



Les listes de sujets sont publiées dans ScienceDirect

## Canadian Journal of Diabetes

Page d'accueil de la revue :  
www.canadianjournalofdiabetes.com

# DIABETES CANADA



Lignes directrices de pratique clinique 2018

## Éducation sur l'autogestion et encadrement

Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de Diabète Canada

Diana Sherifali, inf. aut., Ph.D., EAD, Lori D. Berard, inf. aut., EAD, Enza Gucciardi, Ph.D.,  
Barbara MacDonald, inf. aut., B.Sc.Inf., MS-DEDM, EAD, Gail MacNeill, M.Sc.Inf., inf. aut., M.Éd., EAD

### MESSAGES CLÉS

- De l'éducation sur l'autogestion, en collaboration ou interactive, et un encadrement doivent être offerts.
- Les activités éducatives offertes doivent intégrer la résolution de problèmes, l'établissement d'objectifs et l'autosurveillance des paramètres de santé pour une autogestion continue des aspects cliniques et psychosociaux des soins.
- Des activités d'apprentissage axées sur la personne et destinées à lui permettre de prendre des décisions éclairées par rapport aux objectifs qu'elle s'est fixés doivent être conçues et mises en œuvre.
- Les activités éducatives sur l'autogestion doivent être adaptées au type de diabète et au traitement recommandé, tout en tenant compte de la capacité d'apprentissage et d'adaptation de la personne, de sa culture, de ses croyances et préférences en matière de santé, de son niveau de littératie, de sa situation socio-économique et d'autres problèmes de santé.
- Des services d'encadrement de l'autogestion centrés sur les objectifs et les besoins de la personne doivent être créés et offerts.

### MESSAGES CLÉS POUR LES PERSONNES DIABÉTIQUES

- Divers programmes d'éducation et d'encadrement vous sont offerts. Ils peuvent inclure des cours en groupe et des consultations individuelles, de même que des stratégies axées sur des technologies de l'information (p. ex., programmes informatiques en ligne, applications pour téléphone cellulaire).
- Il est fortement recommandé de faire des démarches pour obtenir des services d'éducation et d'encadrement sur l'autogestion du diabète dès que vous recevez un diagnostic de diabète, puis lorsque des changements surviennent dans votre traitement contre le diabète, votre état de santé ou vos conditions de vie.
- En coopérant avec votre équipe de soins diabétologiques, vous pourrez :
  - établir une relation de confiance et de collaboration;
  - fixer des objectifs pour votre diabète et votre santé;
  - cibler les stratégies qui vous aideront à prendre en charge votre diabète.

La nature dynamique du diabète et son retentissement sur de multiples aspects de la vie obligent continuellement la personne diabétique à prendre des décisions concernant ses soins. La portée de ce chapitre a par conséquent été élargie afin d'inclure non seulement l'éducation sur l'autogestion, mais aussi l'encadrement des soins auto-administrés, compte tenu du nombre croissant de données probantes attestant de ses bienfaits chez les personnes atteintes de diabète, surtout lorsqu'il est combiné à une éducation sur l'autogestion<sup>1</sup>.

L'éducation sur l'autogestion vise à appuyer la prise de décisions qui entraîneront l'amélioration de certaines variables (p. ex., connaissance, attitudes et auto-efficacité) ainsi que des comportements liés à la santé et des résultats cliniques<sup>2</sup>. L'éducation sur l'autogestion est définie comme une intervention systématique qui requiert de la personne qu'elle participe activement à la surveillance des paramètres de sa santé et aux décisions connexes en s'appuyant sur ses connaissances et ses compétences<sup>3</sup>. Elle

repose aussi sur le principe que la collaboration patient-professionnel de la santé, les approches et l'acquisition de compétences en matière de résolution de problèmes, sont des éléments essentiels d'une autogestion durable<sup>4</sup>. L'encadrement intègre des activités favorisant l'adoption et le maintien de comportements qui assureront une autogestion durable du diabète, parmi lesquelles l'éducation, la modification des comportements et le soutien psychosocial ou clinique<sup>5,6</sup>. L'éducation sur l'autogestion et l'encadrement visent à créer des occasions pour les personnes diabétiques de s'informer et d'être motivées à intégrer en continu des pratiques et des comportements efficaces d'autogestion du diabète. À ce jour, un ensemble croissant de données probantes issues de la recherche indique qu'en matière d'autogestion, la combinaison de l'éducation et de l'encadrement est des plus avantageuse pour améliorer la maîtrise glycémique, l'auto-efficacité et l'auto-administration des soins (c'est-à-dire la surveillance de la glycémie et une alimentation saine), ainsi que pour réduire la détresse liée au diabète et les complications podologiques<sup>1,6</sup>.

### Éducation sur l'autogestion

Plusieurs méta-analyses ont montré que l'éducation sur l'autogestion est associée à des bienfaits cliniques importants chez les personnes diabétiques, entre autres, une baisse du taux d'hémoglobine glycosylée (HbA<sub>1c</sub>)<sup>1,3,7-11</sup>, une amélioration des facteurs de risque cardiovasculaire et une réduction des ulcères, infections et amputations du pied<sup>1</sup>. Une vaste étude de cohorte menée dans la population générale, à laquelle participaient 27 278 personnes atteintes de diabète de type 2 sans antécédent de maladie cardiovasculaire (MCV) connue, a révélé que la participation à des activités structurées d'éducation sur le diabète était associée à une réduction de 44 % de la mortalité globale, de 20 % de la survenue d'un premier épisode de MCV, et de 30 % des accidents vasculaires cérébraux (AVC)<sup>12</sup>. Une autre étude de cohorte rétrospective, menée auprès de 26 790 personnes ayant assisté à au moins une séance d'éducation sur le diabète, a mis en évidence une réduction des dépenses de santé liées au diabète après 12 mois, par rapport aux personnes n'ayant assisté à aucune activité éducative sur le diabète<sup>13</sup>. Une amélioration de la qualité de vie<sup>14</sup> a aussi été observée, en plus du maintien de la perte de poids et d'un bon état de santé cardiovasculaire, jusqu'à quatre ans après l'éducation reçue<sup>15</sup>. L'éducation sur l'autogestion a aussi amélioré l'auto-efficacité à court et à long terme (un an) et réduit le stress lié au diabète<sup>16</sup>.

### Définition de l'éducation sur l'autogestion

L'éducation sur l'autogestion du diabète a évolué d'un enseignement didactique traditionnel vers une diversité d'interventions éducatives, psychologiques et comportementales qui font appel à des méthodes

Les déclarations de conflits d'intérêts se trouvent à la page S40.

1499-2671 © 2018 Association canadienne du diabète.

L'Association canadienne du diabète est le propriétaire enregistré du nom Diabète Canada.

<https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.006>

d'enseignement axées sur la collaboration et sont adaptées aux besoins particuliers de chacun<sup>17</sup>. L'éducation sur l'autogestion englobe tout processus éducatif qui procure à une personne les connaissances et les compétences qui lui permettront de prendre des décisions éclairées, de renforcer sa capacité à les appliquer aux situations de la vie quotidienne et de se sentir apte à le faire<sup>4</sup>. Les interventions et les stratégies d'autogestion continue des aspects médical, comportemental et émotionnel des soins peuvent être intégrées à la formation axée sur l'acquisition de connaissances et de compétences techniques<sup>1</sup>.

Un examen de 18 revues systématiques a révélé que les interventions éducatives qui mettent l'accent sur le soutien éducatif, émotionnel et comportemental, les stratégies d'adaptation et la formation sur l'autogestion étaient associées à une maîtrise glycémique accrue à tout âge<sup>1</sup>. En outre, les méthodes d'éducation sur l'autogestion qui intègrent l'établissement d'objectifs individuels<sup>16</sup>, la collaboration, la résolution de problèmes<sup>18</sup>, des stratégies d'autonomisation et une éducation adaptée aux besoins du patient<sup>1</sup> se sont révélées efficaces pour améliorer la maîtrise glycémique et les résultats des soins auto-administrés chez les personnes diabétiques. Qui plus est, l'éducation sur l'autogestion entraîne des changements positifs en ce qui concerne les connaissances liées au diabète<sup>19</sup>, mais aussi du point de vue psychologique<sup>20-23</sup> et comportemental<sup>20,24</sup>. L'éducation sur l'autogestion intègre des connaissances et des compétences de base, comme la surveillance des paramètres de santé pertinents, une alimentation saine, l'activité physique, la pharmacothérapie, la prévention et la prise en charge de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie, ainsi que la prévention et la surveillance des complications. La formation sur l'acquisition de compétences comprend l'autosurveillance de la glycémie (ASG), des choix alimentaires sains, l'intégration de l'activité physique, la gestion du stress, l'observance thérapeutique et les ajustements posologiques<sup>25,26</sup>. Enfin, la recherche montre que le fait de combiner des interventions cognitives et affectives (émotionnelles) complexes, pour aider à déceler les problèmes, à en cerner les causes possibles et à trouver des façons d'y remédier, est des plus efficace pour améliorer la maîtrise glycémique<sup>27</sup>. Il est possible de parfaire l'acquisition des connaissances par des interventions cognitivo-comportementales afin de réaliser un changement à long terme des comportements d'autogestion<sup>7,20,22,28</sup>. Ces interventions peuvent inclure la résolution de problèmes, une thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la gestion du stress, l'établissement d'objectifs et des techniques de relaxation. Toutes ces interventions sont fondées sur l'idée que la prise de conscience personnelle et la modification des pensées (possiblement inconscientes) et des émotions qu'elles génèrent sont essentielles pour susciter un véritable changement de comportement<sup>29</sup>.

Les interventions cognitivo-comportementales ont des points communs, notamment une approche axée sur le patient, une prise de décision partagée, l'acquisition de compétences en résolution de problème et la mise en œuvre de plans d'action orientés vers les objectifs que s'est fixés le patient<sup>20,22,30</sup>. En outre, elles peuvent être utilisées pour des séances individuelles ou en groupe<sup>17,20</sup>. Les interventions en groupe sont généralement plus efficaces pour la maîtrise à court terme de la glycémie. Elles entraînent aussi une réduction des taux d'HbA<sub>1c</sub> plus importante lorsqu'elles sont combinées à des séances de suivi individuelles plutôt qu'utilisées isolément<sup>31</sup>. Les interventions cognitivo-comportementales sont efficaces pour réduire le taux d'HbA<sub>1c</sub><sup>8,32,33</sup>, améliorer la qualité de vie<sup>34,35</sup> et renforcer les comportements d'autogestion de la maladie<sup>20,32</sup>, bien que d'autres études indiquent des résultats mitigés<sup>7,28</sup>. Une méta-analyse d'interventions comportementales réalisées auprès de personnes atteintes de diabète de type 1 a mis en évidence une réduction du taux d'HbA<sub>1c</sub> de 0,29 % après 6 mois<sup>9</sup>. Une méta-analyse en réseau a révélé que des interventions comportementales totalisant 11 heures ou plus étaient associées à une réduction du taux d'HbA<sub>1c</sub> d'au moins 0,4 % dans les cas de diabète de type 2. Cette réduction était encore plus importante chez les personnes dont le taux d'HbA<sub>1c</sub> initial était supérieur à 7,0 %, chez les adultes de moins de 65 ans et au sein des minorités visibles<sup>10</sup>. Les interventions qui associent des stratégies d'acquisition des connaissances et d'autogestion des

soins<sup>22,28</sup> semblent être plus efficaces que les programmes purement didactiques et axés sur les connaissances lorsqu'il s'agit de renforcer les connaissances, l'auto-efficacité et les comportements d'autogestion des soins et de parvenir à une maîtrise métabolique<sup>8,17,32,36</sup>.

### Services d'éducation sur l'autogestion

L'éducation sur l'autogestion du diabète a pour fondement l'établissement d'une relation de confiance et de collaboration entre le patient et le professionnel de la santé<sup>6,8</sup>. De plus en plus d'études montrent que, lorsqu'elle intervient tôt au cours de la maladie, l'éducation sur l'autogestion du diabète améliore la maîtrise glycémique<sup>1</sup>. Cela dit, sans encadrement, les améliorations statistiquement et cliniquement significatives du taux d'HbA<sub>1c</sub> ont rarement été maintenues pendant plus de trois mois<sup>1</sup>. Une communication fréquente est la clé du succès des interventions d'une équipe interprofessionnelle de soins diabétologiques, en milieu hospitalier, comme en milieu communautaire<sup>37,38</sup>. Une communication individuelle efficace avec un professionnel de la santé peut améliorer l'observance thérapeutique en aplanissant les obstacles à la prise en charge globale du diabète<sup>39</sup>. De nombreuses revues systématiques montrent que l'accès à une équipe interprofessionnelle offrant de l'éducation en matière de diabète est associé à des améliorations de la maîtrise de la glycémie, des lipides et de la tension artérielle (TA)<sup>1</sup>. Les interventions axées sur l'éducation en matière de diabète faisant appel à une combinaison de professionnels de la santé (éducateur spécialisé en diabète) ont permis de mieux maîtriser la glycémie chez les personnes atteintes de diabète de type 2 (-1,84 %) que les interventions faisant intervenir uniquement du personnel infirmier (-0,80 %) ou non infirmier (-0,77 %) <sup>40</sup>. La collaboration entre du personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé est cependant des plus efficace pour réduire le taux d'HbA<sub>1c</sub> (-1,84 %) <sup>40</sup>. En outre, le fait d'élargir le rôle des éducateurs à la gestion des médicaments, ainsi qu'à l'encadrement et à la surveillance des personnes diabétiques est associé à des améliorations de la maîtrise glycémique, du cholestérol et de la TA<sup>1</sup>. D'autres données probantes sur l'utilité des technologies nouvelles dans le cadre de l'éducation sur l'autogestion du diabète restent à venir. D'après la littérature actuelle, les environnements virtuels offriraient une plateforme possible et utile pour l'éducation sur le diabète et l'encadrement des personnes diabétiques, ainsi que pour les éducateurs<sup>41,42</sup>. La prestation en ligne de services d'éducation sur l'autogestion est plus efficace que les soins habituels pour améliorer la maîtrise glycémique et les connaissances sur le diabète chez les adultes atteints de diabète de type 2<sup>1,41</sup>. Internet peut accroître l'accès de nombreuses personnes à de l'éducation en ligne sur le diabète et leur permettre d'apprendre à leur propre rythme. La possibilité pour une personne d'interagir avec un éducateur (professionnel de la santé) ou de lui envoyer un message est une option intéressante<sup>41</sup>; toutefois, selon une majorité d'études, l'utilisation d'Internet (ou du Web) diminue au fil du temps<sup>2,41</sup>. De nouveaux documents en ligne pourraient devoir être ajoutés pour susciter un engagement continu<sup>41</sup>. L'utilisation de modules interactifs permettant un suivi et une rétroaction adaptée, l'ajout de composantes personnalisées par les conseillers ou les pairs solidaires, ou l'accès aux adresses électroniques et aux numéros de téléphone des personnes-ressources ouvrent la porte et contribuent à la création de cybercommunautés<sup>42</sup>.

D'après une méta-analyse des interventions informatisées d'autogestion du diabète axées sur le diabète de type 2 (par l'intermédiaire d'applications cliniques, Web et mobiles), ces activités ont eu un effet bénéfique modeste sur le taux d'HbA<sub>1c</sub> (-0,2 %), mais cet effet était accru dans le sous-groupe de la téléphonie mobile (-0,5 %) <sup>43</sup>. Cela dit, rien ne prouvait que ces interventions aient eu un effet positif sur d'autres résultats biologiques, cognitifs, comportementaux ou émotionnels<sup>43</sup>. Les applications mobiles, surtout l'envoi de textos, peuvent aussi être utilisées comme des outils didactiques pour améliorer les résultats chez les personnes atteintes de diabète de type 2<sup>2,44</sup>. Dans une méta-analyse de 13 études, le taux d'HbA<sub>1c</sub> entre les groupes d'intervention et les groupes de soins habituels affichait un écart de 0,53 %. Le caractère avantageux de ces interventions ne fait pas l'unanimité; certains mentionnent une satisfaction élevée et d'autres rapportent que des participants auraient demandé de cesser l'envoi des textos avant la fin de l'intervention. Une faible adhésion a aussi été

rapportée en présence d'interfaces plus ou moins conviviales ou de participants n'ayant pas l'habitude d'utiliser des applications Web mobiles<sup>2</sup>. L'âge, l'ancienneté du diabète, l'HbA<sub>1c</sub>, ainsi que le type et la durée de l'intervention peuvent aussi influencer sur l'efficacité de ces approches<sup>44</sup>.

#### *Adaptation de l'éducation sur l'autogestion*

Le contenu et les composantes axées sur l'acquisition de compétences de l'éducation sur l'autogestion sont des plus efficaces lorsqu'ils tiennent compte du type de diabète et du traitement recommandé, de la capacité d'apprentissage et d'adaptation au changement de la personne, de sa culture et de ses croyances qui en découlent, de ses opinions et de ses préférences en matière de santé, de son niveau de littératie, des obstacles socio-économiques et d'autres problèmes de santé<sup>8,31,45</sup>. Il est primordial que les services d'éducation soient personnalisés. Toutes les études portant sur l'évaluation d'un module d'éducation adapté aux réalités culturelles (qui intègre les traditions culturelles ou religieuses, les valeurs et les croyances, la prestation des services dans la langue choisie par la personne, des conseils nutritionnels pertinents sur le plan culturel, les besoins de la personne et la participation éventuelle de membres de la famille) font état d'une amélioration des connaissances en matière de diabète, des comportements d'autogestion et des résultats cliniques<sup>46,47</sup>. Les interventions adaptées à la famille et à la culture sont particulièrement pertinentes dans les communautés minoritaires. Un ensemble d'études contrôlées avec répartition aléatoire et de revues systématiques montre que les soins médicaux adaptés aux réalités culturelles entraînent une réduction des taux d'HbA<sub>1c</sub>, en plus d'améliorer les connaissances en matière de diabète et la qualité de vie<sup>34,37,48</sup>. Le soutien familial et social a un effet positif sur la maîtrise métabolique et les comportements d'autogestion<sup>37,48,49</sup>. Pour le diabète de type 1 comme de type 2, les interventions ciblant la capacité familiale à gérer le stress ont entraîné une diminution des conflits. En outre, le fait d'avoir un partenaire qui participe aux soins a eu un effet positif sur la maîtrise glycémique<sup>49</sup>.

Des revues et méta-analyses concluent qu'une éducation sur le diabète adaptée aux réalités culturelles entraîne, dans le cas du diabète de type 2, des effets bénéfiques à court et à moyen terme (qui persistent jusqu'à 24 mois) sur la maîtrise glycémique (réduction moyenne de l'HbA<sub>1c</sub> de 0,2 % à 0,5 %) et des résultats améliorés (qui persistent jusqu'à 6 mois) en ce qui concerne les connaissances liées au diabète et les comportements sains<sup>47,50</sup>. Les études ciblant les caractéristiques de programmes associées à un taux de réussite accru auprès des populations minoritaires montrent des réductions plus importantes du taux d'HbA<sub>1c</sub> pour les programmes d'éducation individuels et en personne que pour les programmes d'éducation sur le diabète s'adressant à des groupes<sup>46,51</sup>. Les interventions dont le contenu et la documentation visent les patients dont le niveau de littératie et de numératie est faible peuvent entraîner une amélioration des résultats, notamment du taux d'HbA<sub>1c</sub>, de l'auto-efficacité et de la TA<sup>52</sup>. Inculquer aux professionnels de la santé les principes de la littératie, de la numératie et d'une communication claire en matière de santé peut aussi être efficace pour surmonter les obstacles liés à un faible niveau de littératie<sup>53,54</sup>.

Dernier point, la capacité d'une personne à cerner les problèmes ou à reconnaître le besoin d'améliorer les soins auto-administrés joue un rôle essentiel dans toute intervention cognitivo-comportementale<sup>32,55</sup>. Le rôle du professionnel de la santé est d'agir en collaboration afin de faciliter cette prise de conscience des problèmes ou leur détermination<sup>4</sup>. Pour appuyer cette démarche, certains outils normalisés, notamment les questionnaires sur les connaissances, l'échelle PAID (Problem Areas in Diabetes)<sup>56</sup>, la mesure de la compétence perçue à l'égard des soins auto-administrés du diabète<sup>16</sup>, l'inventaire des soins auto-administrés – révisé (SCI-R 2005)<sup>57</sup> ou le sommaire des activités d'autogestion du diabète<sup>58</sup>, peuvent se révéler utiles<sup>59</sup>, bien qu'ils aient surtout été utilisés à des fins de recherche.

#### *Encadrement de l'autogestion*

L'encadrement de l'autogestion (voir le chapitre Organisation des soins, p. S27) fait référence aux politiques et aux personnes qui favorisent les comportements d'autogestion la vie durant et qui ne sont pas exclusivement axées sur des processus éducatifs. Selon un nombre croissant de données probantes, l'encadrement de l'autogestion peut prolonger les bienfaits à court terme de l'éducation sur l'autogestion<sup>1,6</sup>. Même si les éducateurs spécialisés en diabète ont toujours dispensé des services d'encadrement de l'autogestion, il leur est de plus en plus difficile d'offrir et de maintenir certains de ces services, notamment le suivi fréquent et la gestion en continu des cas, compte tenu de l'augmentation du nombre de cas, de la complexité des soins personnalisés du diabète, ainsi que du temps et des ressources limités dont ils disposent<sup>6</sup>.

#### *Définition de l'encadrement de l'autogestion*

L'encadrement de l'autogestion du diabète désigne toute stratégie qui renforce la capacité d'une personne à prendre elle-même en charge son diabète<sup>6</sup>. Cet encadrement peut inclure un suivi fréquent par un professionnel de la santé, le parrainage d'activités liées au diabète, du soutien de la part des pairs ou des travailleurs de la santé communautaire et la liaison avec des groupes de soutien communautaires ou de défense des intérêts. À ce jour, un ensemble croissant de données probantes issues de la recherche indique qu'en matière d'autogestion, la combinaison d'activités d'éducation et d'encadrement est des plus profitable lorsqu'il s'agit d'améliorer la maîtrise glycémique, l'auto-efficacité et les comportements d'autogestion, la durée liée au diabète et les complications podologiques<sup>16,16</sup>.

#### *Prestation de services d'encadrement de l'autogestion*

Il est possible d'épargner du temps et d'offrir des services efficaces d'encadrement de l'autogestion grâce à la disponibilité de plusieurs technologies, comme l'Internet, le cyberapprentissage et les cybercommunautés, les textos<sup>60-64</sup>, le courrier électronique, les rappels téléphoniques automatisés<sup>65</sup> et les services de télésanté (ou téléphoniques)<sup>66-69</sup>. Même si la stratégie de prestation des services d'encadrement de l'autogestion semble être fonction de la population et du contexte, les données probantes indiquent que les interactions fréquentes avec les systèmes de messagerie texte de la téléphonie mobile, lorsqu'elles sont combinées à Internet pour retransmettre les mesures de la glycémie, sont associées à une maîtrise accrue de la glycémie<sup>1,43,44,70</sup>. D'autres revues systématiques de programmes destinés aux personnes atteintes de diabète de type 2 et axés sur l'adoption de comportements sains ont révélé que les programmes Web sont efficaces pour accroître l'activité physique<sup>43,71</sup>, réduire la consommation de matières grasses<sup>43</sup> et améliorer l'alimentation dans son ensemble<sup>42</sup>. Enfin, dans le cadre de plusieurs études à petite échelle, des résultats améliorés ont été obtenus par rapport aux groupes témoins grâce à l'utilisation de systèmes de rappel et de calendriers de suivi. Ces résultats comprennent l'amélioration de divers aspects, notamment de l'autosurveillance de la glycémie (ASG)<sup>60,65,71,72</sup>, de l'observance des algorithmes de traitement<sup>73</sup>, de l'auto-efficacité<sup>66,66-68</sup>, de la qualité de vie<sup>74</sup> et des résultats cliniques, y compris une réduction du taux d'HbA<sub>1c</sub><sup>61-64,67,70,75,76</sup> et du poids<sup>69,77</sup>.

Les pairs animateurs peuvent favoriser les pratiques des équipes multidisciplinaires en encadrant l'autogestion. Des études sur l'encadrement par les pairs montrent une réduction importante du taux d'HbA<sub>1c</sub> de 0,57 %, les interventions individuelles entraînant la plus forte réduction du taux d'HbA<sub>1c</sub> (-0,91 %), comparativement aux interventions en groupe ou aux interventions en groupe et individuelles combinées<sup>78</sup>. La supériorité des programmes mis en œuvre par des pairs, comparativement à des programmes similaires mis en œuvre par des professionnels de la santé, n'a pas encore été démontrée dans des populations générales de personnes atteintes de diabète de type 2<sup>79,80</sup>. Des études portant sur l'effet additionnel des pairs éducateurs ont mis en évidence une variabilité du changement comportemental et des résultats cliniques<sup>81,82</sup>. Même si la formation et le champ d'activité du rôle de pair dirigeant ou de travailleur de soutien de la communauté ne sont pas clairement énoncés dans la littérature, il existe des exemples de situations où ce rôle a été créé, exercé et évalué avec succès en milieu clinique et communautaires<sup>78,83</sup>.

### Adaptation de l'encadrement de l'autogestion

L'une des activités d'encadrement de l'autogestion des plus simples à adapter comprend un suivi fréquent avec un éducateur spécialisé en diabète<sup>84</sup>. Après la prestation de services d'éducation, un encadrement téléphonique (à raison de quatre appels par année) visant à joindre les personnes diabétiques issues de populations minoritaires à faible revenu a entraîné une réduction de 0,9 % du taux d'HbA<sub>1c</sub> chez les participants ayant fait l'objet d'un suivi téléphonique, comparativement à ceux qui n'en avaient pas bénéficié. Ces résultats indiquent qu'une intervention téléphonique par des éducateurs infirmiers spécialisés en diabète est, d'un point de vue clinique, une stratégie d'encadrement efficace pour diverses populations atteintes de diabète<sup>84</sup>.

Les travailleurs de la santé communautaire peuvent aussi jouer un rôle important dans l'adaptation des activités d'encadrement destinées à des populations d'origines ethniques diversifiées. Une revue systématique a révélé qu'une réduction de 0,37 % à 0,75 % du taux d'HbA<sub>1c</sub> pouvait être obtenue lorsqu'une population minoritaire disposait d'un travailleur de la santé communautaire, les améliorations les plus importantes étant observées à 3 mois<sup>83</sup>. Les pairs et les travailleurs de la santé communautaire peuvent offrir des services d'encadrement de l'autogestion et épauler des personnes diabétiques dans l'environnement communautaire, principalement dans les milieux confessionnels et les centres de santé communautaire, ou encore à l'occasion d'événements communautaires<sup>83</sup>.

En somme, le parrainage des personnes diabétiques semble une intervention d'encadrement de l'autogestion de plus en plus prometteuse, qui offre des occasions de soutien personnalisé, selon les besoins en autogestion et les préférences de la personne. Selon une revue systématique récente, le rôle de parrainage englobe l'établissement d'objectifs, l'acquisition de connaissances, les soins personnalisés et un suivi fréquent ou continu<sup>85</sup>. Toujours selon cette revue, l'accès des personnes diabétiques à des activités de parrainage, lorsqu'elles sont offertes en combinaison avec les soins habituels sur une période de 3 mois à 1 an, a entraîné une réduction de 0,32 % du taux d'HbA<sub>1c</sub><sup>85</sup>; toutefois, les exigences de la formation et de la réglementation associées au parrainage des personnes diabétiques n'ayant pas été clairement définies, il subsiste des divergences importantes dans le champ d'activité des intervenants.

### Conclusions

Les données probantes attestent de l'effet bénéfique de l'encadrement de l'autogestion du diabète sur les plans clinique, émotionnel et comportemental. Il est de plus en plus évident que les programmes multidimensionnels intégrant des interventions comportementales ou psychosociales, ainsi que des activités d'apprentissage et d'acquisition des compétences sont plus efficaces que les programmes d'enseignement didactique ou centrés sur une seule stratégie<sup>1,7,9,10,17,45</sup>. En outre, l'encadrement de l'autogestion, lorsqu'il est combiné à de l'éducation sur l'autogestion, est complémentaire et prolonge la durée des bienfaits à court terme de l'éducation sur l'autogestion<sup>1,6</sup>. Les interventions incluant la prestation directe des services (face-à-face), une méthode cognitivo-comportementale et la mise en pratique des contenus sont plus susceptibles d'améliorer la maîtrise de la glycémie<sup>33,45,86</sup>. Les interventions comportementales les plus efficaces comprennent une approche axée sur le patient, le partage de la prise de décisions, le développement de compétences en résolution de problèmes et la mise en œuvre de plans d'action orientés vers les objectifs que le patient s'est fixés (figure 1).

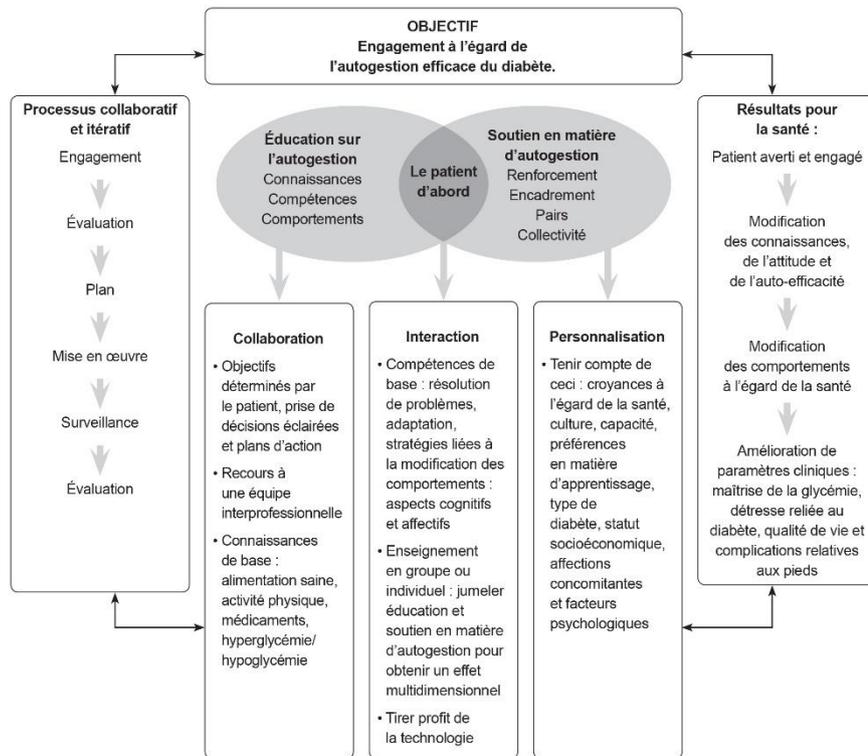


Figure 1. Exemple d'un modèle pour l'éducation sur l'autogestion et l'encadrement

## RECOMMANDATIONS

- Des activités éducatives sur le diabète visant à accroître les pratiques et les comportements d'autogestion devraient être offertes aux personnes diabétiques, au moment opportun [catégorie A, niveau 1A<sup>1,7,9,10,38,45</sup>].
- Une formation sur l'autogestion du diabète devrait être offerte à toute personne atteinte de diabète apte à prendre en charge ses soins [catégorie B, niveau 2<sup>16,38,40</sup>].
- Une éducation sur l'autogestion comportant des interventions éducatives cognitivo-comportementales, telles que la résolution de problèmes, l'établissement d'objectifs ainsi que l'auto-surveillance des paramètres de santé, des modifications apportées à l'alimentation et de l'activité physique, devrait être entreprise chez toute personne atteinte de diabète [catégorie B, niveau 2<sup>18,20,33,42,45,71,86,87</sup>].
- Des séances d'éducation sur le diabète peuvent être offertes en petits groupes ou individuellement [catégorie A, niveau 1A<sup>88,89</sup>, pour le diabète de type 2; catégorie D, consensus, pour le diabète de type 1].
- Les professionnels de la santé devraient tirer parti des interventions qui entraînent une participation et une collaboration accrues de la personne diabétique aux décisions qui concernent ses soins de santé [catégorie B, niveau 2<sup>38</sup>].
- Des services d'encadrement de l'autogestion devraient être offerts afin d'aider les personnes à prendre en charge leur diabète et à persister dans ce comportement [catégorie B, niveau 2<sup>1</sup>]. Ces services peuvent prendre différentes formes :
  - Encadrement par des pairs dirigeants ou des travailleurs de soutien de la communauté [catégorie B, niveau 2<sup>6,78,83</sup>]
  - Parrainage d'activités liées au diabète [catégorie B, niveau 2<sup>85</sup>].
  - Suivi téléphonique [catégorie B, niveau 2<sup>84</sup>].

- Au besoin, des interventions éducatives ciblant la capacité de la famille à gérer le stress ou les conflits liés au diabète, pour les personnes atteintes de diabète de type 1 comme de type 2 [catégorie B, niveau 2<sup>49</sup>].
- Différentes technologies, notamment les programmes informatisés en ligne, les systèmes de surveillance de la glycémie, les textos brefs et les applications mobiles, peuvent être utilisés pour faciliter l'autogestion, de façon à améliorer la maîtrise glycémique [catégorie A, niveau 1A<sup>44,70</sup>, pour le diabète de type 2; catégorie B, niveau 2<sup>1</sup>, pour le diabète de type 1].
- Des activités éducatives sur l'autogestion et un encadrement adaptés aux réalités culturelles, avec ou sans l'intervention de pairs éducateurs ou profanes, peuvent être offertes pour améliorer les connaissances sur le diabète et les comportements d'autogestion, de même que pour réduire le taux d'HbA<sub>1c</sub> [catégorie A, niveau 1A<sup>44,70,50</sup>].
- L'ajout de ressources tenant compte du niveau de littératie et de numératie à un programme complet d'éducation et d'encadrement axé sur l'autogestion du diabète permet d'améliorer les connaissances, l'auto-efficacité et les mesures de l'HbA<sub>1c</sub> chez les personnes ayant un faible niveau de littératie [catégorie C, niveau 3<sup>52</sup>].

### Abréviations :

HbA<sub>1c</sub>, hémoglobine glycosylée; MCV, maladie cardiovasculaire; TA, tension artérielle

### Autres lignes directrices pertinentes

Organisation des soins diabétologiques, p. S27  
 Surveillance de la maîtrise de la glycémie, p. S47  
 Diabète et santé mentale, p. S130  
 Le diabète de type 1 chez les enfants et les adolescents, p. S234

## Déclarations de conflits d'intérêts des auteurs

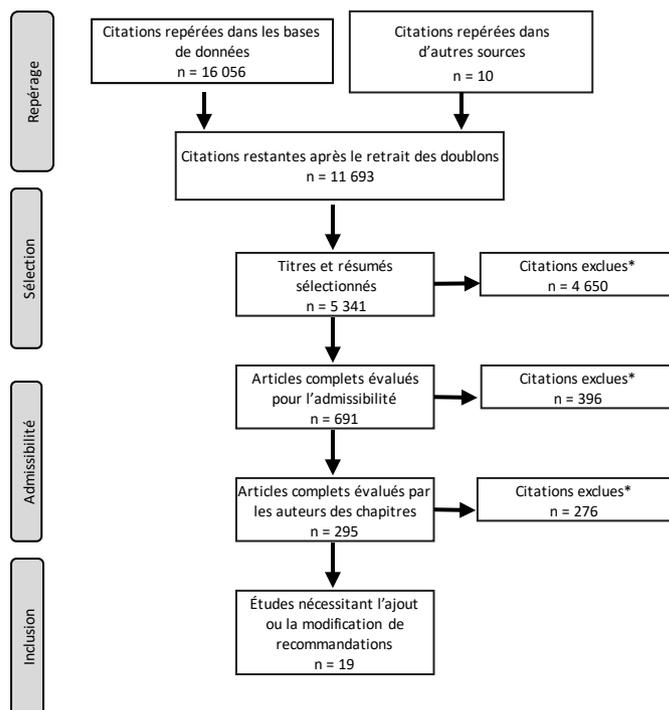
La Dr<sup>e</sup> Sherifali déclare avoir entrepris un programme de recherche financé par AstraZeneca. Lori Berard a reçu des honoraires à titre de consultante ou de conférencière de la part des sociétés Bayer, Boehringer Ingelheim, Sanofi, Eli Lilly, Novo Nordisk, Janssen, AstraZeneca et Merck. Les autres auteurs n'ont rien à déclarer.

## Références

- Worswick J, Wayne SC, Bennett R, et al. Improving quality of care for persons with diabetes: An overview of systematic reviews – what does the evidence tell us? *Syst Rev*. 2013;2:26.
- Arambepola C, Ricci-Cabello I, Manikavasagam P, et al. The impact of automated brief messages promoting lifestyle changes delivered via mobile devices to people with type 2 diabetes: A systematic literature review and meta-analysis of controlled trials. *J Med Internet Res*. 2016;18:e86.
- Chodosh J, Morton SC, Mojica W, et al. Meta-analysis: Chronic disease selfmanagement programs for older adults. *Ann Intern Med*. 2005;143:427-438.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288:2469-2475.
- Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care*. 2015;34:70-80.
- Siminiero L, Ruppert KM, Gabbay RA. Who can provide diabetes self-management support in primary care? Findings from a randomized controlled trial. *Diabetes Educ*. 2013;39:705-713.
- Minet L, Møller S, Vach W, et al. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Educ Couns*. 2010;80:29-41.
- Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, et al. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2003;29:488-501.
- Pillay J, Armstrong MJ, Butalia S, et al. Behavioral programs for type 1 diabetes mellitus. A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;163:836-847.
- Pillay J, Armstrong MJ, Butalia S, et al. Behavioral programs for type 2 diabetes mellitus: A systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;163:848-860.
- Chvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Educ Couns*. 2016;99:926-943.
- Wong CK, Wong WC, Wan YF, et al. Patient Empowerment Programme in primary care reduced all-cause mortality and cardiovascular diseases in patients with type 2 diabetes mellitus: A population-based propensity-matched cohort study. *Diabetes Obes Metab*. 2015;17:128-135.
- Dalal MR, Robinson SB, Sullivan SD. Real-world evaluation of the effects of counseling and education in diabetes management. *Diabetes Spectr*. 2014;27:235-243.
- Cochran J, Conn VS. Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. *Diabetes Educ*. 2008;34:815-823.
- The Look Ahead Research Group. Long term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes: Four year results of the Look AHEAD Trial. *Arch Intern Med*. 2010;170:1566-1575.
- Sperl-Hillen J, Beaton S, Fernandes O, et al. Are benefits from diabetes self-management education sustained? *Am J Manag Care*. 2013;19:104-112.
- Fan L, Sidani S. Effectiveness of diabetes self-management education intervention elements: A meta-analysis. *Can J Diabetes*. 2009;33:18-26. [http://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671\(09\)31005-9/pdf](http://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671(09)31005-9/pdf).
- Fitzpatrick SL, Schumann KP, Hill-Briggs F. Problem solving interventions for diabetes self-management and control: A systematic review of the literature. *Diabetes Res Clin Pract*. 2013;100:145-161.
- Scain SF, Friedman R, Gross JL. A structured educational program improves metabolic control in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes Educ*. 2009;35:603-611.
- Kulzer B, Hermanns N, Reinecker H, et al. Effects of self-management training in Type 2 diabetes: A randomized, prospective trial. *Diabet Med*. 2007;24:415-423.
- Sturt JA, Whitlock S, Fox C, et al. Effects of the diabetes manual 1:1 structured education in primary care. *Diabet Med*. 2008;25:722-731.
- Davies MJ, Heller S, Skinner TC, et al. Effectiveness of the diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: Cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;336:491-495.
- Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, et al. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci*. 2007;9:135-141.
- Christian JG, Bessesen DH, Byers TE, et al. Clinic-based support to help overweight patients with type 2 diabetes increase physical activity and lose weight. *Arch Intern Med*. 2008;168:141-146.
- Association canadienne du diabète. Direction de la Section des éducateurs en diabète. Building competency in diabetes education: The essentials. Toronto: Direction de la Section des éducateurs en diabète de l'Association canadienne du diabète, 2008.
- American Association of Diabetes Educators. Position statement. Standards for outcome measures of diabetes self-management. *Diabetes Educ*. 2003;29:804-816.
- Pownall HJ, Bray GA, Wagenknecht LE, et al. Changes in body composition over 8 years in a randomized trial of a lifestyle intervention: The look AHEAD study. *Obesity (Silver Spring)*. 2015;23:565-572.
- Magwood GS, Zapka J, Jenkins C. A review of systematic reviews evaluating diabetes interventions: Focus on quality of life and disparities. *Diabetes Educ*. 2008;34:242-265.
- Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*. 2004;363:1589-1597.
- Gambling T, Long AF. The realisation of patient-centred care during a 3-year proactive telephone counselling self-care intervention for diabetes. *Patient Educ Couns*. 2010;80:219-226.
- Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*. 2002;25:1159-1171.
- Ismail K, Maissi E, Thomas S, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy and motivational interviewing for people with type 1 diabetes mellitus with persistent sub-optimal glycaemic control: A Diabetes and Psychological Therapies (ADAPT) study. *Health Technol Assess*. 2010;14:1-101, iii-iv.
- Weinger K, Beverly EA, Lee Y, et al. The effect of a structured behavioral intervention on poorly controlled diabetes: A randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011;171:1990-1999.
- Kim MT, Han HR, Song HJ, et al. A community-based, culturally tailored behavioral intervention for Korean Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2009;35:986-994.
- Toobert DJ, Glasgow RE, Strycker LA, et al. Long-term effects of the Mediterranean lifestyle program: A randomized clinical trial for postmenopausal women with type 2 diabetes. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007;4:1.
- Mulcahy K, Maryniuk M, Peebles M, et al. Diabetes self-management education core outcomes measures. *Diabetes Educ*. 2003;29:768-770, 73-84, 87-88.
- Samuel-Hodge CD, Keyserling TC, Park S, et al. A randomized trial of a church-based diabetes self-management program for African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2009;35:439-454.
- Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2001;24:561-587.
- Nam S, Chesla C, Stotts NA, et al. Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract*. 2011;93:1-9.
- Klein HA, Jackson SM, Street K, et al. Diabetes self-management education: Miles to go. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:581012.
- Pereira K, Phillips B, Johnson C, et al. Internet delivered diabetes self-management education: A review. *Diabetes Technol Ther*. 2015;17:55-63.
- Cotter AP, Durant N, Agne AA, et al. Internet interventions to support lifestyle modification for diabetes management: A systematic review of the literature. *J Diabetes Complications*. 2014;28:243-251.
- Pal K, Eastwood SV, Michie S, et al. Computer-based interventions to improve self-management in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2014;37:1759-1766.
- Saffari M, Ghanizadeh G, Koenig HG. Health education via mobile text messaging for glycemic control in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Prim Care Diabetes*. 2014;8:275-285.
- Ellis SE, Spero TF, Dittus RS, et al. Diabetes patient education: A meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns*. 2004;52:97-105.
- Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Rojas-García A, et al. Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ethnic minority groups: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMC Endocr Disord*. 2014;14:60.
- Attridge M, Creamer J, Ramsden M, et al. Éducation à la santé culturellement adaptée pour les diabétiques de type 2 appartenant à une minorité ethnique. *Cochrane Database of systematic reviews*. 2014;(9):CD006424.
- Whittemore R. Culturally competent interventions for Hispanic adults with type 2 diabetes: A systematic review. *J Transcult Nurs*. 2007;18:157-166.
- Armour TA, Norris SL, Jack L Jr, et al. The effectiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: A systematic review. *Diabet Med*. 2005;22:1295-1305.
- Creamer J, Attridge M, Ramsden M, et al. Culturally appropriate health education for Type 2 diabetes in ethnic minority groups: An updated Cochrane Review of randomized controlled trials. *Diabet Med*. 2016;33:169-183.
- Gucciardi E, Chan VW, Manuel L, et al. A systematic literature review of diabetes self-management education features to improve diabetes education in women of Black African/Caribbean and Hispanic/Latin American ethnicity. *Patient Educ Couns*. 2013;92:235-245.
- Van Scoyoc EE, DeWalt DA. Interventions to improve diabetes outcomes for people with low literacy and numeracy: A systematic literature review. *Diabetes Spectr*. 2010;23:228-237. <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/23/4/228.short>.
- Cavanaugh K, Wallston KA, Gebretsadik T, et al. Addressing literacy and numeracy to improve diabetes care: Two randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2009;32:2149-2155.
- Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, et al. Diabetes numeracy: An overlooked factor in understanding racial disparities in glycemic control. *Diabetes Care*. 2009;32:1614-1619.
- Funnell MM, Nwankwo R, Gillard ML, et al. Implementing an empowerment-based diabetes self-management education program. *Diabetes Educ*. 2005;31:53-61.
- Polonsky WH, Fisher L, Earles J, et al. Assessing psychosocial distress in diabetes: Development of the diabetes distress scale. *Diabetes Care*. 2005;28:626-631.
- Weinger K, Butler HA, Welch GW, et al. Measuring diabetes self-care: A psychometric analysis of the Self-Care Inventory-Revised with adults. *Diabetes Care*. 2005;28:1346-1352.
- Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000;23:943-950.
- Sigurdardottir AK, Benediktsson R, Jonsdottir H. Instruments to tailor care of people with type 2 diabetes. *J Adv Nurs*. 2009;65:2118-2130.
- Hanauer DA, Wentzell K, Laffel N, et al. Computerized Automated Reminder Diabetes System (CARDS): E-mail and SMS cell phone text messaging reminders to support diabetes management. *Diabetes Technol Ther*. 2009;11:99-106.
- Yoon KH, Kim HS. A short message service by cellular phone in type 2 diabetic patients for 12 months. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;79:256-261.
- Kim HS. A randomized controlled trial of a nurse short-message service by cellular phone for people with diabetes. *Int J Nurs Stud*. 2007;44:687-692.
- Kim HS, Jeong HS. A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months. *J Clin Nurs*. 2007;16:1082-1087.
- Kim HS, Song MS. Technological intervention for obese patients with type 2 diabetes. *Appl Nurs Res*. 2008;21:84-89.
- Graziano JA, Gross CR. A randomized controlled trial of an automated telephone intervention to improve glycemic control in type 2 diabetes. *ANS Adv Nurs Sci*. 2009;32:E42-E57.
- Weinstock RS, Brooks G, Palmas W, et al. Lessened decline in physical activity and impairment of older adults with diabetes with telemedicine and pedometer use: Results from the IDEATel study. *Age Ageing*. 2011;40:98-105.

67. Trief PM, Teresi JA, Eimicke JP, et al. Improvement in diabetes self-efficacy and glycaemic control using telemedicine in a sample of older, ethnically diverse individuals who have diabetes: The IDEATel project. *Age Ageing*. 2009;38:219-225.
68. Trief PM, Teresi JA, Izquierdo R, et al. Psychosocial outcomes of telemedicine case management for elderly patients with diabetes: The randomized IDEATel trial. *Diabetes Care*. 2007;30:1266-1268.
69. Franciosi M, Lucisano G, Pellegrini F, et al. ROSES: Role of Self-Monitoring of Blood Glucose and Intensive Education in Patients with Type 2 Diabetes Not Receiving Insulin. A pilot randomized clinical trial. *Diabet Med*. 2011;28:789-796.
70. Hou C, Carter B, Hewitt J, et al. Do mobile phone applications improve glycemic control (HbA1c) in the self-management of diabetes? A systematic review, meta-analysis, and GRADE of 14 randomized trials. *Diabetes Care*. 2016;39:2089-2095.
71. Cox DJ, Gill Taylor A, Dunning ES, et al. Impact of behavioral interventions in the management of adults with type 2 diabetes mellitus. *Curr Diab Rep*. 2013;13:860-868.
72. Lorig K, Ritter PL, Villa F, et al. Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement: Two randomized trials. *Diabetes Care*. 2008;31:408-414.
73. Dyson PA, Beatty S, Matthews DR. An assessment of lifestyle video education for people newly diagnosed with type 2 diabetes. *J Hum Nutr Diet*. 2010;23:353-359.
74. Jansa M, Vidal M, Viaplana J, et al. Telecare in a structured therapeutic education programme addressed to patients with type 1 diabetes and poor metabolic control. *Diabetes Res Clin Pract*. 2006;74:26-32.
75. Stone RA, Rao RH, Sevick MA, et al. Active care management supported by home telemonitoring in veterans with type 2 diabetes: The DiaTel randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2010;33:478-484.
76. Pare G, Moqadem K, Pineau G, et al. Clinical effects of home telemonitoring in the context of diabetes, asthma, heart failure and hypertension: A systematic review. *J Med Internet Res*. 2010;12:e21.
77. Wu L, Forbes A, While A. Patients' experience of a telephone booster intervention to support weight management in type 2 diabetes and its acceptability. *J Telemed Telecare*. 2010;16:221-223.
78. Qi L, Liu Q, Qi X, et al. Effectiveness of peer support for improving glycaemic control in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2015;15:471.
79. Smith SM, Paul G, Kelly A, et al. Peer support for patients with type 2 diabetes: Cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2011;342:d715.
80. Baksi AK, Al-Mrayat M, Hogan D, et al. Peer advisers compared with specialist health professionals in delivering a training programme on self-management to people with diabetes: A randomized controlled trial. *Diabet Med*. 2008;25:1076-1082.
81. Norris SL, Chowdhury FM, Van Le K, et al. Effectiveness of community health workers in the care of persons with diabetes. *Diabet Med*. 2006;23:544-556.
82. Pérez-Escamilla R, Hromi-Fiedler A, Vega-López S, et al. Impact of peer nutrition education on dietary behaviors and health outcomes among Latinos: A systematic literature review. *J Nutr Educ Behav*. 2008;40:208-225.
83. Little TV, Wang ML, Castro EM, et al. Community health worker interventions for Latinos with type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Curr Diab Rep*. 2014;14:558.
84. Chamany S, Walker EA, Schechter CB, et al. Telephone intervention to improve diabetes control: A randomized trial in the New York City A1c Registry. *Am J Prev Med*. 2015;49:832-841.
85. Sherifali D, Viscardi V, Bai JW, et al. Evaluating the effect of a diabetes health coach in individuals with type 2 diabetes. *Can J Diabetes*. 2016;40:84-94.
86. Steed L, Cooke D, Newman S. A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Educ Couns*. 2003;51:5-15.
87. Huang XL, Pan JH, Chen D, et al. Efficacy of lifestyle interventions in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med*. 2016;27:37-47.
88. Deakin T, McShane CE, Cade JE, et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003417.
89. Tildesley HD, Mazanderani AB, Ross SA. Effect of Internet therapeutic intervention on A1C levels in patients with type 2 diabetes treated with insulin. *Diabetes Care*. 2010;33:1738-1740.
90. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6:e1000097.

## Diagramme de flux de la revue de la littérature pour le chapitre 7 : Éducation sur l'autogestion et encadrement



\* Raisons de l'exclusion : population, intervention/exposition, comparateur/témoins, ou protocole de l'étude.

D'après : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6):e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097<sup>90</sup>.

Pour en savoir plus, visitez le site [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).  
[en anglais seulement]