



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Effet de l'éducation thérapeutique sur les maladies chroniques en  
ville : revue de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 16/01/2020 à 18h  
au Pôle Formation  
**Aline Dreumont**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François Puisieux**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Denis Deleplanque**

**Madame le Docteur Caroline Depauw**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Messaadi**

# AVERTISSEMENT

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



# LISTE DES ABREVIATIONS

AUDIT : Alcohol Use Disorders Test

BEP: Bilan Educatif Partagé

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux).

DVA : Departement of Veterans' Affairs

ETP : Education Thérapeutique du Tatient

FAQSV : Fond d'Amélioration de la Qualité des Soins de ville

FNPEIS : Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire

HADS : Score d'Anxiété et de Dépression

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : HyperTension Artérielle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PR : Polyarthrite Rhumatoïde

SGRQ : Questionnaire Saint Georges

# TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION :	3
2. METHODE.....	6
2.1. Identification et sélection des études .....	6
2.2. Extraction des données .....	7
2.3. Analyse des données .....	7
3. RESULTATS .....	8
3.1. Sélection des articles.....	8
3.2. Principaux résultats .....	11
3.3. Analyse des résultats.....	17
4. DISCUSSION .....	20
4.1. Résultats principaux .....	20
4.2. Forces et faiblesses.....	25
4.3. Perspective de recherche .....	27
5. CONCLUSION :	28

# RESUME

Introduction : Selon l'HAS et l'OMS, l'éducation thérapeutique doit faire partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques. L'objectif principal de cette revue est de voir dans les différentes études l'effet qu'a l'ETP sur les maladies chroniques quand il est réalisé en ville.

Méthode : Il s'agit d'une revue de la littérature dont les recherches ont été menées par 3 investigateurs sur 6 bases de données différentes (google scholar, pubmed, BDSP, lissa, exercer, psycnet). Cinq années de la littérature de 2013 à 2018 ont été étudiées. Les mots clés utilisés étaient : education as topic, chronic disease, effect, primary care. La validité interne a été recherchée pour chaque étude avec l'échelle de « downs and black ».

Résultats : trois cent dix-huit articles ont été trouvés, seulement sept ont été inclus. Il s'agit d'étude de cohorte interventionnelle. Les études provenaient de pays différents, principalement de pays développés et riches. Les résultats des études sont principalement basés sur des auto-déclarations et sont discordantes.

En effet quatre sur sept études retrouvent une différence significative avec le groupe témoin, et cette différence n'est pas retrouvée pour chaque critère de jugement de l'étude.

Discussion : La littérature est pauvre dans ce domaine et ne permet pas de conclure à l'efficacité ou non de l'ETP ville. Trop peu d'études sont réalisées en milieu ambulatoire au profit du milieu hospitalier qui concentre la majeure partie des ateliers d'éducation.

# ABSTRACT

Introduction: According to the HAS and WHO, therapeutic education must be an integral part of the management of chronic disease. The main objective of this review is to look in various studies the effect of TPE on chronic diseases when it is performed in the city.

Method: This is a review of the literature whose research was conducted by 3 investigators on 6 different databases (google scholar, pubmed, BDSP, lissa, exercise, psycnet). Five years of literature from 2013 to 2018 have been studied. The keywords used were: education as topic, chronic disease, effect, primary care. Internal validity was searched for each study with the "downs and black" scale.

Results: Three hundred and eighteen articles were found, only seven were included. This is an interventional cohort study. The studies came from different countries, mainly from developed and rich countries. The results of the studies are mainly based on self-declarations and are discordant.

Indeed, four out of seven studies found a significant difference with the control group, and this difference was not found for each outcome criterion in the study.

Discussion: The literature is poor in this area and does not allow to conclude to the effectiveness or non effectiveness of the urban TPE. Too few studies are conducted in an outpatient setting for the benefit of the hospital sector, which concentrates most of the education workshops.

# 1. INTRODUCTION

L'espérance de vie en France en 2018 est de 85.3 ans pour les femmes et de 78.8 ans pour les hommes. Celle-ci n'a fait qu'augmenter au cours de ces dernières années (même si une stagnation voire régression a été enregistrée entre 2014 et 2015). Cela peut s'expliquer par un taux de décès standardisé sur l'âge pour 1 000 habitants en diminution, il était en 2014 de 11.4 contre 14.7 en 2000 pour les femmes et pour les hommes il est passé de 8.4 à 6.7 entre 2000 et 2014. Il a été constaté un recul plus marqué du taux de mortalité des personnes atteintes de maladies chroniques et une amélioration de leur qualité de vie. La baisse de la mortalité est expliquée par l'évolution de la médecine et les avancées faites notamment dans le traitement du cancer et autres maladies chroniques.

L'espérance de vie augmentant et la génération baby-boom étant une génération vieillissante qui atteint un âge moyen de 75 ans fait que la population française vieillit, les plus de 75 ans représentant environ 9.1 % de la population française. <sup>(16)</sup>

Soixante-quinze pourcents des plus de 85 ans sont porteur d'au moins une maladie chronique. En dehors des hôpitaux 80% des maladies traitées sont des pathologies chroniques. Même si comme nous l'avons dit précédemment la médecine a progressé dans leur prise en charge notamment au niveau thérapeutique il a été montré que moins de 50 % suivent correctement leur traitement. Ce manque d'adhésion et d'investissement est due à un manque d'information, de connaissance et d'implication dans leur maladie.

Pour y remédier dès 1998 L'organisation mondiale de la santé a défini les fondements et les buts de l'éducation thérapeutique. Définition de l'OMS <sup>(6)</sup> : « l'éducation thérapeutique a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique et à leur permettre de faire face au suivi

quotidien. Elle contribue également à réduire les coûts de soin de longue durée pour les patients et la société. Elle est essentielle pour une autogestion efficace et pour la qualité des soins de longue durée même si les pathologies aiguës ne doivent pas être exclus ».

Dès 1998 elle recommande son intégration à la prise en charge de base des maladies chroniques. En juin 2007 l'HAS a sorti des recommandations sur l'ETP en se basant sur la définition de l'OMS.<sup>(7)</sup>

Depuis l'ETP n'a fait que se développer, en proposant des programmes pour certaines maladies chroniques, mais le développement s'est de façon inégalitaire autant au niveau territorial qu'au niveau pathologie concernée. Il est vrai que beaucoup de programmes existent pour le diabète et la BPCO, mais rares sont les programmes pour la maladie de parkinson, cirrhose...

Au niveau du territoire le développement s'est surtout opéré dans les structures hospitalières et y reste pour le moment dominant, malgré les incitations mises en place au niveau de la législation et au niveau financier pour son développement ambulatoire. Selon une étude faite en Ile de France entre 2010 et 2011 seulement 18 % des programmes ont lieu dans une structure de soins premiers <sup>(11)</sup>. Cette inégalité est également visible sur la carte interactive du centre régional des ressources et des compétences en ETP.

Malgré cette multiplication des ateliers, ceux-ci restent insuffisants pour répondre à toutes les demandes, créant des inégalités de prise en charge <sup>(18)</sup>. Les personnes vivant en zone rurale étant les plus exposées car elles n'ont généralement pas un hôpital à proximité de leur domicile (rares étant les programmes ambulatoires) et même si elles ont une possibilité d'y aller refusent de s'y rendre par croyance (qui n'a

jamais entendu "si je vais à l'hôpital je vais mourir") ou car elles ne peuvent laisser leurs enfants, maisons, travail...

Plusieurs revues de la littérature ont évalué les effets de l'éducation thérapeutique avec des résultats pas toujours concordants, je n'ai pas trouvé de revue se spécialisant dans l'évaluation de l'ETP faite en ville.

L'objectif de cette revue de littérature est de montrer l'effet de l'éducation thérapeutique en soin premier chez les personnes atteintes de maladies chroniques.

## 2. METHODE

### 2.1. Identification et sélection des études

Revue systématique descriptive de la littérature qui a consisté à une recherche documentaire effectuée par 3 opérateurs distincts, chacun recherchant sur son sujet et sur le sujet des deux autres. Une mise en commun des résultats des recherches a ensuite été réalisée. Les recherches ont été effectuées dans les bases de données suivantes : PUBMED, Google Scholar, BDSP, PsychInfo et LISSA, ainsi que dans la revue « Exercer ».

Les mots clés MESH utilisés étaient : « education as topic », « chronic disease », « effect », « primary care »

Des filtres tels que les langues françaises et anglaises, période de 2013 à 2018 ont été utilisés afin d'améliorer la pertinence des données recueillies.

Les équations de recherches ont été adaptées aux différentes bases de données utilisées (voir annexes).

Les articles inclus étaient des articles en Français ou en Anglais qui traitent de l'effet de l'éducation thérapeutique en ville, l'intervention devait être réalisée par un médecin généraliste. Les articles n'ayant pas la bonne population ou ne se déroulant pas en soin premier ont été exclus tout comme les mémoires, revues de la littérature et travaux de thèse.

## 2.2. Extraction des données

Les informations extraites concernaient l'auteur, la date de publication, le type d'étude, la maladie, le lieu, le nombre de participants, la maladie chronique étudiée, l'effet de l'éducation thérapeutique. Les biais, limites, conflits d'intérêt ont également été relevés.

## 2.3. Analyse des données

### 2.3.1. Evaluation des études

Leur validité interne et externe a été analysée avec la grille down and black. (Voir annexe)

Un score de « 1 » est attribué à « oui » et un score de « 0 » est attribué à « non » et « impossible à déterminer ».

L'échelle a été adaptée en fonction de la nature de l'étude.

### 2.3.2. Analyse des résultats des études

Chaque étude sélectionnée a été analysée uniquement par l'auteur de cette thèse.

Une synthèse des données recueillies pour chaque étude a été effectuée dans un tableau pour faciliter leurs analyses.

## 3. RESULTATS

### 3.1. Sélection des articles

Le diagramme de flux Prisma figure 2 et la figure 1, résume la façon dont les articles ont été sélectionnés.

Suite aux recherches, 318 articles ont été trouvés. Après lecture des titres 110 articles ont été éliminés, 49 n'avaient pas la bonne forme (thèse, revue, méta analyse, non sous forme d'articles...), 22 ne correspondaient pas à la population ou ne concernaient pas la médecine de ville, 25 n'étaient pas publiés pendant la période étudiée, 68 articles après lecture du résumé ont été exclus, après lecture 37 articles n'ont pas été conservés. Sept articles ont été inclus.

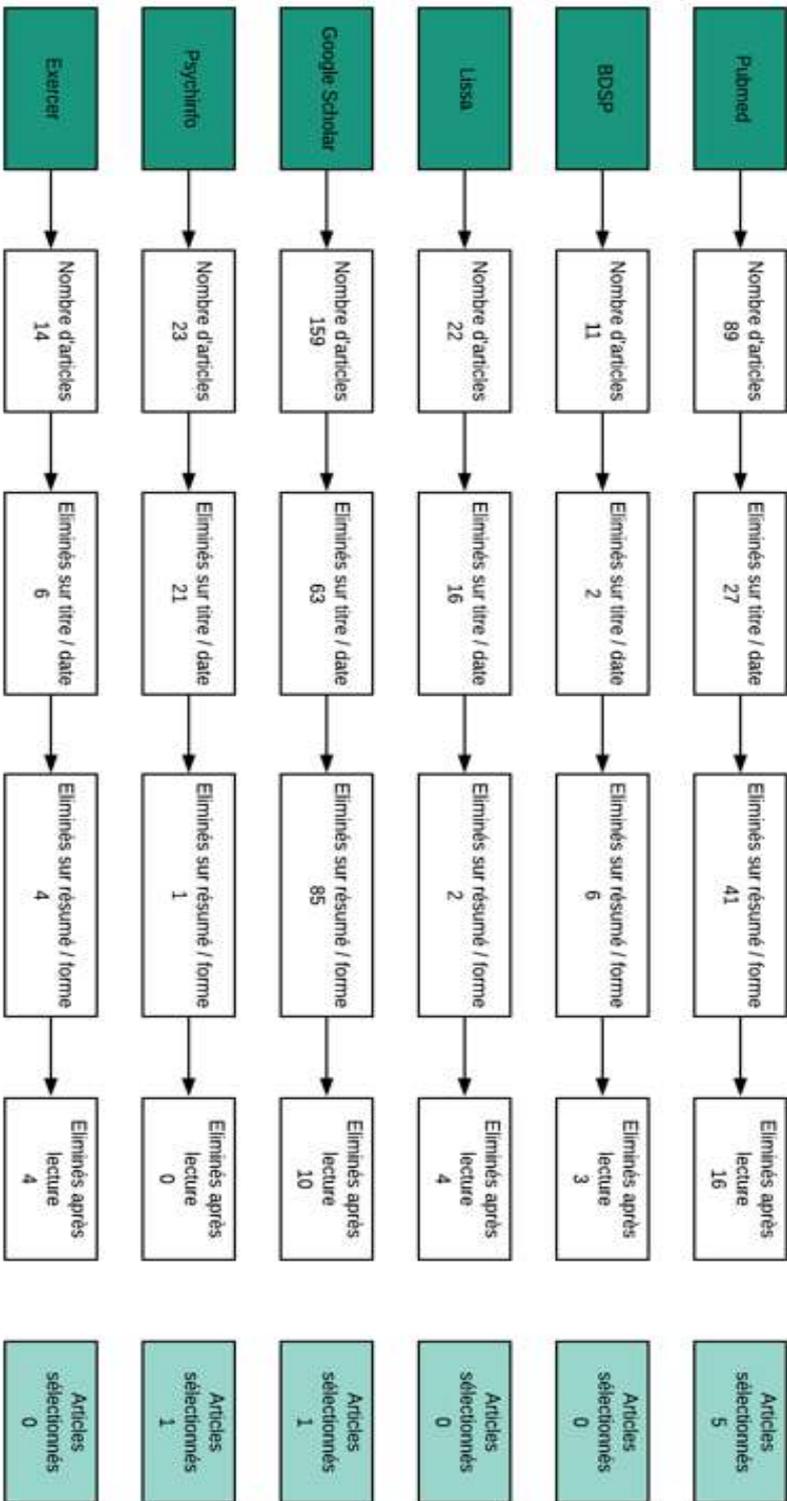


Figure 1

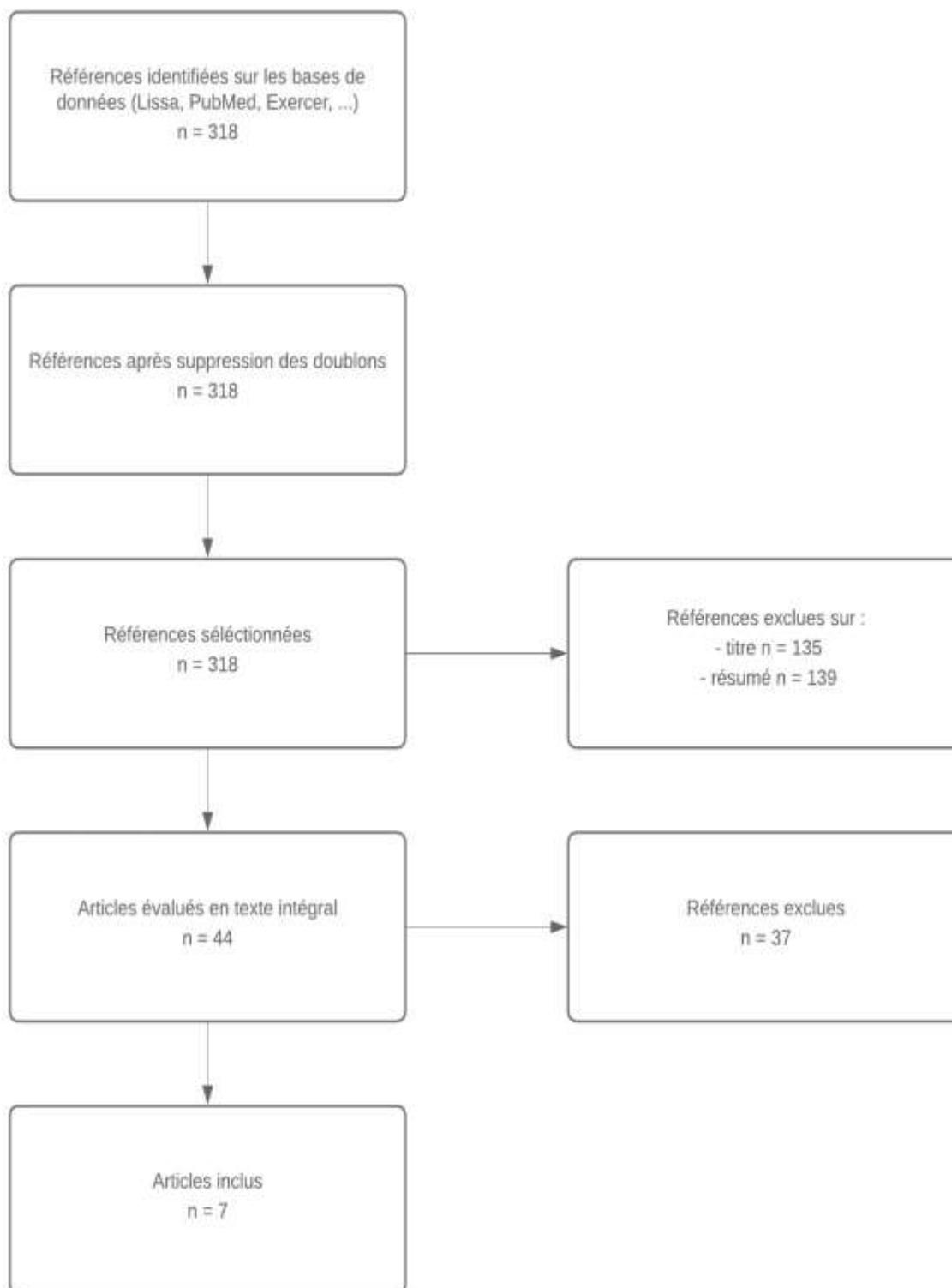


Figure 2

## 3.2. Principaux résultats

titre/auteur/date	Financement	Méthode	Lieu/ Maladie	Critère inclusion	Critère de jugement principal	Validité interne/externe	Impact factor	Résultats
The effect of social support features and gamification on a web based intervention for rhumatoide arthrits patients: randomised controlled trial/ 2015/ Ahmed Allam, Zlatina Kostova, Kent Nakamoto, Peter Johannes Schulz	Fond national Suisse de la recherche	Essai contrôlé randomisé avec modélisation à plusieurs niveaux / 4 groupes d'attribution aléatoire (information, information+ soutient social, jeu + information, jeu+ information + soutient social)	Suisse/ Polyarthrite rhumatoide	Diagnostique de PR posé, Accès à internet, pas d'autre maladie chronique majeure, parler l'italien	Effet de l'intervention sur l'activité physique, l'utilisation de soin, l'utilisation de médicaments	23/27	4,671	Augmentation de l'activité physique dans le groupe jeu+ soutien social (p=0.02), diminution de l'utilisation de soin dans les groupes soutien social+ jeu (p=0.03) et soutien social (0.01). Diminution de la consommation de médicaments pour les patients dans le groupe soutien sociale, a la limite de la significativité (p=0.056)

<p>The acceptability and outcomes of a Peer and Health professional led stanford self management program for Vietnam Veterans With Alcohol misuse and their partners/ 2013/ By Jill Beattie, Malcolm W. Battersby/ Rene G. Pols</p>	<p>Stanford Patient Education Research Centre ? non clairement dit</p>	<p>Etude comparative randomisée, Analyse de questionnaires remplis a la fin des séances</p>	<p>Australie / problème d'addiction à l'alcool et autres maladies chroniques</p>	<p>Vétérans du Vietnam avec un score AUDIT&gt;8, avoir une maladie chronique, pas avoir d'incapacité physique ou mentale, être éligible aux droits médicaux de la DVA, être partenaire d'un ancien combattant</p>	<p>Faisabilité et acceptabilité du programme, montrer que le programme favorise l'autogestion et la communication</p>	<p>19/27</p>	<p>1,822</p>	<p>Amélioration du score AUDIT à 9 mois, Bonne acceptabilité de l'étude avec un taux de réponse de 83,7 % , les participants ont trouvés cette intervention utile</p>
---	--	---	--	---	---	--------------	--------------	---

<p>Implementation of self management support for long term condition in routine primary care setting: cluster randomisation controlled trial/ 2013/ Anne Kennedy, Peter Bower, David Reeves, Tom Blakeman, Robert Bowen, Carolyn Chew Graham, Martin Eden, Catherine Fullwood, Hannah Gaffney, Caroline Gardner, Victoria Lee, Rebecca Morris, Joanne Protheroe, Gerry Richardson, Caroline Sanders, Angela Swallow,</p>	<p>Institut national de recherche en santé et le centre national de recherche en développement de soin primaire</p>	<p>Essai contrôlé randomisé par groupe pragmatique à 2 bras, données collectées par auto questionnaire à 3, 6 et 12 mois, analyse de covariance dans le cadre de régression a plusieurs niveaux</p>	<p>NORD ouest de l'Angleterre/ diabète, côlon irritable/BPCO</p>	<p>Avoir plus de 18 ans, parler Anglais, pouvoir exprimer son consentement, ne pas être en soin palliatif</p>	<p>Prise de décision partagée, l'auto efficacité et la confiance en soi</p>	<p>23/26</p>	<p>23,258</p>	<p>Absence d'effet des programmes mis en place sur la décision partagée, l'auto efficacité, la confiance en soi, et l'auto soin.</p>
--	---	---	--	---	---	--------------	---------------	--

<p>The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: with a difference in difference regression approach/ 2015, Nazmi Sari, Meric Osman</p>	<p>Lung association of saskatchewan and mathematics of information technology and complex systems</p>	<p>Etude comparative avec un groupe control formé à postériori par la méthode de proportion, suivi téléphonique et au cabinet</p>	<p>Saskatchewan ville du Canada/ Asthme, BPCO</p>	<p>Vivre dans la région, avoir des données sur les différentes Bases, Avoir un numéro pour toutes les bases, être âgé d'au moins 7 ans</p>	<p>Effet de la spirométrie et de l'éducation sur le traitement de l'asthme et de la BPCO en soin premier par analyse des ordonnances, arrêt de travail...</p>	<p>21/27</p>	<p>1,843</p>	<p>L'étude montre une différence significative sur l'augmentation de l'utilisation des médicaments de manière chronique (P variant de 0.00 à 0.03). Pas de différence sur leur utilisation en aigue, ni sur la qualité de vie, ni sur le nombre d'hospitalisation.</p>
<p>Efficacy of a minimal home based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD: a randomised control trial/ 2016/ Bove, Lomborg, Jensen, Overgaard, Lindhardt, Midtgaard</p>	<p>Subvention de Trygfonden, et la fondation novo norddisk et de sœur Marie Dalgaard</p>	<p>Etude contrôlée randomisée monocentrique avec un suivi à 1mois et 3 mois</p>	<p>Nardsjaellands Danemark/ BPCO</p>	<p>Avoir une BPCO de stade C ou D, A voir un HADS d'anxiété supérieur ou égal à 8</p>	<p>Efficacité d'une intervention psychoéducatrice à domicile par rapport au soin habituel pour réduire l'anxiété (avec le score HADS)</p>	<p>24/26</p>	<p>3,23</p>	<p>Réduction significative du score HADS dans le groupe intervention (p=0.05)</p>

Effect of health professional education in outcomes of chronic obstructive pulmonary disease in primary care/2013/ Monteagudo, Rodrigueez Blanco, Llagostera, Valero, Bayona, Granollers, Ferro, Acedo, Almeda, Rodriguez Latre, Munoz, Miravittles	?	Etude prospective multicentrique quasi expérimentale avec un suivi de 12 mois, non randomisée	Barcelone/ BPCO	Avoir au moins 40 ans, Avoir un diagnostic de BPCO dans le dossier, ne pas avoir d'autres maladies chroniques ou déficiences	Changement du score SGRQ dans le suivi à 12 mois l'intervention	17/25	4,405	Pas de changement de la qualité de vie, pas de changement du score SGRQ de façon significative, sauf sur le critère symptôme $p < 0.001$ . Critère secondaire : groupe intervention augmentation de l'anxiété/ dépression ( $p < 0.001$ ), amélioration équilibre alimentaire ( $p < 0.001$ ) Augmentation des exacerbations et hospitalisations dans les deux groupes
---	---	---	-----------------	--	---	-------	-------	--

Lack of impact of a comprehensive intervention on hypertension in the primary care setting/2014/ Niiranen, Leino, Puukka, Kantola, Karanko, Jula	Centre de recherche et de développement de l'institution d'assurance sociale finlandaise et de la ville de Turku, département des soins de santé et des services sociaux.	Etude contrôlée randomisée, éducation en groupe, en individuel et documentation écrite remise, suivi pendant 1 ans	Finlande/HTA	Avoir entre 35 et 74 ans, avec une tension systolique supérieure ou égale à 160 sous traitement ou une diastole supérieure ou égale à 100mmhg, traitement par antihypertenseur avec TA contrôlée ou non, Tension retenue était la moyenne de 2 mesures	Effet de l'intervention sur le contrôle de l'HTA en soin premier pour optimiser les traitements anti hypertenseurs, le mode de vie, et les auto mesures	21/27	3,046	L'étude n'a pas montré de différence significative entre les 2 groupes au niveau de la tension, des médicaments et du mode de vie
--	---	--	--------------	--	---	-------	-------	---

### 3.3. Analyse des résultats

#### 3.3.1. BPCO/ Asthme

Quatre études concernaient l'éducation de la personne atteinte de BPCO, les résultats sont discordants, deux études montrent une amélioration de la qualité de vie, une se basant sur l'échelle SGRQ montrant une différence uniquement sur l'item symptôme ( $p < 0.001$ ), une se basant sur HADS ( $p = 0.005$ ).

Les critères secondaires l'étude utilisant SGRQ montrait une diminution significative dans le groupe intervention de la consommation de tabac ( $p = 0.001$ ), une augmentation de la pratique d'une activité physique mais il semblerait que ces résultats soient plus une conséquence de l'augmentation du tabac et une diminution de l'activité physique dans le groupe témoin. Elle montrait également une amélioration de l'équilibre alimentaire dans le groupe intervention ( $p < 0.001$ ), mais une fréquence plus élevée de symptômes de dépression/ anxiété.

Une autre étude portant sur la BPCO/ Diabète/ syndrome du côlon irritable ne retrouve pas de différence significative concernant la qualité de vie liée à la santé, l'auto efficacité et la décision partagée entre le groupe intervention et le groupe témoin initialement. A 6 mois une différence significative en faveur du groupe témoin ( $p = 0.05$ ) est même retrouvée pour la décision partagée. Ces études se basaient sur des autodéclarations.

Une étude retrouvait une différence significative en matière de traitement après éducation, celle-ci montrait une augmentation de la consommation des médicaments utilisés dans le traitement de façon chronique (augmentation du coût de 100%, passage de 1.4 à 1.6 par ordonnance à long terme). Cependant cette étude montre qu'il n'y a pas d'effet sur les traitements utilisés en aigu et sur le nombre d'hospitalisations qui étaient les critères de jugements secondaires.

### 3.3.2. Poly arthrite Rhumatoïde

Une seule étude concernait cette maladie, elle retrouvait une efficacité sur l'augmentation de l'activité physique, la diminution de la consommation de soins et la diminution légère de prise de médicaments. L'analyse a été réalisée sur plusieurs sous-groupes (\*) de patients suivant l'éducation reçue sur un site, le bénéfice à surtout été constaté dans le groupe qui comportait un soutien social et une partie ludique avec des jeux. Si le groupe ne recevait que des informations il n'était noté pas de différence significative avec le groupe contrôle.

Cette étude a comme limite pour l'interprétation des résultats le fait qu'elle soit basée sur des auto déclarations, un temps et un espace géographique limité, et un non regard sur l'utilisation de sites d'apprentissage dans le groupe contrôle.

- (\*) Sous-groupe :

- Information

Soutien social => diminution utilisation de soin ( $p=0.01$ ), diminution consommation médicament ( $p=0.056$ ) à la limite de la significativité.

- Jeu

- Jeu+ soutien social => augmentation de l'activité physique ( $p=0.02$ ), diminution utilisation de soin ( $p=0.03$ )

- Groupe témoin

### 3.3.3.HTA

Une étude portait sur cette maladie, elle ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes en ce qui concerne la tension. Dans les critères de jugements secondaires, il y avait notamment le mode de vie où aucune différence significative n'a été retrouvée ; et la prise d'automesure qui a considérablement augmenté dans le groupe intervention (passage de 18.8 % à 92 %).

Cette étude présente des limites, elle ne concerne qu'un centre avec un nombre de patients limité, l'intervention sur le mode de vie était également très limitée.

### 3.3.4.Intoxication chronique à l'alcool

Une étude faite sur des vétérans retrouvait, par questionnaire d'auto déclaration, une amélioration du score audit à 9 mois dans le groupe intervention avec un  $p= 0.039$ . Mais il n'y avait pas de différence significative entre les personnes ayant fait tout le programme, et celles ayant participées uniquement au programme familial.

Les autres résultats étaient basés sur une analyse des commentaires laissés par les participants, ce qui ressortait de ces commentaires était le sentiment d'utilité (des participants) de cette intervention. Cette étude étant très ciblée (vétérans du Vietnam) avec un faible nombre de participants elle n'est donc pas extrapolable à une autre population.

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Résultats principaux

Les études sont discordantes, mais 4 études montrent un effet de l'ETP sur les maladies chroniques en ville.

#### a) Articles de « Monteagudo, Miravittles » et « Bove, Midtgaard »

L'OMS a défini en 1994 la qualité de vie comme « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. » <sup>(5)</sup> Cette définition montre toute la complexité de cette expression qualité de vie. Elle peut être étudiée dans son ensemble selon « Mercier et Schraub » <sup>(21)</sup> de deux façons. Soit par un entretien psychologique ce qui permet d'avoir une évaluation globale, soit par des questionnaires standardisés exhaustifs qui sont complexes à utiliser et rares. C'est pourquoi il est généralement fait référence à la qualité de vie en « santé ».

Dans notre revue, l'article de « Bove et Midtgaard » l'étudie sur le plan psychologique, avec l'échelle HAD validée dans l'étude des troubles anxio dépressif, et retrouve une différence significative entre les groupes intervention et témoin. L'article de « Monteagudo et Miravittles » l'a étudié dans sa globalité avec le questionnaire SGRQ et a montré une différence sur un seul item. SGRQ a retrouvé une augmentation des symptômes de l'anxiété dépression dans le groupe intervention, aurait-ce été le cas également avec une échelle spécifique comme HAD ? Des questionnaires, ciblant un aspect de la qualité de vie sont plus simples à utiliser et sont moins exhaustifs permettant de cibler un domaine et d'obtenir des réponses plus précises, permettent de montrer une différence significative.

b) The effect of social support features and gamification on a web based intervention for rhumatoide arthrits patients: randomised controlled trial.

L'apprentissage par le jeu dit sérieux se développe. Dans l'article d'Eric Sanchez <sup>(15)</sup>, il est rappelé que le jeu est une méthode fréquemment utilisée chez les enfants, elle permet le développement de situation complexe et la résolution de celle-ci en favorisant son autonomie. Cet article cible l'apprentissage avec les jeux sérieux définis dans un premier temps comme des applications pédagogiques utilisant les dernières technologies issues du monde du jeu vidéo et de la réalité virtuelle.

La méthode des jeux sérieux allie le plaisir de jouer avec l'apprentissage. Un français sur deux joue au jeu vidéo, 55% des plus de 50 ans déclarent jouer à des jeux vidéo, le nombre de console de salon dans les foyers français est estimé à 40 millions <sup>(19)</sup>, ces chiffres montrent l'engouement de français pour ce support quel que soit l'âge. La revue de la littérature de Vincent Berry <sup>(27)</sup> montre que les jeux vidéo permettent d'obtenir une expérience et leur reproductibilité dans les pratiques quotidiennes, mais ils ne permettent pas l'apprentissage au sens scolaire. L'évaluation, la quantification, et la transférabilité ne peuvent être obtenues par les jeux vidéo

Dans notre article « The effect of social support features and gamification on a web based intervention for rhumatoide arthrits patients: randomised controlled trial » quatre groupes ont été formés.

Les résultats significatifs sont retrouvés uniquement pour les groupes soutien social et/ou jeu. L'information ne suffit pas à changer les comportements, comme il est montré dans les études de A. Giordan, c'est la motivation, et l'environnement motivationnel qui entraîne le changement de comportement. <sup>(1)(3)</sup>

c) Implementation of self management support for long term condition in routine primary care setting: cluster randomisation controlled trial

Dans cette étude se sont les professionnels de santé qui ont reçu une éducation sur l'auto gestion, comment améliorer le parcours de santé des patients, ... Ensuite des questionnaires ont été envoyés aux patients de ces professionnels de santé formés, à la recherche d'une amélioration de l'auto-soin, d'auto efficacité, et qualité de vie liée à la santé. Les auteurs justifient l'utilisation de cette méthode, par le fait qu'il est généralement difficile d'avoir un nombre suffisant de participants. Si les patients n'ont pas la volonté de rentrer dans un programme d'ETP, quel est de leur degré d'implication dans une étude qui n'est pas faite spécifiquement pour eux ?

En France pour chaque type de maladie les compétences à acquérir par les patients sont définies, mais il n'existe pas de trame prédéfinie à respecter dans le déroulement des ateliers d'éducation. Chaque équipe va créer son propre programme selon son vécu des différents professionnels, les actualités du moment et les attentes des patients. Et il doit être approuvé par l'ARS. Dans cette étude l'attente des patients n'a pas été prise en compte, et il n'y a pas eu d'échange entre les différents professionnels chacun réalisant sa consultation comme il le souhaitait.

d) Lack of impact of a comprehensive intervention on hypertension in the primary care setting et The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: with a difference in difference regression approach.

La première étude porte sur l'hypertension artérielle, elle ne montre pas d'effet de l'éducation thérapeutique sur la baisse de la tension ou la bonne utilisation des thérapeutiques. Comme il est mentionné dans l'article les patients participants n'ont pas bénéficié d'un entretien préalable comme il est réalisé en France, appelé le BEP (bilan éducatif partagé) qui permet une discussion avec le patient avant l'intégration

dans le groupe d'éducation. Ce BEP permet d'analyser les besoins, l'attente de chacun et de construire un groupe homogène permettant de meilleurs échanges et une meilleure adhésion à celui-ci. (Le professionnel est rémunéré pour faire ce BEP). Dans la deuxième étude cet échange préalable a été réalisé et une différence significative a pu être mise en évidence. Mais ces deux articles n'ont pas étudié les mêmes pathologies, comme il est rappelé dans la littérature <sup>(23)(13)</sup> l'HTA est une maladie silencieuse, seul 18% des patients hypertendus savent que le plus souvent elle est asymptomatique, 61% savent que c'est une maladie chronique, et seuls 22% des patients ont été prévenus par leur médecin que c'est une maladie grave.

Dans l'étude sur l'HTA les médecins participants n'ont reçu aucune compensation financière pour leur investissement dans l'éducation thérapeutique des patients.

En France le financement en milieu ambulatoire dépend de plusieurs organismes (FNPEIS, FAQSV, DNRD) mais il est surtout assuré par le DNRD pour les ateliers d'éducation thérapeutique, les fonds du FAQSV sont surtout utilisés pour le développement du dossier médical partagé.

Le prix par heure pour un médecin varie de 60 à 80 euros (en moyenne le programme reçoit 250 euros par patient à condition qu'il réalise plusieurs séances, à partager entre tous les intervenants). Sachant qu'un médecin généraliste au cabinet gagne en moyenne 75 euros par heure, cette rémunération semble acceptable, mais il faut tenir compte du temps de préparation des séances avec les autres professionnels de santé, le temps perdu dans les transports, du temps d'analyse des résultats, ... Ce type de rémunération peut être un frein à l'organisation et à l'investissement d'atelier d'éducation par le praticien, que dire des médecins qui n'ont dans l'étude « Lack of impact of a comprehensive intervention on hypertension in the primary care setting » reçu aucun financement. Comme il est vu dans l'étude <sup>(28)</sup> l'argent à une grande influence sur notre comportement.

e) Jill Beattie, Malcolm W. Battersby/ Rene G. Pols

Cet article s'intéresse à la faisabilité d'un programme consacré à la consommation d'alcool chez les vétérans. Les ateliers ont été centrés sur l'échange entre les participants/ avec leurs paires/ avec leurs partenaires. Ici chaque participant pouvait inclure son conjoint dans le programme d'éducation.

La revue de la littérature et méta analyse (Couple-Oriented Interventions for Chronic Illness) <sup>(20)</sup> consacrée à l'action sur le couple dans les maladies chroniques, montre que l'intervention faisant intervenir le partenaire a des effets positifs sur l'état psychologique du patient et les symptômes de la maladie. Ce qui rejoint ce qui a été dit précédemment : mettre de l'affect dans l'éducation permet un meilleur investissement du patient.

## 4.2. Forces et faiblesses

### 4.2.1. Limites :

#### Niveau de preuve

Il s'agit essentiellement d'études comparatives de niveau de preuve 2 et grade B selon l'échelle HAS car de faible puissance procurant un bon niveau de preuve.

#### Biais :

Biais de sélection au cours du recrutement ou du suivi.

Dans l'étude *Implementation of self management*, l'essai été en grappe avec 3 groupes, le risque est que les intervenants sont recrutés différemment. Dans cette étude il y a eu également sélection d'une population défavorisée, à prédominance blanche. Cette étude ne pourra donc pas être extrapolée à un autre quartier.

Il existe également un faible taux de participant dans plusieurs autres études pouvant favoriser un biais de recrutement.

Dans l'étude *the effect of de social support* un biais de recrutement s'est créé en ne sélectionnant que des personnes sachant se servir d'internet.

#### Perdu de vue

Dans l'étude *efficacy of a minimal home based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD: a randomised control*, il existe un nombre important de perdus de vue dans le groupe contrôle

#### Biais de mesure

Cinq études se basent sur des auto déclarations des patients. L'étude de l'*American journal* est impactée par un manque d'information sur les bases de données utilisées pour cette étude.

### Biais de confusion

Dans presque toutes les études des ajustements sur les facteurs de confusions ont été effectués. Elles utilisent comme facteur : l'âge, le sexe, le tabac, le stade de la maladie, le niveau d'éducation, le niveau socioéconomique, et leur co-morbidités.

Dans l'étude se passant au Danemark la population n'était pas comparable au départ avec un plus grand nombre de femme dans la population de l'essai.

Sur les 7 études 2 ont des liens d'intérêt et deux ne déclare pas le financement de leur étude. Quarante-deux pourcents des études ont des liens d'intérêt.

#### 4.2.2. Forces :

C'est une revue de la littérature, où trois investigateurs ont effectué la recherche des articles.

La période d'études est assez courte permettant de cibler ce qui se fait actuellement avec les nouvelles mesures mises en place dans le cadre du développement et de la promulgation de l'éducation thérapeutique.

Le risque de biais de confusion a été pris en compte dans les études avec un ajustement lors d'analyses multivariées ou appariement sur les facteurs de confusion, limitant ce risque.

A notre connaissance aucune revue de la littérature ciblant l'éducation thérapeutique en ville n'avait été faite.

L'auteur n'a aucun lien d'intérêt et n'a reçu aucun financement.

Cette revue suit en grande partie le grille d'évaluation Prisma.

Aucune méta analyse n'a été réalisé au vu du faible nombre d'études trouvées.

### 4.3. Perspective de recherche

Il serait intéressant de réaliser plusieurs études, ciblant les nouveaux ETP qui se créent en ville, afin de pouvoir réaliser une nouvelle revue de la littérature.

Une étude pourrait également être menée auprès des professionnels de santé en ville pour identifier les freins à la création de nouveaux lieux d'ETP.

Une étude portant sur l'évaluation des différentes méthodes utilisées pourrait également être menée afin de voir la plus efficace et de pouvoir ensuite la développer et la promouvoir.

## 5. CONCLUSION

Cette étude permet de voir que la littérature est pauvre en matière d'éducation thérapeutique en ville.

Elle montre également que les études sont discordantes : 4 études montrent un effet bénéfique sur au moins un critère de jugement, 3 études ne retrouvent aucune différence significative entre le groupe témoin et le groupe éducation thérapeutique. Il semblerait que l'ETP ait un effet sur les maladies chroniques en ville.

Les études sont difficilement comparables, aucune n'utilisant la même technique pour la réalisation de l'éducation thérapeutique. En France cette hétérogénéité est limitée par les recommandations de l'HAS, ainsi que l'approbation de l'ARS. Une étude accès sur les différentes techniques d'éducation possible, pourrait permettre de voir laquelle a le plus d'effet sur les maladies chroniques. Quels éléments inciteraient les professionnels de santé à implanter en ville un atelier d'ETP ? Il serait intéressant de voir si une formation intégrée dans le parcours scolaire des étudiants en santé, le permettrait.

# Références

1. Alain Golay, Grégoire Lagger, André Giordan. Comment motiver le patient à changer ? [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/586>
2. Authier D, Berger D. Approche didactique de l'ETP et pistes d'amélioration de la formation des soignants dans le champ de l'éducation. Recherches & éducations [Internet]. 30 août 2019 [cité 4 nov 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/7124>
3. Giordan A. Comment favoriser le changement de comportement ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.andregiordan.com/edtherap/changercomp-1.pdf>
4. Fonte D, Apostolidis T, Lagouanelle-Simeoni M-C. Compétences psychosociales et éducation thérapeutique du patient diabétique de type 1 : une revue de littérature. Sante Publique. 2014;Vol. 26(6):763-77.
5. Définition: Qualité de vie [Internet]. Psychomédia. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/qualite-de-vie>
6. Education Thérapeutique du Patient. Organisation Mondiale de la Santé Bureau Régional pour l'Europe Copenhague
7. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obésité. mars 2009;4(1):39-43.
8. Dettle SI, Heerkens YF, Engels JA, van der Gulden JWJ, van Dijk FJH. Effect evaluation of a self-management program for dutch workers with a chronic somatic disease: a randomized controlled trial. J Occup Rehabil. juin 2013;23(2):189-99.
9. Monteagudo M, Rodriguez-Blanco T, Llagostera M, Valero C, Bayona X, Granollers S, et al. Effect of health professional education on outcomes of chronic obstructive pulmonary disease in primary care: a non-randomized clinical trial. Respirology. mai 2013;18(4):718-27.
10. Efficacy of a minimal home-based psychoeducative intervention in patients with advanced COPD: A randomised controlled trial. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27888984>
11. Margat A, Giacobelli M, Hemon Y, Lombrail P, Gagnayre R. Évaluation quadriennale des programmes d'ETP en Île-de-France : un moyen de pilotage régional. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 1 déc 2018;10(2):20205.
12. Wagner A, Sadoun A, Dallongeville J, Ferrières J, Amouyel P, Ruidavets J-B, et al. High blood pressure prevalence and control in a middle-aged French population and their associated factors: the MONA LISA study. J Hypertens. janv 2011;29(1):43-50.
13. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. J Gen Intern Med. mars 2005;20(3):219-25.
14. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial | The BMJ [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f2882>
15. Sanchez É, Ney M, Labat J-M. Jeux sérieux et pédagogie universitaire : de la conception

à l'évaluation des apprentissages. *ritpu*. 2011;8(1-2):48-57.

16. L'état de santé de la population en France. Rapport santé public 2017.
17. Niiranen TJ, Leino K, Puukka P, Kantola I, Karanko H, Jula AM. Lack of impact of a comprehensive intervention on hypertension in the primary care setting. *Am J Hypertens*. mars 2014;27(3):489-96.
18. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. *Sante Publique*. 2007;Vol. 19(4):283-92.
19. Plus de la moitié des français jouent aux jeux vidéo [Internet]. *ladepeche.fr*. [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2017/11/25/2691932-plus-de-la-moitie-des-francais-jouent-aux-jeux-video.html>
20. Martire LM, Schulz R, Helgeson VS, Small BJ, Saghafi EM. Review and Meta-analysis of Couple-Oriented Interventions for Chronic Illness. *Ann Behav Med*. 1 déc 2010;40(3):325-42.
21. SFSPM\_2005\_14\_418.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2019]. Disponible sur: [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9760/SFSPM\\_2005\\_14\\_418.pdf?seque](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9760/SFSPM_2005_14_418.pdf?seque)
22. The acceptability and outcomes of a peer- and health-professional-led Stanford self-management program for Vietnam veterans with alcohol misuse and their partners. - *PsycNET* [Internet]. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/record/2013-39408-001>
23. Kilic M, Uzunçakmak T, Ede H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure. *International Journal of the Cardiovascular Academy*. 1 mars 2016;2(1):27-32.
24. Allam A, Kostova Z, Nakamoto K, Schulz PJ. The effect of social support features and gamification on a Web-based intervention for rheumatoid arthritis patients: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 9 janv 2015;17(1):e14.
25. Sari N, Osman M. The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach. *BMC Health Serv Res*. 17 août 2015;15:332.
26. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 févr 2002;52(2):69-77.
27. Vincent Berry, L'expérience virtuelle. Jouer, vivre, apprendre dans un jeu vidéo [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/questionsdecommunication/9170>
28. Voir le vert: une simple exposition à de l'argent déclenche un cadre de décision d'entreprise et des résultats contraires à l'éthique - *ScienceDirect* [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S0749597812001380>

# Annexes

## Equation de recherche pour les différents sites :

### PUBMED :

education as topic, effect, chronic disease, primary care,

Filtre : 2013-2018, Français/Anglais

### GOOGLE SCHOLAR :

(education as topic ou education thérapeutique) and (chronic disease ou maladie chronique) and (primary care ou ambulatoire)

Filtre 2013-2018, Français /Anglais

### LISSA :

Education du patient comme sujet, effet, maladie chronique, soin premier

### PSYCHNET :

Chronic disease, education as topic

### BDSP :

Education thérapeutique et maladie chronique, ville

Filtre 2013-2018

### EXERCER :

Education thérapeutique ou maladie chronique, soin premier

Tableau extraction de données

<u>Titre/date/auteurs</u>	
<u>Lieu/maladie étudier</u>	
<u>Méthode</u>	
<u>Critères d'éligibilité</u>	
<u>Nombre de participant</u>	
<u>Objectif principal</u>	
<u>Résultats sur le critère de jugement principal</u>	
<u>Validité interne</u>	
<u>Validité externe</u>	
<u>Impact factor</u>	
<u>Biais/limites</u>	

## Grill Downs and Black

Down and black	Yes	No
<b>Check list pour mesurer la qualité de l'étude</b>		
<b>1/ L'hypothèse / l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?</b>		
<b>2/ Les principaux résultats à évaluer sont-ils clairement décrits dans l'introduction ou la méthode ?</b> <i>Si les principaux résultats sont évoqués pour la première fois dans la section résultats, la réponse devrait être non.</i>		
<b>3/ Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-ils clairement décrits ?</b> <i>Dans les études de cohorte ou les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion devraient être donnés. dans les études cas témoins, la définition du cas et la source des contrôles devraient être donnés</i>		
<b>4/ L'intervention d'intérêt est-elle clairement décrite ?</b> <i>Les traitements et le placebo (le cas échéant) à comparer doivent être clairement décrits</i>		
<b>5/ Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe à comparer sont-ils décrits clairement ?</b> <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie</i>		
<b>6/ Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ?</b> <i>Des données de résultats simples (dénominateurs et numérateurs compris) doivent être rapportées pour toutes les principales constatations afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et conclusions. Cette question ne couvre pas les tests statistiques considérés ci-dessous.</i>		
<b>7/ L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats?</b> <i>Dans les données non normalement distribuées, l'intervalle interquartile des résultats doit être indiqué. Dans les données normalement distribuées, l'erreur-type, l'écart-type ou les intervalles de confiance doivent être signalés. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et que la question devrait recevoir une réponse positive.</i>		
<b>8/ Tous les événements indésirables importants pouvant être une conséquence de l'intervention ont-ils été signalés ?</b> <i>Il faut répondre oui à cette question, s'il n'y a pas de perdus de vue ou si les perdus de vue sont si faibles que leur inclusion ne modifie pas les résultats. Il convient de répondre non à cette question lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.</i>		
<b>9/ Les caractéristiques des patients perdus de vue sont-ils décrits ?</b> <i>Il faut répondre oui à cette question, s'il n'y a pas de perdus de vue ou si les perdus de vue sont si faibles que leur inclusion ne modifie pas les résultats. Il convient de répondre non à cette question lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.</i>		
<b>10/ Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été rapportées (par exemple 0.035 plutôt que &lt; 0.05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de la probabilité est inférieure à 0,001?</b>		
<i>VALIDITE EXTERNE (tous les critères suivants tentent de répondre à la représentativité des résultats de l'étude et de déterminer s'ils peuvent être généralisés à la population à partir de laquelle les sous-thèmes de l'étude ont été tirés)</i>		
<b>11/ Les sujets ont-ils été invités à participer à l'étude représentative de l'ensemble de la population auprès de laquelle ils ont été recrutés ?</b> <i>L'étude doit identifier la population source pour les patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients</i>		

<p><i>seraient représentatifs s'ils comprenaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire.</i></p> <p><i>L'échantillonnage aléatoire n'est possible que lorsqu'une liste de tous les membres de la population concernée existe.</i></p> <p><i>Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source à partir de laquelle les patients sont dérivés, la question doit être considérée comme incapable de déterminer.</i></p>		
<p><b>12/ Est-ce que ces sujets qui étaient prêts à participer représentaient l'ensemble de la population dont ils étaient recrutés ?</b></p> <p><i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté devrait être indiquée. La validation de la représentativité de l'échantillon impliquerait de démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion était la même dans l'échantillon étudié et dans la population source.</i></p>		
<p><b>13/Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement reçu par la majorité des patients ?</b></p> <p><i>Pour que la question reçoive une réponse oui, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. Il faudrait répondre non à la question si, par exemple, l'intervention avait été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que fréquenterait la majeure partie de la population source.</i></p>		
<p><b>VALIDITE INTERNE ET BIAIS</b></p>		
<p><b>14/ A-t-on tenté de rendre aveugles des sujets d'étude à l'intervention qu'ils ont reçue ?</b></p> <p><i>Pour les études où les patients n'auraient aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i></p>		
<p><b>15/ Une tentative a-t-elle été faite pour aveugler ceux qui mesurent les principaux résultats des interventions ?</b></p>		
<p><b>16/ si l'un des résultats de l'étude était basé sur un "dragage de données", cela était-il clair ?</b></p> <p><i>Toute analyse qui n'a pas été prévue au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe non planifiée rétrospective n'a été rapportée, alors répondez oui.</i></p>		
<p><b>17/ Dans les essais et les études de cohorte, l'analyse est-elle adaptée aux différentes durées de suivi des patients ou, dans les études cas-témoins, le délai entre l'intervention et le résultat est-il le même pour les cas et les témoins ?</b></p> <p><i>Si le suivi était le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si différentes longueurs de suivi ont été ajustées, par exemple, par analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent recevoir une réponse non.</i></p>		
<p><b>18/ Les tests statistiques utilisés pour accéder aux principaux résultats étaient-ils appropriés ?</b></p> <p><i>Les techniques statistiques utilisées doivent être adaptées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de partialité, il faut répondre par oui à la question. Si la distribution des données (normales ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et que la question devrait recevoir une réponse positive.</i></p>		
<p><b>19/ Le respect de l'intervention était-il fiable ?</b></p> <p><i>En cas de non-respect du traitement accordé ou en cas de contamination d'un groupe, il convient de répondre à la question non. Pour les études où l'effet de toute association à la null, la question devrait recevoir une réponse oui.</i></p>		

<p><b>20/ Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ?</b>  <i>Pour les études où les mesures de résultats sont clairement décrites, la réponse à la question doit être oui. Pour les études qui se réfèrent à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures de résultats sont exactes, la question devrait être oui</i></p>		
<b>VALIDITE INTERNE - CONFUSION</b>		
<p><b>21/ Les patients étaient-ils dans différents groupes d'intervention (essais et études de cohorte) ou les cas et les contrôles (études cas-témoins) étaient-ils issus de la même population ?</b>  <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. Il faut répondre impossible à déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins où il n'existe aucune information sur la source des patients inclus dans l'étude.</i></p>		
<p><b>22/ Les sujets de l'étude étaient-ils dans différents groupes d'intervention (essais et études de cohorte) ou les cas et les contrôles (études cas-témoins) ont-ils été recrutés sur la même période ?</b>  <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, la question doit être considérée comme incapable de déterminer</i></p>		
<p><b>23/ Les sujets d'étude ont-ils été randomisés en groupes d'intervention ?</b>  <i>Les études indiquant que les sujets ont été randomisés doivent recevoir une réponse positive, sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une répartition aléatoire. Par exemple, une autre affectation donnerait une note nulle car elle est prévisible.</i></p>		
<p><b>24/ L'assignation d'intervention randomisée a-t-elle été dissimulée aux patients et au personnel de santé jusqu'à ce que le recrutement soit complet et irrévocable ?</b>  <i>Toutes les études non randomisées doivent recevoir une réponse négative. Si l'affectation était dissimulée aux patients mais pas au personnel, la réponse devrait être non.</i></p>		
<p><b>25/ Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour la confusion dans les analyses à partir desquelles les principales conclusions ont été tirées ?</b>  <i>Il faut répondre non à cette question pour des essais : les principales conclusions de l'étude reposent sur des analyses de traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'a pas été décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'a pas été prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais que l'ajustement n'a pas été effectué dans les analyses finales, la question devrait être répondue par la négative.</i></p>		
<p><b>26/ Les pertes de patients à suivre ont-elles été prises en compte ?</b>  <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas indiqué, la question doit être considérée comme incapable de déterminer. Si la proportion de perdus de vue était trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i></p>		
<b>PUISSANCE</b>		
<p><b>27/ L'étude a-t-elle eu suffisamment de puissance pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité d'une différence était due à un hasard</b></p>		

inférieur à 5% ? la taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de $x\%$ et $y\%$		
---	--	--

**AUTEUR : Nom : DREUMONT**

**Prénom : Aline**

**Date de Soutenance : 16/01/2020**

**Titre de la Thèse : Effet de l'éducation thérapeutique sur les maladies chroniques en ville : revue de la littérature**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : DES Médecine Générale**

**Mots-clés :** Education as topic, chronic disease, éducation thérapeutique, maladie chronique, effet, ambulatoire

**Introduction :** Selon l'HAS et l'OMS, l'éducation thérapeutique doit faire partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques. L'objectif principal de cette revue est de voir dans les différentes études l'effet qu'a l'ETP sur les maladies chronique quand il est réalisé en ville.

**Méthode :** Il s'agit d'une revue de la littérature dont les recherches ont été mené par 3 investigateurs sur 6 bases de données différentes (google scholar, pubmed, BDSF, lissa, exercer, psycnet). Cinq années de la littérature de 2013 à 2018 ont été étudiées. Les mots clés utilisés étaient : education as topic, chronic disease, effect, primary care. La validité interne a été recherchée pour chaque étude avec l'échelle de « downs and black ».

**Résultats :** trois cent dix-huit articles ont été trouvés, seulement sept ont été inclus. Il s'agit d'étude de cohorte interventionnelle. Les études provenaient de pays différent, principalement de pays développés et riches. Les résultats des études sont principalement basés sur des auto-déclarations et sont discordantes. En effet quatre sur sept études retrouvent une différence significative avec le groupe témoin, et cette différence n'est pas retrouvée pour chaque critère de jugement de l'étude.

**Discussion :** La littérature est pauvre dans ce domaine et ne permet pas de conclure à l'efficacité ou non de l'ETP ville. Trop peu d'études sont réalisées en milieu ambulatoire au profit du milieu hospitalier qui concentre la majeure partie des ateliers d'éducation.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur François PUISIEUX

**Asseseurs :** Madame le docteur Caroline DEPAUW  
Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI  
Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE