA(16)

HTA : Recommandations nationales canadiennes(32)

Obésité : Guide HAS(20)

Cardiopathies ischémiques : Guide HAS(33)

Insuffisance cardiaque : recommandations SF cardiologie(25) recommandations USA(40)

AOMI : Guide HAS(29)

AVC/AIT : Guide HAS(27)

A) Pour l'activité physique

→ La réduction de la durée des activités sédentaires est recommandée pour chacune des pathologies étudiées.

→ Volume d'activité :

Tableau 10 : Recommandations concernant le volume d'activité

	Obésité	Diabète Type 1	Diabète Type 2	HTA	Insuff. cardiaque	Cardiop. Isch.	AVC/AIT	AOMI
Minimal en min/semaine	150 -	90*-	90 -	90 -	90*-	150*-	150 -	90 -
Optimal en min/semaine	300 - ou 150 +	150* -	300 -	300 -	150* -	150*+	300 -	150 -

* précautions spécifiques à prendre

- effort d'intensité modérée

+ effort soutenu

Précautions spécifiques :

- **Diabète de type 1** : adapter la dose d'insuline et les apports glucidiques à l'effort pour éviter l'hypoglycémie
- **Insuffisance cardiaque** : après évaluation cardiologique (épreuve d'effort avec mesure VO₂max ; mesure de la fraction d'éjection et des pressions pulmonaires) et après une réadaptation à l'effort faite en milieu spécialisé. L'effort doit rester modéré.
- **Cardiopathie ischémique** : mêmes précautions que pour l'insuffisance cardiaque, mais avec l'aval du cardiologue, l'effort plus soutenu apporte un bénéfice.

B) Pour l'alimentation

Lorsqu'une réponse « non » est indiquée dans le tableau suivant, cela ne signifie pas que cette compétence est contre-indiquée ou néfaste, mais

simplement qu'elle n'était pas spécifiquement mentionnée dans les recommandations pour la pathologie donnée.

Tableau 11 : Recommandations alimentaires spécifiques en fonction des pathologies

Compétences recommandées	Obésité	Diab. Type1	Diab. Type2	HTA	Insuff. Cardiaq.	Cardiop. Isch.	AVC/AIT	AOMI
estimer les apports énergétiques et la part lipide / glucide / protide recommandés dans le cadre d'une alimentation saine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Trouver un équilibre alimentaire durable	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Réduire la densité énergétique des repas	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Maintenir un rythme alimentaire adapté (3 repas par jour + collation)	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Savoir faire ses courses et lire les étiquettes	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Savoir cuisiner/préparer ses repas	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Diminution des sucres raffinés	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
Diminution des acides gras saturés, du cholestérol et majoration des acides gras insaturés	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Majoration des apports en fibres	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Restriction sodée	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non

C) Pour l'observance médicamenteuse

- ➔ Un travail sur la prise régulière des traitements et sur l'observance est recommandé pour chacune des pathologies étudiées.
- ➔ Savoir faire appel à un spécialiste de façon appropriée est recommandé pour toutes les pathologies étudiées sauf l'obésité et l'HTA essentielle.

D) Sevrage tabagique

Un sevrage total est recommandé pour chacune des pathologies étudiées.

Compatibilité des pathologies

Au vu des données précédentes, un tableau de compatibilité a été établi afin d'avoir un récapitulatif des données extraites du présent travail concernant la compatibilité des pathologies entre elles au sein d'un programme d'ETP.

Tableau 12 : Compatibilité des pathologies entre elles

Compatibilité	Obésité	insuffisance cardiaque	AVC/AIT	AOMI	cardiopathie ischémique	HTA
Tout diabète	abcde	abcd	bcd	abcd	abcd	abcde
HTA	abcde	bde	abcd	abcd	abd	
cardiopathie ischémique	abde	abcde	abcde	abcde		
AOMI	abcd	bcd	bcde			
AVC/AIT	abd	cd				
insuffisance cardiaque	abd					

- a) Recommandé pour les deux pathologies
- b) Recommandé pour une des deux pathologies
- c) Association forte constatée (plus de 75% des programmes sur la base du plus petit nombre)
- d) Association faible constatée (plus de 50% des programmes sur la base du plus petit nombre) (non compté si "c" validé)
- e) Plus de 80% des compétences à acquérir similaires

Résumé

Objectif :

Analyser les compétences visées et les critères d'inclusion des populations au sein des programmes d'ETP en soins primaires mis en place dans le domaine des maladies chroniques ayant un retentissement sur le plan cardio-vasculaire

Matériel et méthode :

Une revue de la littérature a été réalisée sur les bases MedLine et EMBase de 2004 à 2014. Tous les articles décrivant des programmes ambulatoires d'ETP ciblant des pathologies à retentissement cardio-vasculaire (Diabète, HTA, Cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque, AOMI, AVC/AIT, Obésité) et répondant aux critères définis par l'OMS ont été inclus. Les critères de jugement principaux étaient la nature des pathologies et les compétences visées développés dans ces programmes.

Résultats :

86 programmes d'ETP ont été inclus et étudiés. Le diabète était la pathologie la plus représentée avec 49 programmes, suivie par l'HTA concernée par 25 programmes. Toutes les pathologies étudiées ont été incluses au moins 3 fois dans des programmes dits pluri-pathologie. Nous avons retrouvé 68 programmes mono-pathologie et 18 programmes pluri-pathologies. Les domaines de compétences visées les plus souvent développés étaient l'équilibre alimentaire (90% des programmes) et la pratique d'une activité physique (89%). L'observance médicamenteuse, le sevrage tabagique ont également été retrouvés quels que soient le nombre et la nature des pathologies.

Conclusion :

Des programmes d'ETP originaux qualifiés de « pluri-pathologie » ont été mis en évidence, ceux-ci incluent des patients porteurs de plusieurs pathologies et leurs compétences visées sont transversales et transposables d'une pathologie à l'autre. Développer ces programmes devrait faciliter la mise en place de l'ETP en soins primaires.