



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 N° 26

**EFFICACITÉ DES ÉTUDES D'INTERVENTION SELON LES DIMENSIONS CIBLÉES  
DE L'APPROCHE CENTRÉE SUR LE PATIENT EN PRÉVENTION  
CARDIOVASCULAIRE (REVUE DE LITTÉRATURE)**

**THESE**

Présentée  
A l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le **09 février 2016**  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**BELBAL Karima**  
née le 22 juin 1984 à St Julien-en-Genevois

# **UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1**

Président	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
Directeur Général des Services	Alain HELLEU

## **Secteur Santé**

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

## **Secteur Sciences et Technologie**

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des VANPOULLE Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

## Faculté de Médecine Lyon Est

### Liste des enseignants 2015/2016

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

##### Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

##### Classe exceptionnelle Echelon 1

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Claris	Olivier	Pédiatrie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers  
Première classe**

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie

Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

### **Professeurs émérites**

Baverel	Gabriel	Physiologie
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ;
addictologie		
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ;
pharmacologie		
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine
d'urgence		
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ;
		addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe**

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### **Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie



Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard Simonet	Caroline Thomas	Génétique Biologie cellulaire
Vasiljevic Venet	Alexandre Fabienne	Anatomie et cytologie pathologiques Immunologie

**Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge	Thierry
Figon	Sophie

# Composition du jury

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur F.GUEYFFIER

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur A. MOREAU 1<sup>e</sup> ASSESSEUR

Madame le Professeur L. DALIGAND 2<sup>e</sup> ASSESSEUR

Monsieur le Docteur M. VITAL DURAND 3<sup>e</sup> ASSESSEUR

# Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

# Remerciements

*A mon président de jury, Monsieur le Professeur Gueyffier,*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter cette présidence  
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

*A mes juges et membres du jury,*

Monsieur le Professeur Alain Moreau

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagnée même lors des moments difficiles.

Vos conseils me furent précieux dans l'élaboration de ce travail.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Madame le Professeur Liliane Daligand

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de juger ce travail.

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury.

Soyez assurés de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Marc Vital Durand

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail.

Je vous exprime aussi ma reconnaissance pour votre accompagnement bienveillant toutes ces années.

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de mon jury.

*A tous les médecins qui ont contribué de près ou de loin à m'apprendre notre belle discipline.*

Particulièrement aux Drs Rachel Guérin, Didier Combe et au Drs Tissot, Petit et Lyonnet Coulibaly.

A tous les soignants qui ont su me sensibiliser à l'humanité tout simplement...

Je vous exprime toute ma reconnaissance

*A mes proches :*

Je remercie d'abord et avant tout Celui sans Lequel rien n'aurait été possible.

A ma maman et mon papa que j'aime et qui m'ont toujours soutenue à leur manière et du mieux qu'ils pouvaient, je voudrais vous dire un très grand merci.

A mes frères et sœurs :

Mourad, tu es le premier à y avoir cru, je ne l'oublie pas...

Mohamed et sa petite famille, merci pour votre soutien de loin mais tellement présent.

Najia et Youssef, merci pour la formation et les cas pratiques au quotidien...

Rachida et sa famille, merci pour les appels et les messages de soutien, toujours au bon moment.

Un grand merci à Abdelkader notamment pour sa relecture patiente.

Nassira et Abdelmajid, merci pour les échanges au quotidien. Merci Nassira pour ton écoute critique et ton soutien, j'attends avec impatience que tu m'emboîtes le pas.

A mes neveux et nièces pour leur bonne humeur et leur candeur.

A Sélim, merci de m'avoir supportée et soutenue même dans les moments de doute.

A tous mes autres frères et sœurs dont j'ai eu l'honneur de croiser le chemin, merci pour vos témoignages encourageants, vos conseils et pour nos aventures en commun... je vous réserve mes plus belles invocations.

# Sommaire

<b>Glossaire .....</b>	<b>15</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>16</b>
<b>Méthode.....</b>	<b>22</b>
1 Méthode de sélection des études .....	22
1.1 Type d'étude.....	22
1.2 Population étudiée .....	22
1.3 Type d'intervention .....	22
1.4 Résultats mesurés .....	22
2 Stratégie de recherche bibliographique .....	23
2.1 Mots clés et équation de recherche .....	23
2.2 Bases consultées .....	24
3 Collecte des données et analyse .....	25
3.1 Stratégie de sélection des études .....	25
3.2 Extraction des données .....	25
3.3 Evaluation des études .....	26
- Critère d'efficacité .....	26
- Critère de qualité.....	27
<b>Résultats .....</b>	<b>28</b>
1 Description des études .....	28
1.1 Résultat de la recherche.....	28
1.2 Caractéristiques des études retenues .....	30
2 Risque de biais des études .....	44
3 Effet des interventions.....	44
3.1 Efficacité des études selon les facteurs de risques cardiovasculaires .....	44
3.2 Efficacité des études selon les dimensions de l'ACP.....	49
3.3 Efficacité des études sur la base de critères qualitatifs .....	53
<b>Discussion .....</b>	<b>57</b>
1 Résumé des résultats principaux .....	57
2 Qualité de la preuve.....	57
2.1 Effectifs des études.....	58
2.2 Durée de l'intervention.....	58
2.3 Critères de jugement et durée d'étude.....	59
2.4 Les caractéristiques de l'intervention ACP par rapport aux caractéristiques du groupe	

contrôle .....	59
3 Biais dans le process de la revue .....	61
4 Comparaison avec d'autres études et revues .....	62
5 Perspectives .....	62
<b>Conclusion .....</b>	<b>65</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>66</b>
<b>Annexe 1 .....</b>	<b>70</b>
<b>Annexe 2 .....</b>	<b>74</b>
<b>Annexe 3 .....</b>	<b>78</b>

# Glossaire

ACP	:	approche centrée sur le patient
AVC	:	accident vasculaire cérébral
Cs	:	consultation
FDRCV	:	facteur de risque cardiovasculaire
EBM	:	Evidence based Medecine ,
HbA1c	:	hémoglobine glyquée
HTA	:	hypertension artérielle
IDM	:	infarctus du myocarde
IMC	:	indice de masse corporelle
ITG	:	intolérance au glucose
ITT	:	intention de traiter
OMS	:	organisation mondiale de la santé
PA	:	activation du patient
PP	:	perspective du patient
RCV	:	risque cardiovasculaire
vs	:	versus



# Introduction

Les maladies cardiovasculaires sont parmi les deux premières causes de mortalité en Europe. Si leur taux de mortalité est en diminution en France grâce à l'amélioration de la prise en charge, l'incidence, elle, ne cesse d'augmenter (1) ce qui rappelle l'importance de la prévention.

L'identification des facteurs de risque cardiovasculaires (FDRCV) et de leur impact a permis de déterminer des objectifs dans la prévention des pathologies cardiovasculaires.

Les FDRCV dits majeurs sont ceux qui sont modifiables et dont le lien de causalité a été le mieux étudié. Nous nous concentrerons donc sur ceux-ci : tabagisme, hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémies et sur l'obésité.

Le tabagisme actif touche environ 34% de la population française (2,3). Le sevrage tabagique doit être maintenu 3 ans avant de le considérer comme neutralisé sur le plan cardiovasculaire, la précocité du sevrage doit être recherchée (4). Le risque de décès par cause cardiovasculaire augmente avec le nombre de cigarettes fumées (5).

La prévalence de l'hypertension artérielle est estimée entre 35 et 47 % chez les adultes âgés de 35 à 74 ans en France (6). On la définit, en l'absence de diabète, comme une pression artérielle systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg.

Le diabète de type 2 touche environ 5% des adultes en France (6). Son diagnostic repose sur la découverte d'une glycémie plasmatique supérieure à 1.26g/l à 2 reprises ou sur une glycémie supérieure à 2g/l quel que soit le moment de la journée (HAS). Il est admis dans certains pays qu'une HbA1c >6.5% voire 6.1% permet aussi de poser le diagnostic (7,8). Dans la majorité des cas, le suivi du diabète se fait par la surveillance de l'évolution de l'HbA1c, la baisse du taux marquant la diminution du risque cardiovasculaire dans les études observationnelles.

Les dyslipidémies, toutes catégories confondues, touchent 44% des adultes en France (9,10). Les recommandations françaises se basent surtout sur la surveillance du LDL-cholestérol (11,12). Un taux trop bas de HDL-cholestérol (<0.4g/l chez l'homme

et 0.5g/l chez la femme) ainsi qu'un taux de triglycérides trop élevé (>2g/l) sont aussi des FDRCV. La réversibilité du risque avec la correction de ces dernières anomalies n'a pas été assez étudiée (13).

L'obésité concerne environ 43% des adultes en France (6). Elle est définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>. La diminution de cet indice pour atteindre un seuil inférieur à 25 kg/m<sup>2</sup> est associée à la diminution du risque cardiovasculaire.

La lutte contre les pathologies cardiovasculaires passe donc par la prévention en ciblant les FDRCV en priorité. Il existe plusieurs types de prévention qui interviennent à des stades différents d'une même pathologie.

D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946), la prévention primaire comprend l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie : l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'infarctus du myocarde (IDM), l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Elle a lieu avant l'apparition des symptômes et consiste à éviter l'apparition des facteurs de risques modifiables ou à les contrôler s'ils existent.

La prévention secondaire vise à limiter la prévalence de la maladie par le dépistage, le diagnostic précoce et le traitement rapide de celle-ci. Il s'agit dans notre cas de détecter et prendre en charge au plus tôt les FDRCV avant ou dès les premiers signes d'atteinte vasculaire.

La prévention tertiaire concerne quant à elle des individus déjà considérés comme malades et rassemble toutes les mesures à prendre pour limiter les complications et rechutes de la maladie. Dans notre cas, elle englobe l'ensemble des dispositions prises pour éviter la survenue d'un nouvel événement cardiovasculaire ou le handicap secondaire à la progression des atteintes vasculaires chroniques.

La prévention quaternaire est un concept plus récent et qui n'apparaît pas encore dans la définition de l'OMS. Elle correspond à l'ensemble des actions menées pour identifier un patient, ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (14) .

La prévention des pathologies cardiovasculaires nécessite la participation active

du patient associée à une prise en charge médicale adaptée.

Le patient acquérant le statut d'acteur du soin, sa contribution et la qualité de sa relation avec le médecin deviennent importantes au même titre que les autres thérapeutiques (15,16). C'est ainsi que la pertinence de l'approche centrée sur le patient (ACP) a été évoquée dans la prise en charge cardiovasculaire.

L'ACP admet plusieurs définitions selon les auteurs. Certains définissent le concept par sa finalité : «Les objectifs de cette approche sont de permettre de bien se représenter les problèmes de santé, de comprendre le vécu du patient qui y est lié et d'intégrer cette compréhension à l'ensemble de la démarche de soins. »(17). D'après Stewart M., «être centré sur le patient signifie prendre en compte sa volonté d'information et de participation à la prise de décision et y répondre de façon appropriée »(18). La définition actuelle du terme de recherche sur Medline est quant à elle : « Soins des patients par lesquels les ressources institutionnelles et le personnel s'organisent autour des patients et non autour des services spécialisés »(19)

Toutes ces définitions ont en commun la volonté de mettre le patient et sa réalité au centre de sa propre prise en charge mais elles restent assez vagues sur les modalités de l'ACP. Celle-ci a donc été formalisée en 5 à 6 dimensions plus accessibles à l'étude et à l'enseignement (20,21) :

*- Explorer la maladie en intégrant la perspective du patient :*

Il s'agit pour le médecin d'explorer la maladie (disease) en intégrant la réalité subjective du patient (illness). Le soignant doit donc garder sa conception biomédicale objective (physiopathologie, fonctionnement par organe, symptôme, diagnostic, thérapeutique...) et en même temps comprendre la perspective du patient. Pour cela, il doit lui faire raconter sa maladie pour qu'il puisse dire son vécu, ses représentations et ses connaissances sur celle-ci et exprimer ses attentes en tant que malade ainsi que ce qui est important pour lui.

L'exploration du vécu se fait par des questions ouvertes et l'observation de signaux et indices comportementaux et émotionnels verbaux et non verbaux des patients qui

accompagnent les motifs de consultation. Ceci permet d'identifier l'étape dans laquelle se situe le patient (prise de conscience de la réalité de la pathologie, inquiétudes et doutes puis réorganisation en fonction de celle-ci). L'exploration des représentations étiologiques de la maladie permet de repérer le lieu de contrôle pour le patient et d'identifier certains obstacles à la prise en charge efficace.

Le médecin procède à une synthèse de la perspective du patient et des données biomédicales afin d'organiser une prise en charge globale de celui-ci.

*- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale :*

Au même titre qu'il explore l'histoire médicale du patient (en explorant ses antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux), le médecin doit chercher à connaître son contexte socio-environnemental ainsi que son histoire personnelle et sa trajectoire de vie. Il doit prendre en compte son contexte proximal (famille, travail, niveau de vie, loisir, soutien social possible) et son contexte distal (socioculturel, religieux, communautaire, politique...) Le médecin doit prendre en considération le vécu psychologique du patient, sa personnalité, sa capacité à faire face, à agir mais aussi ses résistances aux changements, ses besoins, ses désirs... Il convient aussi de le faire réfléchir sur son concept de soi : connaissance de soi, estime de soi, confiance en soi, sentiment d'efficacité personnelle.

Ces deux dimensions permettent, à travers la prise en compte par le soignant de la perspective du patient, de concevoir une approche globale de la personne. Les suivantes mettent plus en jeu le patient en tant qu'acteur de sa santé.

*- Trouver un terrain d'entente sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités :*

Le patient apporte son « expertise de soi » et le médecin apporte ses compétences biomédicales et relationnelles afin d'arriver à une compréhension commune du problème et à un accord sur un certain nombre de questions : ainsi responsabilisé, il peut entamer une démarche participative dans sa prise en charge et ainsi prendre part et adhérer aux prises de décision. Il doit être encouragé à poser des questions et ne pas se sentir embarrassé à le faire, même si elles pourraient paraître « bêtes », à partir du moment où il en ressent le besoin. Pour arriver à cela, le médecin doit adapter son

langage afin qu'il lui soit accessible et exposer les différentes options thérapeutiques avec leurs objectifs, avantages et inconvénients ; les techniques d'entretien motivationnel sont souvent utiles dans cette dimension.

*- Etablir et développer la relation médecin-patient et l'alliance thérapeutique :*

Le partenariat patient-médecin obtenu doit être maintenu et renforcé notamment à travers les capacités relationnelles du médecin qui doit faire preuve d'empathie, d'implication humaine chaleureuse, de compréhension émotionnelle, de reconnaissance de l'autre. Il s'efforce de mettre en œuvre des stratégies communicationnelles telles que l'écoute active. La disqualification, la non reconnaissance de la personne humaine, la froideur technique et défensive du médecin doivent être bannies. Le climat de confiance ainsi obtenu permet d'arriver à l'alliance thérapeutique qui améliore le sentiment d'efficacité personnelle du patient et qui favorise chez lui le contrôle sur soi et la confiance en soi nécessaires au changement.

*- Valoriser la prévention et la promotion de la santé :*

Au-delà d'une pathologie donnée, il s'agit de promouvoir la valeur « Santé » aussi bien en terme de prévention qu'en terme de qualité de vie du patient. Le soignant s'implique dans l'éducation thérapeutique du patient qui apprend et réalise sa santé. La promotion de la santé nécessite la prise en compte des représentations et des idées du patient sur celle-ci, sa susceptibilité à être malade, le rapport bénéfice / coût résultant de comportements de santé plus adéquats. L'adoption de valeurs et d'objectifs « Santé » associés au sentiment d'efficacité personnelle permettent d'adopter ces comportements de santé et de prendre les bonnes décisions dans ce sens.

*- Faire preuve de réalisme et de réflexivité :*

Cette dimension renvoie au médecin en tant que personne qui a un effet thérapeutique dont il doit être conscient tout en sachant reconnaître ses propres limites aussi bien sur le plan affectif que sur le plan organisationnel (gestion du temps, priorisation des objectifs).

Le médecin, en soi, peut être considéré comme un instrument de la guérison : c'est « l'effet médecin ». Cette guérison concerne non seulement le corps mais aussi toute la personne car elle a été prise en compte tout au long de la démarche de soin.

Le médecin doit être capable de reconnaître les moments où le patient peut avoir besoin de plus de temps pour parler de ses problèmes ou au contraire respecter ses réticences à certains échanges : flexibilité, adaptabilité et disponibilité sont des qualités essentielles. Ces capacités associées à la qualité de la relation avec le patient permettent une meilleure gestion du temps qui manque souvent en pratique courante. L'optimisation du temps passe aussi par une définition claire de priorités et d'objectifs réalistes.

Cela nécessite pour le médecin d'apprendre à se connaître lui-même pour être un bon soignant. Il y parvient en réfléchissant sur son expérience professionnelle et en cherchant à reconnaître ses propres forces, faiblesses et limites. Ces dernières peuvent être compensées par un travail interdisciplinaire et par le recours à d'autres spécialités.

L'efficacité de cette approche du soin ainsi définie doit être mesurée dans les différentes pathologies afin d'en élargir l'usage. Une intervention efficace est une intervention qui permet d'influer sur le(s) déterminant(s) (ou le(s) facteur(s)) et d'agir sur le problème de santé visé (de le prévenir dans le cadre d'une intervention de prévention)(22).

Ainsi, il existe des critères d'évaluation objectifs mesurables par des données clinico-biologiques menant à des données reproductibles et chiffrables. Une intervention efficace est alors une intervention qui atteint la cible définie en condition naturelle, réelle (effectiveness) ou en condition optimisée (efficacy)(23).

Dans notre cas, une intervention était considérée comme efficace si elle permettait de :

- diminuer la morbi-mortalité cardiovasculaire (incidence, prévalence)
- éliminer les FDRCV
- ou à défaut, limiter leur impact de façon objective, mesurable.

Nous nous sommes posé la question suivante : les interventions basées sur un modèle ACP ont-elles prouvé leur efficacité en prévention cardiovasculaire ?

L'objectif de notre étude était donc d'évaluer l'efficacité des études d'intervention basée sur ce modèle, avec ses différentes dimensions, et visant la prévention des pathologies cardiovasculaires chez l'adulte.

# Méthode

Notre étude était une revue systématique de littérature menée selon les règles d'élaboration du manuel Cochrane (24).

## 1 Méthode de sélection des études

### 1.1 Type d'étude

Pour être éligible, le schéma de l'étude devait être un essai contrôlé randomisé.

### 1.2 Population étudiée

La population d'étude était représentée par les adultes âgés de plus de 18 ans en dehors du cadre de la grossesse et du post-partum, de la psychiatrie et des soins palliatifs.

### 1.3 Type d'intervention

Les interventions retenues étaient celles dont le modèle théorique était basé sur l'ACP dans toutes ses dimensions ou dans au moins une de ses 6 dimensions. Elles devaient être réalisées par des professionnels de la santé, en soins primaires, et être centrées sur l'individu.

### 1.4 Résultats mesurés

Les résultats mesurés pour notre revue étaient ceux en rapport avec la morbi-mortalité cardiovasculaire ou à défaut des critères intermédiaires ayant prouvé leur effet sur la morbi-mortalité cardiovasculaire (c'est-à-dire FDRCV).

Nous avons donc retenu les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

#### - Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion des études ont été définis ainsi :

- intervention dont le modèle théorique était basé sur l'ACP dans au moins une de ses 6 dimensions,
- en soins primaires,
- en relation duelle soignant-patient (plus proche de la pratique habituelle),
- publiées en langue anglaise ou française,

- dont le schéma d'étude était un essai contrôlé randomisé,
- ayant comme critère de jugement des critères de morbi-mortalité cardiovasculaire ou intermédiaires (FDRCV)

### **- Critères d'exclusion :**

Etaient exclues les études :

- dont le modèle théorique ne comprenait aucune des 6 dimensions de l'ACP,
- dont la population d'étude concernait les thématiques suivantes : grossesse, psychiatrie et soins palliatifs,
- basées sur des interventions hospitalières,
- basées sur un groupe plutôt que sur la personne,
- évaluant des interventions utilisant d'autres médias (téléphone, internet...)

## **2 Stratégie de recherche bibliographique**

### **2.1 Mots clés et équation de recherche**

Les mots clés ont été définis à l'aide de la base de données CiSMeF, les définitions sont recensées en annexe 1.

Différentes équations de recherche ont été testées (annexe 2), afin d'aboutir au meilleur rapport sensibilité/spécificité, les mots clés ci-après ont alors été retenus.

La notion d'approche centrée sur le patient dans sa globalité a été exprimée par les mots clés :

- patient centered care : soins centrés sur le patient.

Pour les dimensions de l'ACP, les mots clefs suivants ont été retenus :

- decision making : prise de décision
- physician patient relations : relations médecin-patient
- patient participation : participation du patient
- health promotion : promotion de la santé
- empathy : empathie
- patient acceptance of health care : acceptation des soins par le patient



Pour cibler les facteurs de risques cardiovasculaires :

- hypertension : hypertension artérielle
- diabetes mellitus : diabète
- dyslipidemias : dyslipidémies
- hypercholesteremia : hypercholestérolémie
- hypertriglyceridemia : hypertriglycéridémie
- smoking : tabagisme
- smoking cessation : sevrage tabagique
- tobacco use cessation : arrêt du tabac
- overweight : surpoids
- obesity : obésité

Pour la prévention :

- primary prevention : prévention primaire
- secondary prevention : prévention secondaire
- tertiary prevention : prévention tertiaire

Pour l'efficacité, nous avons utilisé les termes suivants :

- treatment outcome : résultat thérapeutique
- comparative Effectiveness Research : recherche comparative sur l'efficacité
- program evaluation : évaluation de programme
- outcome assessment (health care) : évaluation de résultat (soins)

Pour limiter la recherche aux études randomisées contrôlées :

- randomized controlled trial : essai contrôlé randomisé
- controlled clinical trial : essai clinique contrôlé

## **2.2 Bases consultées**

La recherche a été effectuée sur la base de données Pubmed via Medline, et sur la Cochrane. Les références bibliographiques des articles sélectionnés ont aussi été consultées. Les références bibliographiques ont été gérées à partir du logiciel Zotero.

## **3 Collecte des données et analyse**

### **3.1 Stratégie de sélection des études**

Les études ont été sélectionnées selon leur titre, puis selon leur résumé, puis selon les dimensions de l'ACP.

### **3.2 Extraction des données**

Un exemplaire du texte intégral de chaque étude retenue selon le résumé a été récupéré. Les articles ont ensuite été l'objet d'une analyse plus fine afin d'identifier la présence et la nature des dimensions ACP utilisées.

Pour toutes les études incluses, les données suivantes ont été extraites :

- Titre, auteur, journal et année de publication, année de début d'étude, design de l'étude.
- Thématique : tabac, HTA, diabète, dyslipidémies, surpoids/obésité, une catégorie FDRCV a été ajoutée pour les études qui regroupaient au moins 2 des thématiques précédentes.
- Détail de l'intervention : support, sur un groupe ou sur un individu, durée de l'intervention, dimension(s) de l'ACP utilisée(s). Pour harmoniser la classification, les dimensions ont été numérotées et certaines dimensions regroupées (cf. ci-dessous).
- Profession du/des personnes qui délivrent l'intervention.
- Patient : critère d'inclusion dans l'étude, nombre de patients inclus.
- Critère de jugement primaire et secondaire, ils ont ensuite été classés en 2 catégories selon qu'ils concernaient des critères qualitatifs ou la thématique de l'étude
- Résultat : efficacité selon les critères de jugement de l'étude, taille de l'effet, significativité.

La sélection des études sur titre et sur résumé n'a été faite que par une seule personne, cependant la sélection selon les dimensions de l'ACP a été l'objet d'une discussion avec le directeur de thèse pour chaque article retenu. Cette discussion a été l'occasion d'affiner les critères d'inclusion sur le mode d'intervention. Il a alors été décidé de

n'inclure que les interventions réalisées en personne, par des professionnels de santé. Il a par ailleurs été décidé de numéroter et regrouper les dimensions de l'ACP similaires :

*1-Explorer la maladie en intégrant la perspective du patient.*

*2-Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale .*

*3-Trouver un terrain d'entente.*

*4-Etablir et développer la relation médecin-patient et l'alliance thérapeutique.*

*5-Valoriser la prévention et la promotion de la santé.*

*6-Faire preuve de réalisme et de réflexivité .*

Les dimensions 1 et 2 ont été regroupées pour l'analyse car elles concernaient la prise en compte de la globalité du patient en tant que personne (perspective du patient dans sa réalité biopsychosociale). Le groupe dit « perspective du patient » (PP) rassemblait ces deux dimensions.

Les dimensions 3, 4 et 6 ont été regroupées car elles concernaient l'interaction entre le patient et le soignant et l'action possible de chacun (relation thérapeutique, terrain d'entente en vue de décisions partagées, réflexivité et réalisme du médecin). Le groupe dit « activation du patient » (PA) rassemblait ces trois dimensions.

La dimension 5 (promotion de la santé) concernait toutes les études dans la mesure où elles s'intéressaient à la prévention cardio-vasculaire.

### **3.3 Evaluation des études**

Les études ont été évaluées selon des critères d'efficacité et des critères de qualité (biais) :

#### **- Critère d'efficacité**

Il a été décidé d'utiliser le ou les critères de jugement principaux de chaque étude dans la mesure où ils correspondaient aux critères de jugement de notre revue, à défaut nous avons utilisé les critères de jugement secondaires. Notre critère de jugement principal était la morbi-mortalité cardiovasculaire, nos critères de jugement secondaires étaient les critères intermédiaires de morbi-mortalité cardiovasculaire puis les critères de jugement qualitatifs. Les résultats présentés portaient sur les groupes de randomisation ou sur les sous-groupes s'ils étaient plus pertinents dans notre sujet d'étude.

## **- Critère de qualité**

Nous avons utilisé l'échelle d'évaluation des biais de la Cochrane Collaboration's (24). La génération des séquences de randomisation a été examinée afin d'évaluer les biais de sélection.

L'analyse des résultats a été observée afin de déterminer si elle avait été faite en intention de traiter (ITT) ou en per protocole.

Le taux de perdus de vue a été noté si l'analyse n'était pas faite en ITT.

Une analyse en ITT et un taux de perdus de vue de moins de 20% permettaient de limiter les biais d'attrition.

Les biais de déclaration (données manquantes) ont été signalés quand ils concernaient des critères de jugement de notre revue.

La nature de l'intervention ACP ne permettait pas de procéder en aveugle, les biais de sélection liés à la non dissimulation de l'allocation et les biais de performance n'ont pas été évalués. Le critère de jugement principal de notre revue reposant sur des données objectives, mesurables, le risque de biais de détection était limité, il a néanmoins été signalé pour les critères de jugement qualitatifs.

# Résultats

La dernière recherche sur Pubmed effectuée le 07 octobre 2015 a permis de sélectionner 670 articles parmi lesquels 14 études ont été incluses. (cf. figure 1)

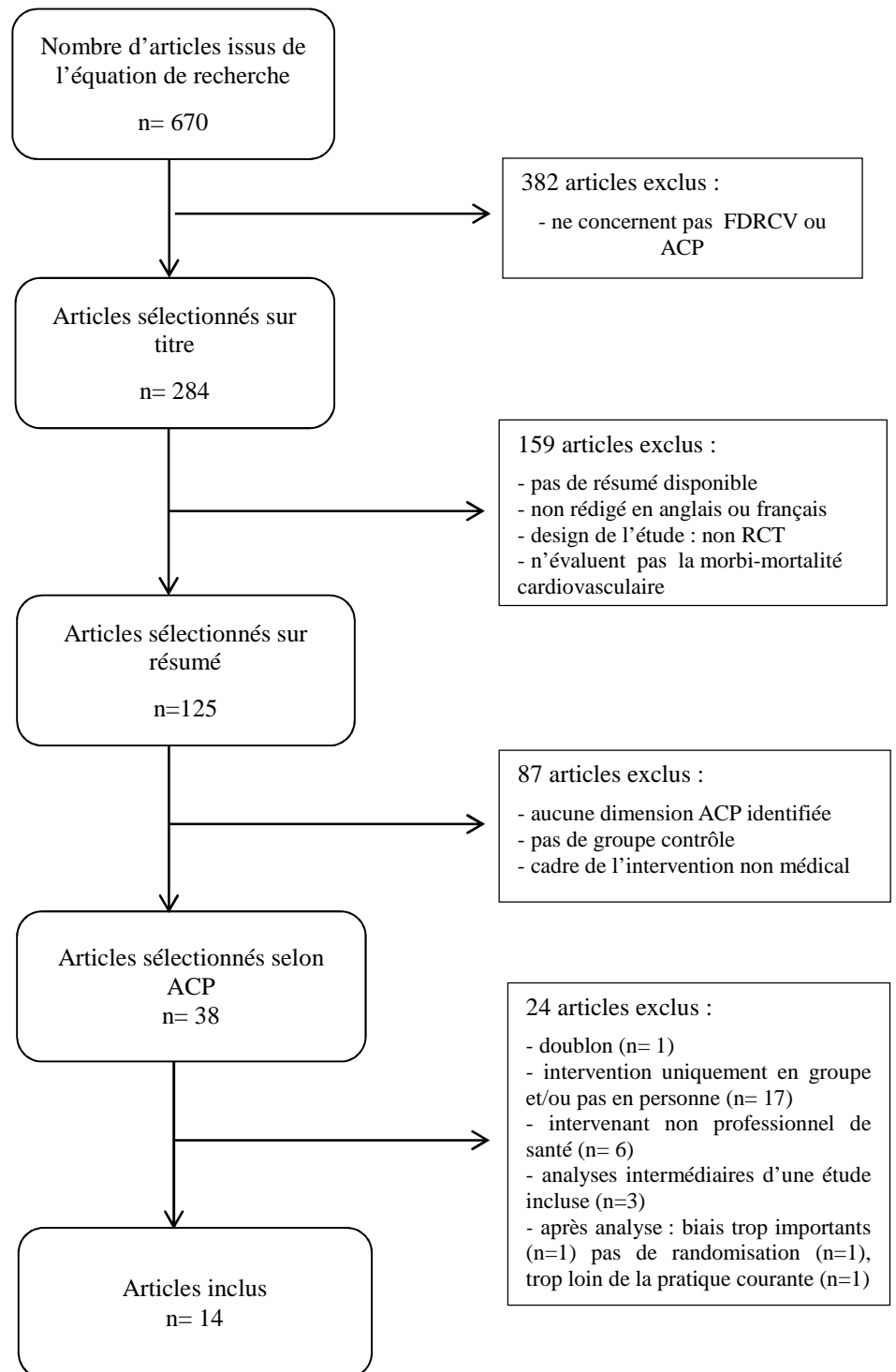
## 1 Description des études

### 1.1 Résultat de la recherche

Notre recherche a permis d'identifier 14 études randomisées contrôlées (25–38) ce qui représente un total de 11838 patients. La durée du suivi des études variait entre 3 mois et 9 ans et demi (115 mois).

Seule une étude évaluait la morbi-mortalité cardiovasculaire (étude n° 3) mais elle n'a pas permis d'aboutir à un résultat statistiquement significatif. Toutes les autres étaient basées sur des critères intermédiaires (FDRCV), l'étude n° 2 calculait le risque cardiovasculaire à 10 ans mais à partir de la mesure des critères intermédiaires.

**Figure 1 : Flow chart**



## 1.2 Caractéristiques des études retenues

Les caractéristiques des études retenues sur critères ACP sont présentées dans les tableaux suivants :

Etude n° 1(25)

<b>Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes</b>			
<b>Look AHEAD Research Group 2013</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>		USA, août 2001 – septembre 2012	
<b>Méthode</b>		Essai randomisé contrôlé	
<b>Durée de suivi (mois)</b>		115	
<b>Nb patients inclus</b>		5145	
<b>Population</b>		45-75 ans diabétique, BMI>25	
<b>Intervention</b>		ILI : programme nutritionnel et d'activité physique avec sessions individuelles et en groupe (contenu et fréquence évoluant avec le temps) basées sur l'activation du patient avec entretien motivationnel, adaptation culturelle et aide à la résolution des problèmes.	
<b>Contrôle</b>		DES : sessions en groupe avec informations sur le régime alimentaire, l'activité physique et aide sociale.	
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	Décès de cause cardiovasculaire ou IDM non fatal ou AVC non fatal ou hospitalisation pour angine de poitrine	
	<b>Secondaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décès de cause cardiovasculaire ou IDM non fatal ou AVC non fatal</li> <li>- Décès de toute cause ou IDM ou AVC ou hospitalisation pour angine de poitrine</li> <li>- Décès de toute cause ou IDM ou AVC ou hospitalisation pour angine de poitrine ou pontage coronarien ou intervention coronarienne percutanée ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque ou maladie vasculaire périphérique</li> </ul>	
<b>Thématique retenue</b>		FDRCV/ morbi-mortalité cardiovasculaire	
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>		Pas d'information	Risque incertain
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Oui	Risque bas
	<b>Perdus de vue</b>	< 4%	
<b>Biais de déclaration</b>		Non	Risque bas
<b>Biais de détection (critères qualitatifs)</b>		Non	Risque bas

Etude n° 2 (26)

<b>Effect of a participant-driven health education programme in primary care for people with hyperglycaemia detected by screening: 3-year results from the Ready to Act randomized controlled trial (nested within the ADDITION-Denmark study).</b>		
<b>Maindal H.T. 2014</b>		
<b>Pays, année d'étude</b>	Danemark, automne 2006- printemps 2010	
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé	
<b>Durée de suivi (mois)</b>	36	
<b>Nb patients inclus</b>	509	
<b>Population</b>	40-69 ans diagnostic de diabète récent ou intolérance au glucose (ITG)	
<b>Intervention</b>	Idem contrôle + invitation à participer à un programme incluant 2 consultations individuelles (pour identifier les croyances de santé) et 8 sessions en groupe utilisant des techniques de motivation, de mise en place de plans d'action, de prise de décision éclairée et d'implication sociale	
<b>Contrôle</b>	traitement intensif si diabète et soins courants si ITG	
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	RCV calculé à 10ans
	<b>Secondaire</b>	Hba1c, cholestérol, TA, poids, tabac
<b>Thématique retenue</b>	FDRCV	
<b>Risque de biais</b>		
<b>Génération séquence de randomisation</b>	Randomisation par un statisticien indépendant	Risque bas
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Non
	<b>Perdus de vue</b>	< 14.3 %
<b>Biais de déclaration</b>	*	Risque bas
<b>Biais de détection (critères qualitatifs)</b>	*	*



Etude n° 4 (27)

<b>Comprehensive evaluation of community-based diabetic patients: effect of feedback to patients and their physicians: a randomized controlled trial.</b>			
<b>Hiss R.G. 2001</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>	USA, *		
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé		
<b>Durée de suivi (mois)</b>	24		
<b>Nb patients inclus</b>	376		
<b>Population</b>	diabétique 2		
<b>Intervention</b>	Idem contrôle + discussion IDE/ patient sur les ATCD et les évaluations médicales, focus sur les problèmes identifiés, activation du patient (action à mener, recherche de conseil auprès du médecin...)		
<b>Contrôle</b>	remise d'un rapport médical au patient et à son médecin (à partir des évaluations de l'étude)		
<b>Critère de jugement</b>	<b>principal</b>	HbA1c, cholestérol plasmatique TA s+d	
	<b>secondaire</b>	Analyses en sous groupes pour les patients à haut RCV	
<b>Thématique retenue</b>	FDRCV		
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>	Randomisation par table de nombres aléatoires		Risque bas
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Non	Risque élevé
	<b>Perdus de vue</b>	16%	Risque incertain
<b>Biais de déclaration</b>		Non	Risque bas
<b>Biais de détection</b> (critères qualitatifs)		*	*

Etude n° 4 (28)

<b>A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial.</b>			
<b>Vermunt P.W. 2012</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>		Pays Bas, janvier 2008 - *	
<b>Méthode</b>		Essai randomisé contrôlé	
<b>Durée de suivi (mois)</b>		30	
<b>Nb patients inclus</b>		925	
<b>Population</b>		40-70 ans à haut risque de diabète 2	
<b>Intervention</b>		Consultations individuelles (avec médecin et infirmière) basée sur modèle transthéorique avec technique comportementale pour influencer la motivation (entretien motivationnel), action et maintien + rencontres en groupe pour information détaillée sur le régime alimentaire et l'activité physique. Discussion des soignants sur le contenu du programme et les difficultés (reflexivité)	
<b>Contrôle</b>		Information orale et écrite sur le diabète de type 2 lors de l'entretien d'admission + soins habituels	
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	A :Gly à jeun B: Gly post prandiale C: poids D: périmètre abdo E: IMC F: incidence diabète	
	<b>secondaire</b>	activité physique, avec classement d'intensité modérée à élevée, apport énergétique en acide gras, acide gras insaturé et fibre alimentaire	
<b>Thématique retenue</b>		Diabète	
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>		Pas d'information	Risque incertain
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Non	Risque incertain
	<b>Perdus de vue</b>	12,50%	Risque bas
<b>Biais de déclaration</b>		Non	Risque bas
<b>Biais de détection</b> (critères qualitatifs)		*	*

Etude n° 5 (29)

Prevention of type 2 diabetes in a primary healthcare setting: three-year results of lifestyle intervention in Japanese subjects with impaired glucose tolerance.			
Sakane N. 2011			
<b>Pays, année d'étude</b>	Japon, mars 1999-janvier 2006		
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé		
<b>Durée de suivi (mois)</b>	36		
<b>Nb patients inclus</b>	304		
<b>Population</b>	30-60 ans avec intolérance au glucose		
<b>Intervention</b>	consultations individuelles avec une infirmière : objectifs personnalisés + techniques stimulant les changements comportementaux ( travail sur le sentiment d'efficacité personnelle, autosurveillance, modèle transthéorique) + sessions en groupe (information sur le diabète, l'ITG, le régime alimentaire, l'activité physique)		
<b>Contrôle</b>	1 session de groupe sur un mode de vie sain et la prévention du diabète		
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	incidence cumulative du diabète 2 à 3 ans	
	<b>secondaire</b>	perte poids 5% , dépense énergétique ...	
<b>Thématique retenue</b>	Diabète		
Risque de biais			
<b>Génération séquence de randomisation</b>	Pas d'information	Risque incertain	
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Non	Risque élevé
	<b>Perdus de vue</b>	28%	Risque élevé
<b>Biais de déclaration</b>	Non	Risque bas	
<b>Biais de détection</b> (critères qualitatifs)	*	*	

Etude n° 6 (30)

<b>Start improving the quality of care for people with type 2 diabetes through a general practice support program: a cluster randomized trial.</b> <b>Goderis G. 2010</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>	Belgique, janvier 2005		
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé, en cluster		
<b>Durée de suivi (mois)</b>	18		
<b>Nb patients inclus</b>	2495		
<b>Population</b>	diabétique 2		
<b>Intervention</b>	AQIP : UQIP + intervention pour stimuler les médecins à l'orientation vers des initiatives éducationnelles et pour augmenter la communication centrée sur le patient ( dont entretien motivationnel)		
<b>Contrôle</b>	UQIP : intervention auprès des médecins pour optimiser la qualité des soins du diabète (selon guidelines)		
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	atteinte des objectifs HbA1c, LDLc, TAs	
	<b>secondaire</b>	diminution HDLc, cholestérol total, TAd	
<b>Thématique retenue</b>	Diabète		
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>	Pas d'information	Risque incertain	
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Non	Risque incertain
	<b>Perdus de vue</b>	9,80%	Risque bas
<b>Biais de déclaration</b>	Non	Risque bas	
<b>Biais de détection (critères qualitatifs)</b>	*	*	

Etude n° 7 (31)

<b>The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial.</b>			
<b>Mullan R.J. 2009</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>		novembre 2006 – novembre 2007	
<b>Méthode</b>		Essai randomisé contrôlé, étude pilote	
<b>Durée de suivi (mois)</b>		6	
<b>Nb patients inclus</b>		85	
<b>Population</b>		diabétique avec hba1c entre 7% et 9% non insulinotraités avec médicament hypoglycémiant envisagé	
<b>Intervention</b>		Utilisation par le soignant d'un outil d'aide à la décision sur le traitement hypoglycémiant pour optimiser la discussion et la décision médicale partagée (DMP)	
<b>Contrôle</b>		discussion selon les modalités habituelles	
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	A : implication dans la prise de décision B : perception par le patient de l'acceptabilité de l'information, C : confiance du patient en ses connaissances, D : en son soignant	
	<b>Secondaire</b>	Adhérence à 1, 3 et 6 mois + HbA1c à 6 mois.	
<b>Thématique retenue</b>		Diabète	
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>		pas d'information sur randomisation mais allocation générée par ordinateur	Risque bas
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	oui	Risque bas
	<b>Perdus de vue</b>	6%	Risque bas
<b>Biais de déclaration</b>		non	Risque bas
<b>Biais de détection (critères qualitatifs)</b>		adhérence auto-rapportée	Risque incertain

Etude n° 8 (32)

<b>Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team.</b> <b>Kinmonth A.L. 1998</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>		Angleterre , avril 1994 - *	
<b>Méthode</b>		Essai randomisé contrôlé	
<b>Durée de suivi (mois)</b>		12	
<b>Nb patients inclus</b>		522	
<b>Population</b>		30-70 ans avec diagnostic récent de diabète 2	
<b>Intervention</b>		Formation des soignants ( médecin et infirmière) à la consultation centrée sur le patient avec écoute active et à la négociation en vue d'un changement comportemental + délivrance au patient d'une brochure l'incitant à poser des questions	
<b>Contrôle</b>		soins usuels selon les recommandations nationales + supports écrits pour les patients	
<b>Critère de jugement</b>	<b>principal</b>	contrôle glycémique (HbA1c, triglycérides?), habitudes de vie, état psychologique	
	<b>secondaire</b>	cholestérol total, tabac, IMC, TA, tabagisme, créatininurie, albuminurie	
<b>Thématique retenue</b>		Diabète	
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>		pas d'information	Risque incertain
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Non	Risque élevé
	<b>Perdus de vue</b>	30%	Risque élevé
<b>Biais de déclaration</b>		Non	Risque bas
<b>Biais de détection</b> (critères qualitatifs)		Auto-questionnaire	Risque incertain

Etude n° 9 (33)

<b>Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes.</b>			
<b>Greenfield S. 1988</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>	Angleterre, septembre 1980 - *		
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé		
<b>Durée de suivi (mois)</b>	6		
<b>Nb patients inclus</b>	73		
<b>Population</b>	<75 ans diabétique		
<b>Intervention</b>	Rencontre d'un assistant médical juste avant les consultations programmées avec pour objectif d'aider le patient à identifier les décisions médicales qui seraient discutées, les questions liées aux traitements qu'il pouvait être amené à poser et l'encourager à poser ses questions et à négocier avec le médecin		
<b>Contrôle</b>	Rencontre un assistant médical qui revoit avec eux les outils d'éducation thérapeutique développés et discuter les éventuels problèmes d'adhérence au traitement.		
<b>Critère de jugement</b>	<b>principal</b>	HbA1c à 6 mois	
	<b>secondaire</b>	qualité de vie en lien avec la santé interaction soignant/patient, satisfaction du patient et connaissance du patient sur le diabète	
<b>Thématique retenue</b>		Diabète	
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>	pas d'information	Risque incertain	
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	non	Risque élevé
	<b>Perdus de vue</b>	19,20%	Risque bas
<b>Biais de déclaration</b>	non	Risque bas	
<b>Biais de détection</b> (critères qualitatifs)	*	*	

<b>Shared decision-making in antihypertensive therapy: a cluster randomised controlled trial.</b>			
<b>Tinsel I. 2013</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>	Allemagne, juin 2009 – septembre 2011		
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé en simple aveugle		
<b>Durée de suivi (mois)</b>	18		
<b>Nb patients inclus</b>	1120		
<b>Population</b>	>18 ans hypertendus traités et soit non contrôlés soit avec comorbidité		
<b>Intervention</b>	Formation des médecins à la pratique de la décision médicale partagée (DMP) (information du patient, communication, étape de la DMP, entretien motivationnel...) + distribution de dépliants d'information aux patients		
<b>Contrôle</b>	Pas de formation particulière des médecins, soins habituels		
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	Evolution de : - l'évaluation par le patient de sa perception de DMP (SDM-Q-9) à 6,12 et 18 mois - la TA systolique à 12 et 18 mois (par rapport à T1= 6 mois)	
	<b>Secondaire</b>	Evolution (à 12 et 18 mois par rapport à T1) de : - la TA diastolique - l'adhésion du patient (MARS-D) - score de risque cardiovasculaire Evolution à 6, 12 et 18 mois des connaissances du patient sur l'hypertension.	
<b>Thématique retenue</b>	HTA		
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>	Pas d'information, faite par un groupe différent Randomisation des médecins	Risque incertain	
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Oui	Risque bas
	<b>Perdus de vue</b>	15%	
<b>Biais de déclaration</b>	non	Risque bas	
<b>Biais de détection</b>	Nombreuses données manquantes (plus nombreuses dans le groupe contrôle mais pas de structure systématique retrouvée à l'analyse)	Risque incertain	



Etude n° 11 (35)

<b>A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care.</b>		
<b>Barnes R. D. 2014</b>		
<b>Pays, année d'étude</b>	USA, *	
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé	
<b>Durée de suivi (mois)</b>	6	
<b>Nb patients inclus</b>	89	
<b>Population</b>	18-65 ans avec IMC >25	
<b>Intervention</b>	MIC : au moins 5 consultations basées sur des techniques d'entretien motivationnel avec définition du poids cible par le patient et utilisation conseillée d'un site internet d'aide à la perte de poids + documentation écrite.	
<b>Contrôle</b>	NPC : 5 consultations de psychoéducation délivrant des informations nutritionnelles basiques	
	UC : soins habituels	
<b>Critère de jugement</b>	<b>principal</b>	% perte de poids à 3 et 6 mois
	<b>secondaire</b>	cholestérol, TA, HbA1c
<b>Thématique retenue</b>		Obésité
<b>Risque de biais</b>		
<b>Génération séquence de randomisation</b>		Pas d'information
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Oui
	<b>Perdus de vue</b>	< 5.6%
<b>Biais de déclaration</b>		Non
<b>Biais de détection (critères qualitatifs)</b>		*
		Risque incertain
		Risque bas
		Risque bas
		*

Etude n° 12 (36)

<b>The effect of a culturally tailored smoking cessation for Chinese American smokers.</b>			
<b>Wu D. 2009</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>	USA, *		
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé, étude pilote		
<b>Durée de suivi (mois)</b>	6		
<b>Nb patients inclus</b>	139		
<b>Population</b>	>18 ans fumeur d'origine chinoise		
<b>Intervention</b>	consultations basées sur entretien motivationnel, en langue chinoise avec prise en compte du vécu + kit de sevrage tabagique		
<b>Contrôle</b>	consultations d'éducation et remise d'un kit d'info sur la santé en général.		
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	taux de sevrage à 7 jours, 1 mois, 3 mois, 6 mois	
	<b>secondaire</b>	reduction qté tabac à 7 jours, 1 mois, 3 mois, 6 mois, balance décisionnelle (8 items) stade du changement (1 des 5 stades) , perception du risque (4 items) , Sentiment d'efficacité personnelle (4 items)	
<b>Thématique retenue</b>	Tabac		
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>	Pas d'information	Risque incertain	
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Non	Risque incertain
	<b>Perdus de vue</b>	13,80%	Risque bas
<b>Biais de déclaration</b>	Non	Risque bas	
<b>Biais de détection</b> (critères qualitatifs)	Non	Risque bas	

Etude n° 13 (37)

<b>A brief smoking cessation intervention for Chinese and Korean American smokers. Fang C.Y. 2006</b>		
<b>Pays, année d'étude</b>	USA mai 2002-mars 2003	
<b>Méthode</b>	Essai randomisé contrôlé	
<b>Durée de suivi (mois)</b>	3	
<b>Nb patients inclus</b>	66	
<b>Population</b>	>18 ans fumeurs d'origine chinoise ou coréenne vivant aux US	
<b>Intervention</b>	1 session de 90 à 120 minutes ciblant les réactions cognitives, affectives face au tabac et au sevrage. Incitation à explorer la perception du risque, exploration des croyance autour du sevrage, des valeurs et objectifs avec insistance sur des questions spécifiques aux asiatiques fumeurs + substituts nicotiniques gratuits	
<b>Contrôle</b>	1 session d'éducation à la santé en général (nutrition, exercice physique, méfaits du tabac) avec stratégies de sevrage tabagique + substituts nicotiniques gratuits	
<b>Critère de jugement</b>	<b>principal</b>	statut à 7jours, 1mois, 3 mois
	<b>secondaire</b>	perception du risque, croyance de santé, état psychologique, sentiment d'efficacité personnelle (SEP)
<b>Thématique retenue</b>	Tabac	
<b>Risque de biais</b>		
<b>Génération séquence de randomisation</b>	tirage au sort	Risque bas
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	oui
	<b>Perdus de vue</b>	6%
<b>Biais de déclaration</b>	Non	Risque bas
<b>Biais de détection</b> (critères qualitatifs)	Automesure	Risque élevé

<b>Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support.</b>		
<b>Williams G.C. 2001</b>		
<b>Pays, année d'étude</b>		USA, *
<b>Méthode</b>		Essai randomisé contrôlé
<b>Durée de suivi (mois)</b>		30
<b>Nb patients inclus</b>		316
<b>Population</b>		adultes fumeurs >5 cigarettes/j
<b>Intervention</b>		consultation sur la base du modèle 4A (Ask, Advise, Assist, Arrange) en prenant en compte la perspective du patient et en l'encourageant à prendre une décision éclairée à propos du sevrage
<b>Contrôle</b>		consultation sur la base du modèle 4A à partir de la perspective de leur propre perspective (celle du médecin) en faisant pression sur le patient pour qu'il arrête de fumer et en lui disant comment faire. Les médecins à la fois font l'intervention et le contrôle
<b>Critère de jugement</b>	<b>principal</b>	implication du patient (échelle de 1 à 5) et sevrage tabagique de 6, 12 et 30 mois
	<b>secondaire</b>	nombre de jours d'abstinence + plus longue durée d'abstinence à 6,12 et 30 mois
<b>Thématique retenue</b>		Tabac
<b>Risque de biais</b>		
<b>Génération séquence de randomisation</b>		pas d'information Risque incertain
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Oui Risque bas
	<b>Perdus de vue</b>	21,2% pas de différence entre les PDV des 2 groupes ni avec ceux qui ont fini l'étude ( sauf âge et nombre de tentatives de sevrage) Risque incertain
<b>Biais de déclaration</b>		Non Risque bas
<b>Biais de détection (critères qualitatifs)</b>		évaluateurs non informés du design de l'étude et des hypothèses Risque bas

## **2 Risque de biais des études**

L'analyse des biais des études a été indiquée dans le tableau de synthèse de chaque étude. Seize études avaient été initialement retenues mais suite à cette analyse, deux études, celles de Branda ME (39) et Deinzer A (40), ont été exclues : la première à cause d'un nombre trop important de biais rendant les résultats peu fiables, et la seconde car il s'est avéré qu'elle n'était pas randomisée. Les tableaux descriptifs de ces études sont présentés en annexe 3. L'ensemble des études exclues aboutissait à des résultats non significatifs comme la majorité des études incluses.

## **3 Effet des interventions**

L'efficacité des interventions, sur critères de jugement objectifs, est présentée en fonction des FDRCV (tableaux 1-4) et des dimensions de l'ACP (tableaux 5-7). Les études ayant évalué des critères de jugement qualitatifs sont présentées dans le tableau 8.

### **3.1 Efficacité des études selon les facteurs de risques cardiovasculaires**

Six études (42.8%) aboutissaient à au moins un résultat significatif sur des critères intermédiaires de morbi-mortalité cardiovasculaires. Plus de 83% des résultats significatifs (5/6) démontraient l'efficacité de l'intervention utilisant l'ACP par rapport au contrôle.

Notre recherche n'a pas permis d'inclure d'étude évaluant l'efficacité de l'ACP sur la dyslipidémie uniquement, les autres critères ont été résumés dans les tableaux ci-dessous.

n	auteur année pub	dimension ACP	population	critère(s) de jugement retenu(s)	effet (intervention vs contrôle)	significativité
1	Look AHEAD Research Group 2013	dim. 3/4/6 + 5	45-75 ans diabétiques avec BMI>25	Décès de cause car- diovasculaire ou IDM non fatal ou AVC non fatal ou hospitalisa- tion pour angine de poitrine	1,83 vs 1,92 événements cardiovasculaires pour 100 personne-année	p=0,51 NS
2	Maindal HT 2014	dim. 1/2 + 5	40-69 ans diagnostic de diabète récent ou intolérance au glucose	RCV calculé à 10ans	probabilité de survenue d'un événement CV à 10 ans : 5,15% vs 5,24%	* NS
3	Hiss RG 2001	dim. 1/2 + 3/4/6 + 5	diabétiques de type 2	HbA1c(%)  TAs (mmHg) TAd (mmHg)  Cholestérol plasmatique (mmol/l)	$\Delta$ (avant après intervention) -0,3%(p=0,02) vs -0,2% (p=0,18)  -6,3±2,1 (p= 0,003) vs -1,0±0,61 (p= 0,61) -2,4 ±1,1 (p=0,03) vs -1,6±1,2 (p=0,19)  -0,25±0,08(p=0,0006) vs-0,06±0,09 .....(p=0,45)	$\Delta$ (I vs C)  p=0,03 <sup>a</sup>  S <sup>a</sup>

<sup>a</sup> pour toutes les valeurs (HbA1c, TA, cholestérol)

\* pas de donnée chiffrée

**Tableau 1 : Efficacité des études évaluant l'ACP dans les critères de morbi-mortalité et/ou dans plusieurs FDRCV**

n	auteur année pub	dimension ACP	population	critère(s) de jugement retenu(s)	effet (intervention vs contrôle)	significativité	
4	Vermunt PW 2012	dim. 3/4/6 + 5	40-70 ans à haut risque de diabète de type 2	Glycémie à jeun IMC Incidence du diabète	- 0,17 vs -0,1 mmol/l - 0,3 vs -0,1 kg/m <sup>2</sup> 41% vs 46% à 2,5 ans	p=0,1 p=0,7 p= 0,99	NS
5	Sakane N 2011	dim. 1/2 + 5	30-60 ans avec intolé- rance au glucose	incidence cumulative du diabète 2 à 3 ans	8,2% vs 14,8%	p=0,097	NS
6	Goderis G 2010	dim. 3/4/6 + 5	diabétique de type 2	atteinte des objectifs HbA1c, Ldlc, Tas	A: Hba1c 68% vs 66% B: LDLc 60% vs 55% C: TAs 60% vs 53%	A: p=0,552 B: p=0,081 C: p=0,103	NS
7	Mullan RJ 2009	dim. 3/4/6 + 5	diabétique avec hba1c entre 7 et 9% non insulino-traités avec médicament hypoglycémiant envi- sagé	HbA1c à 6 mois	Δ(contrôle - intervention) -0,01%	(IC: -0,5 ; 0,49)	NS
8	Kinmonth AL 1998	dim. 3/4/6 + 5	30-70 ans avec diagnostic récent de diabète 2	Contrôle glycémique HbA1c Triglycérides	7,07% vs 7,17% 2,62 vs 2,23 mmol/l	p=0,31 p=0,02	NS/S
9	Greenfield S 1988	dim. 3/4/6 + 5	<75ans diabétique	HbA1c à 6 mois	Δ(contrôle - intervention) passe de 0,33%(NS) à -1,55% (S)	p<0,01	S

**Tableau 2 : Efficacité des études évaluant l'ACP dans le diabète de type 2**

n	auteur année pub	thématique	dimension ACP	population	critère(s) de jugement retenu(s)	effet (intervention vs contrôle)	significativité	
10	Tinsel I 2013	HTA	dim. 3/4/6 + 5	>18 ans hypertendus traités et soit non contrôlés soit avec comorbidité	Evolution de la TAs et de la TAd à 18 mois (vs 6 mois)	TAs : +0,43 vs -0,81  TAd : -0,15 vs -0,66	p = 0,043 (IC -0,19;3,69)  p=0,059	NS
11	Barnes RD 2014	Obésité	dim. 3/4/6 + 5	18-65 ans avec IMC >25	% perte de poids à 6 mois	Δ (baseline - 6 mois) MIC = -1,5% NPC=-3% UC = 0%	MIC p=0,024, NPC vs UC : p=0,007 MIC vs UC : p=0,184 MIC vs NPC : p=0,148	NS

TAs : tension artérielle systolique TAd : tension artérielle diastolique

MIC= Intervention utilisant l'entretien motivationnel

NPC = contrôle 1 utilisant la psychoéducation nutritionnelle

UC = contrôle 2 : soins usuels

**Tableau 3 : Efficacité des études évaluant l'ACP dans l'hypertension artérielle et l'obésité**



n	auteur année pub	dimension ACP	population	critère(s) de jugement retenu(s)	effet (intervention vs contrôle)	significativité
12	Wu D 2009	dim. 1/2 + 3/4/6 + 5	>18 ans fumeur d'origine chinoise	taux de sevrage à 6 mois	67% vs 32%	* S
13	Fang CY 2006	dim. 1/2 + 5	fumeurs >18 ans d'origine chinoise ou coréenne vivant aux US	statut à 3 mois	à 3 mois : 47% vs 28% de sevrage  à 1 mois : 56% vs 31% de sevrage	p=0,11 NS  à 1 mois p<0,05 S
14	Williams GC 2001	dim. 1/2 + 3/4/6 + 5	adultes fumeurs (>5 cigarettes /j)	sevrage tabagique de 30 mois	sevrage de 30 mois $\chi^2 = 2,00$ df= 1  à 6 mois $\chi^2 = 2,00$ df= 1 à 12 mois $\chi^2 = 0,12$ df= 1 à 30 mois $\chi^2 = 0,17$ df= 1	p=0,15 NS  p=0,15 p =0,73 p=0,68

\* pas de donnée chiffrée

**Tableau 4 : Efficacité des études évaluant l'ACP dans le sevrage tabagique**

### **3.2 Efficacité des études selon les dimensions de l'ACP**

Les études ont été classées en 3 catégories selon les dimensions de l'ACP :

- études évaluant une intervention basée sur les dimensions de perception du patient uniquement (représentées dans le tableau 5)
- études évaluant une intervention basée sur les dimensions d'activation du patient uniquement (représentées dans le tableau 6)
- études évaluant une intervention basée à la fois sur la perception et l'activation du patient (représentées dans le tableau 7)

n	auteur année pub	thématique	type d'interven- tion	population	critère de jugement retenu	efficacité démontrée	significativité
2	Maindal HT 2014	FDRCV	mixte	40-69 ans diagnostic de dia- bète récent ou intolérance au glucose	RCV calculé à 10ans	non	NS
5	Sakane N 2011	Diabète (prévention)	mixte	30-60 ans avec intolérance au glucose	incidence cumulative du diabète de type 2 à 3 ans	non	NS
13	Fang CY 2006	Tabac	individuelle	>18 ans fumeurs d'origine chinoise ou coréenne vivant aux US	statut à 3 mois	non	NS

**Tableau 5 : Efficacité des études évaluant l'ACP via les dimensions de perspective du patient uniquement**

n	auteur année pub	thématique	type d'intervention	population	critère de jugement retenu	efficacité	significativité
1	Look AHEAD Research Group 2013	FDCRV	mixte	diabétique 45-75 ans, BMI<25	Survenue d'un événement cardiovasculaire à 9 ans	non	NS
4	Vermunt PW 2012	Diabète (prévention)	mixte	40-70 ans à haut risque de diabète de type 2	Glycémie à jeun et post prandiale, poids, périmètre abdominal, IMC, incidence diabète	non	NS
6	Goderis G 2010	Diabète	individuelle	diabétique de type 2	atteinte des objectifs HbA1c, Ldlc, TAs	non	NS
7	Mullan RJ 2009	Diabète	individuelle	Diabétique hba1c de 7 à 9% ou à traiter	HbA1c à 6 mois	non	NS
8	Kinmonth AL 1998	Diabète	individuelle	30-70 ans avec diagnostic récent de diabète 2	HbA1c, Triglycérides à 1 an	non	S/NS
9	Greenfield S 1988	Diabète	individuelle	diabétique < 75ans	HbA1c à 6 mois	oui	S
10	Tinsel I 2013	HTA	individuelle	> 18 ans hypertendus traités et soit non contrôlés soit avec comorbidité	Evolution de la TAs et de la TAd à 18 mois (vs 6 mois)	non	NS
11	Barnes RD 2014	Obésité	mixte	18-65 ans avec IMC >25	% perte de poids à 6 mois	non	NS

**Tableau 6 : Efficacité des études évaluant l'ACP via les dimensions d'activation du patient uniquement**

n	auteur année pub	thématique	type d'intervention	population	critère de jugement retenu	efficacité	significativité
3	Hiss RG 2001	FDRCV	individuelle	diabétiques de type 2	HbA1c TA cholestérol plasmatique	oui	S
12	Wu D 2009	Tabac	individuelle	>18 ans fumeur d'origine chinoise	taux de sevrage à 6 mois	oui	S
14	Williams GC 2001	Tabac	individuelle	adultes fumeurs (>5 cigarettes /j)	sevrage tabagique de 6, 12 et 30 mois	non	NS

**Tableau 7 : Efficacité des études évaluant l'ACP via les dimensions de perspective et d'activation du patient**

### **3.3 Efficacité des études sur la base de critères qualitatifs**

Parmi les études incluses, 50% (7/14) évaluaient des critères qualitatifs en même temps que les critères objectifs. 85.7% (6/7) des études évaluant des critères de jugement qualitatifs retrouvaient au moins un résultat significatif. Tous les items statistiquement significatifs, sauf un (étude 8 (Kinmonth), item connaissance sur le diabète) étaient en faveur du groupe intervention.

n	auteur année pub	Thématique	dimension ACP	efficacité sur critères objectifs	critère de jugement qualitatif	effet (intervention vs contrôle)	significativité	
7	Mullan RJ 2009	Diabète	dim. 3/4/6 + 5	NS	A: implication dans la prise de décision (instrument pictural en 7 options)	A: 49.7/100 vs 27.7/100 10/12 items en faveur DMP dans le groupe intervention.	IC 95% (13.0 ;30.5)	S
					B: perception par le patient de l'acceptabilité de l'information (échelle de Likert 7 points)	B: 5 items sur 5 meilleurs ou identiques	Items 1,2, 4 et 5 3	NS S
					C: confiance du patient en ses connaissances ("Decisional Conflict Scale" en 16 items)	C & D	-	NS
					D: confiance en son soignant ("Trust in Physician" en 9 questions)			
					E : adhérence à 6 mois	E: 76% vs 81% n'ont pas rapporté d'oubli de dose la dernière semaine	IC 95% (0.24 ;0.32)	S
8	Kinmonth AL 1998	Diabète	dim. 3/4/6 + 5	NS	hygiène de vie (régime alimentaire exercice physique)	*	*	NS
					qualité de vie en lien avec diabète bien être général (échelle 0-66)	-	p>0.27	NS
						48 vs 45,9	p<0.03	S
					Communication avec IDE satisfaction liée au soin, accord sur les principaux sujets de préoccupation, contrôle perçu du diabète	I > C	-	NS
					communication avec les médecins satisfaction liée au traitement	I > C I > C	p<0.001 p=0.05	S S/NS
					connaissance sur le diabète	I < C	p<0.03	S

**Tableau 8 : Efficacité des études sur l'évaluation des critères qualitatifs** (partie 1/3)

n	auteur année pub	thématique	dimension ACP	efficacité sur critères objectifs	critère de jugement qualitatif	effet (intervention vs contrôle)	significativité	
9	Greenfield S 1988	Diabète	dim. 3/4/6 + 5	Oui	qualité de vie en lien avec la santé (4 items)	I>C (3 items sur 4)	p<0.01	S
					interaction soignant/patient	activation du patient plus élevée (I>C) (4 items sur 6)	p<0.05	S
					satisfaction du patient (score 12 à 60)	44.6 vs 42.7	IC 95% (-2.9 ; 6.7)	NS
					connaissance du patient sur le diabète (score 0 à 22)	10.1 vs 9.7	IC 95% (-2.9 ; 4.6)	NS
10	Tinsel I 2013	HTA	dim. 3/4/6 + 5	NS	A 18 mois, changement dans :			
					l'évaluation par le patient de sa perception de décision médicale partagée (SDM-Q-9)	-1.07 vs -3.69	p=0.20	NS
					les connaissances du patient sur l'HTA (8 items)	5.85 vs 4.66	p=0.65	NS
					l'adhérence du patient (MARS-D)	0.4 vs -1.1	p=0.21	NS

**Tableau 8 : Efficacité des études sur l'évaluation des critères qualitatifs** (suite 2/3)



n	auteur année pub	thématique	dimension ACP	efficacité sur critères objectifs	critère de jugement qualitatif	effet (intervention vs contrôle)	significativité	
12	Wu D 2009	Tabac	dim. 1/2 + 3/4/6 + 5	Oui		par rapport au contrôle :		
					balance décisionnelle (8 items)	Augmentation de : la perception des inconvénients du tabac dès 7 jours la perception des avantages.	p<0,05	S
					stade du changement (1 des 5 stades)	à 6 mois, stade « action » : 66.6% vs 32.3%	p>0.05	NS
					Sentiment d'efficacité personnelle (SEP) (4 items)	Augmentation du SEP à 3 et 6 mois	p<0.001	S
					perception du risque (4 items)	Augmentation de la perception du risque à 1,3 et 6 mois	p<0,01	S
13	Fang CY 2006	Tabac	dim. 1/2 + 5	NS (à 6 mois)	perception du risque	Amélioration significative de tous les critères avec le temps dans les 2 groupes.	Δi-c	NS
					croyance de santé			
					état psychologique sentiment d'efficacité personnelle (SEP)	Amélioration significative- ment plus importante dans le groupe intervention pour le SEP	p<0,01	S
14	Williams GC 2001	Tabac	dim. 1/2 + 3/4/6 + 5	NS	implication du patient (échelle de 1 à 5)	3,3 vs 3,1	p=0,03	S

**Tableau 8 : Efficacité des études sur l'évaluation des critères qualitatifs** (suite 3/3)

# Discussion

## 1 Résumé des résultats principaux

Trois études (études 3, 9 et 12) sur les 14 études incluses (21.4%) ont permis de prouver l'efficacité de leur intervention sur des critères intermédiaires. L'étude 3 (Hiss) montrait une amélioration modeste mais significative ( $p=0.03$ ) de l'HbA1c, de la tension artérielle (systolique et diastolique) et du cholestérol plasmatique par rapport au groupe contrôle. L'étude 9 (Greenfield) aboutissait à une amélioration significative de l'HbA1c à 6 mois dans le groupe intervention quand le groupe contrôle ne montrait pas de différence significative par rapport aux valeurs à l'inclusion. L'étude 12 (Wu) montrait quant à elle un taux de sevrage tabagique à 6 mois supérieur dans le groupe intervention de façon significative, il s'agissait cependant d'une étude pilote.

Toutes les autres études aboutissaient à des résultats non significatifs pour les critères intermédiaires de morbi-mortalité cardiovasculaire. Il reste cependant important de noter qu'elles montraient toutes, sauf l'étude 10 (Tinsel) et l'étude 8 (Kinmonth), une tendance à l'amélioration de ces critères intermédiaires par rapport au groupe contrôle mais de manière non significative. L'étude de Tinsel était par ailleurs la seule qui évaluait des critères qualitatifs mais qui ne trouvait aucun résultat significatif. Celle de Kinmonth était aussi la seule où 1 critère qualitatif était en faveur du groupe contrôle de façon significative.

## 2 Qualité de la preuve

Toutes ces données ne permettaient pas de conclure formellement à l'efficacité de l'ACP dans la prévention cardiovasculaire, mais il ne faudrait pas tomber dans l'écueil de conclure à une inefficacité de cette approche. En effet, les études significatives sur le plan statistique étaient quasiment toutes en faveur des interventions utilisant l'ACP pour les critères intermédiaires de morbi-mortalité cardiovasculaires mais aussi pour les critères qualitatifs.

Par ailleurs, les études incluses présentaient un certain nombre de limites qui pourraient expliquer, au moins partiellement, que beaucoup de résultats n'étaient pas significatifs. L'étude Look AHEAD (étude n°1) est assez illustrative des limites de ces ECR bien qu'étant l'étude qui incluait le plus grand nombre de patients sur une longue durée.

La question de la relation entre les critères intermédiaires et la morbi-mortalité s'est posée dans cette étude. En effet, les différentes analyses intermédiaires effectuées montraient une efficacité de l'intervention sur la perte de poids, l'amélioration de l'HbA1c, de la TA systolique et du cholestérol HDL à 4 ans notamment (41). A la fin de l'étude (42), l'amélioration du poids et de l'HbA1c reste statistiquement plus importante que dans le groupe contrôle sans que cela ne permette de conclure à une différence significative dans la survenue d'un événement cardiovasculaire.

## **2.1 Effectifs des études**

Si nous considérons les critères intermédiaires comme des marqueurs prouvés du risque cardiovasculaire réel, nous pouvons nous demander si la puissance des études était suffisante. En effet, dans l'étude Look AHEAD, bien que l'effectif soit déjà important (5145 patients inclus), il n'était peut-être pas suffisant pour compenser la relativement faible probabilité des événements cardiovasculaires dans le groupe contrôle. Cette constatation avait d'ailleurs mené les auteurs à modifier le critère de jugement principal. Les autres études incluses étaient concernées à plus forte raison : 57% (8/14) avaient un effectif inférieur à 500 patients et pour 28.5% (4/14), il était même inférieur à 100 patients inclus.

## **2.2 Durée de l'intervention**

Dans l'étude Look AHEAD, la fréquence et la nature des interactions avec les participants ont évolué tout au long des 10 années du suivi. Les entretiens ont été espacés, les objectifs ont changé mais peut être trop tôt (ou moins probablement trop tard) ou de façon trop standardisée. Il est possible que le résultat non significatif soit

lié à la précocité de ces allègements dans l'intervention. Ainsi une intervention intensive plus durable aurait peut-être produit un résultat plus probant tout en étant plus proche de la réalité du suivi d'un patient atteint de maladie chronique. De même, certaines des études de notre revue mesuraient des interventions courtes voire ponctuelles, était-ce suffisant pour se maintenir dans une approche qui reste suffisamment centrée sur le patient ?

### **2.3 Critères de jugement et durée d'étude**

La durée de l'étude était peut être insuffisante pour marquer une réelle différence entre les deux groupes, il serait intéressant de mesurer à beaucoup plus long terme l'effet de cette intervention sur les participants. La durée de l'étude bien que relativement longue (presque 10 ans) reste courte par rapport à une vie : y aurait-il une amélioration de la morbi-mortalité cardiovasculaire à 15 ans, 20 ans ou plus, notamment avec une intervention prolongée ?

D'autre part, les modifications de l'hygiène de vie peuvent avoir des effets sur la morbi-mortalité en général. L'amélioration du diabète, en plus du risque cardiovasculaire, agit aussi sur le risque infectieux. Le sevrage tabagique (a priori non ciblé dans Look AHEAD mais dans d'autres études incluses) a des effets sur la mortalité des maladies respiratoires et oncologiques : y aurait-il une efficacité à long terme sur la mortalité globale ? Cette question est d'autant plus pertinente qu'elle concerne directement la philosophie de l'ACP (cf prise en compte de la personne dans sa globalité, promotion de la santé...).

### **2.4 Les caractéristiques de l'intervention ACP par rapport aux caractéristiques du groupe contrôle ?**

Les modifications dans l'intervention Look AHEAD n'ont pas été documentées et justifiées dans une démarche d'ACP. Il n'est donc pas possible de savoir si l'intervention est restée strictement conforme aux critères d'ACP tout au long de l'étude. A ce titre, l'étude 8 (Kinmonth) soulève une question pertinente concernant les

interventions d'ACP et leur évaluation. Les auteurs ont fait évaluer le processus de soin par les patients via un questionnaire. Sur une population de diabétiques de type 2 de diagnostic récent, les patients du groupe intervention ont reçu des soins par leur cabinet habituel où au moins un médecin et une infirmière avaient suivi une formation visant à améliorer leur pratique de l'ACP. Paradoxalement, il n'existait pas de différence significative avec le groupe contrôle dans les critères évaluant la mise en œuvre de l'ACP (communication avec les professionnels de santé, satisfaction liée au traitement et à la délivrance des soins, accord sur les principaux sujets de préoccupation, contrôle perçu du diabète et connaissance sur le diabète) sauf pour la communication avec les médecins qui était meilleure dans le groupe intervention et pour les connaissances sur le diabète, plus importantes dans le groupe contrôle. L'intervention ne montrait pas d'efficacité par rapport au groupe contrôle, peut-on pour autant conclure que l'ACP n'était pas efficace ?

Ceci revient à dire qu'il ne suffit pas qu'une intervention se veuille centrée sur le patient pour qu'elle le soit de façon effective. Il peut exister des facteurs de confusion probablement liés à des facteurs humains, subjectifs, tels « l'effet médecin », qui ne peuvent pas être neutralisés dans le groupe contrôle car directement liés à la pratique, l'expérience et la personnalité du soignant. Ces possibles facteurs de confusion rendent difficile l'évaluation de l'ACP dans la mesure où un soignant (ou une intervention) peut ne pas faire preuve de suffisamment d'attitude empathique, de réassurance alors qu'il cherche à le faire et inversement.

Des questions méritent donc d'être posées pour chaque étude :

- l'intervention se situe-t-elle dans le cadre global de l'ACP ? Nous n'avons retrouvé que 3 études qui se situaient dans ce cadre dont 2 étaient efficaces (cf. tableau 7).
- A quelle dose et selon quelles modalités d'ACP cette intervention devient-elle efficace ? Pour répondre à cette question nous avons décidé de simplifier le modèle ACP en le réduisant à des dimensions de perspective du patient (PP) et des dimensions d'activation du patient (PA), (voir paragraphe 4).

Par analogie, on pourrait comparer l'évaluation de « la thérapeutique » ACP à celle de la thérapeutique médicamenteuse qui doit passer par quatre phases d'essais cliniques. Celles-ci sont précédées par des phases pré-cliniques où on caractérise la molécule, ses

effets, ses cibles, ses doses sans effet et ses doses toxiques. Les essais cliniques de phase I examinent la tolérance et les effets indésirables du médicament. Les essais de phase II évaluent l'efficacité sur une petite population (phase II a) et la dose thérapeutique de la molécule (phase II b). Ce n'est qu'alors que sont pratiqués les essais randomisés contrôlés de la phase III qui permettent de déterminer l'efficacité (supériorité ou non infériorité) du médicament. La phase IV a lieu à très grande échelle après sa mise sur le marché.

Dans le cadre de l'ACP, la démarche des interventions est souvent peu documentée, il apparaît alors difficile de faire le lien entre la dimension ACP et l'objectif visé autrement que par l'interprétation du lecteur. Cette lacune, déjà relevée par Griffin (43), pourrait s'apparenter à une insuffisance dans les phases pré-cliniques et la phase II. L'intérêt de la phase I est discutable dans la mesure où il ne s'agit pas d'une intervention pharmacologique.

### **3 Biais dans le process de la revue**

Notre revue présente un biais de sélection qui a un impact certain sur l'exhaustivité des données et probable sur l'applicabilité des données.

En effet, notre recherche a été menée essentiellement sur les bases de données Medline et Cochrane ce qui limite les résultats obtenus. Seuls les articles en langue anglaise ou française ont été retenus, négligeant ainsi la possible richesse de la littérature scientifique non francophone ou anglophone.

Par ailleurs, l'équation de recherche aurait pu inclure d'autres termes pour mieux contenir les différentes dimensions de l'ACP comme par exemple « counselling » ou « lifestyle ». Cependant, ce genre de mots clefs reste plus spécifique à d'autres approches desquelles l'ACP s'inspire mais qui s'inscrivent dans des démarches différentes.

#### **4 Comparaison avec d'autres études et revues**

Dans toutes les études ayant démontré une efficacité de l'ACP, au moins une des dimensions d'activation du patient (groupe PA, dimensions 3, 4 et/ou 6) était présente dans l'intervention. Les dimensions prenant en compte la personne dans sa globalité (groupe PP, dimensions 1 et/ou 2) étaient présentes dans 2 études efficaces sur 3 (études n°3 et n°12) mais toujours en association avec les dimensions d'activation du patient.

Ces résultats semblent corroborer ceux de Michie (44) et de Griffin (43), qui indiquent que les dimensions d'activation du patient (PA) seraient plus fortement associées à de meilleurs résultats sur la santé physique que les dimensions de perspective du patient (PP).

Il semblerait même que la prise en compte de la perspective du patient permettrait de mieux mettre en œuvre son activation. En effet, dans l'étude 12 (Wu), la prise en compte de l'origine du patient a permis de délivrer une intervention dans une langue adaptée et en tenant compte du contexte culturel du patient. Ceci a probablement permis d'optimiser l'entretien motivationnel et donc l'activation du patient. De même dans l'étude 3 (Hiss), la discussion avec le patient s'est construite à partir d'un questionnaire évaluant l'histoire du patient en plus des données objectives.

D'ailleurs, il serait envisageable d'évoquer le manque de PP dans l'étude Look AHEAD pour expliquer au moins partiellement qu'elle n'ait pas démontré son efficacité, l'étude I-D- HEALTH (45), actuellement en cours, se donne pour objectif de pallier à cela via une intervention « community-based ».

#### **5 Perspectives**

Dans une démarche EBM, nous avons choisi de n'inclure dans cette revue que les essais randomisés contrôlés afin d'optimiser le niveau de preuve mais la nature de l'ACP rend ce choix critiquable.

Comme nous l'avons vu précédemment et comme d'autres études le soulèvent (46), le

groupe contrôle d'un essai randomisé peut perturber la qualité de la comparaison du fait de facteurs intrinsèques qui pourraient être considérés comme des facteurs de confusion : le groupe contrôle peut ne pas être un véritable contrôle. De même, le manque de caractérisation de l'intervention peut être un facteur limitant l'applicabilité des données obtenues. L'intérêt d'études préalables à l'étude randomisée paraît envisageable.

Dans l'idéal, il faudrait évaluer les interventions afin de s'assurer qu'elles sont conformes à l'ACP et d'en caractériser les dimensions. Pour cela, il faudrait que les auteurs définissent précisément l'objectif de chaque composante de leur intervention dans le cadre de l'ACP. Ceci pourrait être assimilé à la caractérisation du principe actif du médicament. A défaut, il faudrait pouvoir réaliser une échelle d'évaluation de l'ACP intégrant ses différentes dimensions sous forme de sous-échelles validées. On distinguerait alors des interventions à des degrés variables de conformité à l'ACP à partir de ces échelles d'évaluation. Par analogie, on obtiendrait un profil thérapeutique comparable au profil pharmacodynamique d'un médicament. Ce n'est qu'alors que ces interventions pourraient être évaluées pour s'assurer de leur efficacité. Parallèlement, cette même échelle permettrait de caractériser le groupe contrôle et de limiter les facteurs confondants.

D'un autre côté, comment pourrait-on neutraliser les facteurs confondants dans le groupe contrôle ? Les études avant-après seraient-elles plus pertinentes dans la mesure où elles permettraient d'évaluer l'apport réel de l'intervention (après) par rapport aux soins usuels (avant) dans un même groupe ? Y aurait-il un intérêt à évaluer l'apport de l'ACP de façon randomisée contrôlée mais sur deux groupes évalués en avant-après ?

L'intérêt subsidiaire de ces démarches serait de confirmer ou infirmer la tendance selon laquelle l'activation du patient serait plus efficace que la simple prise en compte de sa perspective. Ainsi une intervention pourrait être caractérisée selon son degré d'ACP et ses dimensions : plutôt PA, plutôt PP ou les deux à la fois. Ceci permettrait probablement d'affiner encore le concept. En effet, l'ACP, qui était définie par les six composantes que nous avons décrites plus haut, a déjà été réduite à quatre composantes. La dimension de promotion de la santé (n°5) a été intégrée à celle de la globalité de la personne (n°2) et la dimension de réalisme et réflexivité (n°6) a été



associée à la relation médecin patient (n°4). L'ACP ainsi simplifiée devient plus intuitive et plus accessible à l'étude.

## Conclusion

Notre revue n'a pas permis de démontrer l'efficacité de l'ACP dans la prévention cardiovasculaire sur des critères de morbi-mortalité.

Elle indique néanmoins une efficacité sur des critères intermédiaires dans 3 études sur 14 et sur des critères qualitatifs dans 5 études sur 7. En effet, toutes les études statistiquement significatives démontraient une efficacité des interventions ayant utilisé l'ACP dans les critères intermédiaires de morbi-mortalité cardiovasculaire. Les autres études révélaient une tendance majoritaire en faveur de l'ACP pour tous les critères intermédiaires. D'autre part, ces interventions basées sur l'ACP ont clairement démontré leur efficacité sur des critères qualitatifs (5 études sur 7) sans être inférieures aux soins habituels sur des critères de morbi-mortalité.

Par ailleurs, notre revue n'a pas pu être exhaustive du fait de la multiplicité et de la complexité des composantes de cette approche. Nous avons essayé de simplifier cette complexité en repérant deux grandes dimensions : la compréhension de la perspective du patient dans l'approche globale biopsychosociale, PP, et l'activation du patient (décision médicale partagée, relation thérapeutique...), PA.

Deux études efficaces sur trois évaluaient des interventions basées à la fois sur les dimensions d'activation (PA) et de perspective (PP). L'autre étude efficace était basée sur l'activation du patient. Il semblerait donc qu'à défaut de pouvoir mettre en œuvre les deux catégories de composantes ACP, il vaudrait mieux être plutôt activateur du patient plutôt que simplement prendre en compte sa perspective.

Toutes ces données sont encourageantes et devraient conduire à mener des études plus approfondies pour d'une part attester de l'adéquation de l'intervention avec l'ACP (meilleure caractérisation du groupe intervention) et d'autre part renforcer les autres facteurs méthodologiques (effectif, durée, ...), ceci permettrait de conclure de façon plus formelle et d'affiner la démarche ACP.

# Bibliographie

1. Aouba A, Péquignot F, Le Toullec A, Jouglu E. Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004. *Bull Epidémiologique Hebd*;35-36(308-314).
2. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evol.* Disponible sur [www.inpessante.fr](http://www.inpessante.fr) [Internet]. janv 2015
3. Bogdanovica I, Godfrey F, McNeill A, Britton J. Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tob Control.* janv 2011;20(1):e4.
4. Thomas D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique. *Presse Médicale.* 2009;38(6):946-52.
5. Licaj I, Romieu I, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault. Impact du tabac sur la mortalité totale et sur la mortalité par cause dans l'étude européenne EPIC [Internet]. Disponible sur: <http://www.camip.info/Impact-du-tabac-sur-la-mortalite.html>
6. Eschwege E, Basdevant A, Crine A, Moisan C, Charles M-A. Type 2 diabetes mellitus in France in 2012: results from the ObEpi survey. *Diabetes Metab.* févr 2015;41(1):55-61.
7. International Expert Committee. International Expert Committee Report on the Role of the A1C Assay in the Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care.* juill 2009;32(7):1327-34.
8. Bennett CM, Guo M, Dharmage SC. HbA(1c) as a screening tool for detection of Type 2 diabetes: a systematic review. *Diabet Med J Br Diabet Assoc.* avr 2007;24(4):333-43.
9. Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) [Internet]. Disponible sur : [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=3481](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3481)
10. Ferrières J, Ruidavets JB, Perret B, Dallongeville J, Arveiler D, Bingham A, et al. Prévalence des dyslipidémies dans un échantillon représentatif de la population française. *Arch Mal Coeur Vaiss.* févr 2005;98(2):127-32.
11. AFSSAPS. La prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. /data/revues/00034266/00620001/70/ [Internet]. 2005.

12. HAS. Synthèse, efficacité et efficience des hypolipémiants - une analyse centrée sur les statines. MAJ sept 2010 - Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/synthese\\_efficacite\\_et\\_efficience\\_des\\_hypolipemiants\\_-\\_une\\_analyse\\_centree\\_sur\\_les\\_statines.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/synthese_efficacite_et_efficience_des_hypolipemiants_-_une_analyse_centree_sur_les_statines.pdf)
13. Ferrieres J. Prévalence des différentes dyslipidémies en France. 2010; Disponible sur: <http://www.réalites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/2010/11/0214.pdf>
14. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. In: Hong-Kong Meeting of the Wonca Classification Committee. 1995.
15. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ Can Med Assoc J. 1 mai 1995;152(9):1423-33.
16. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ. 24 févr 2001;322(7284):468.
17. Richard C, Lussier M-T, éditeurs. La communication professionnelle en santé. Saint-Laurent (Québec): Renouveau pédagogique; 2005. 840 p.
18. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ. 24 févr 2001;322(7284):444-5.
19. Sherer JL, Anderson HJ, Lumsdon K. Putting patients first. Hospitals work to define patient-centered care. Hospitals. 5 févr 1993;67(3):14-24, 26.
20. Stewart M, Brown JB, Wayne W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1995. 267 p.
21. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 1982. oct 2000;51(7):1087-110.
22. Introduction aux notions d'« interventions efficaces » et de « données probantes » : définitions et éléments historiques - synthese-donnees-probantes.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/transfert-connaissance/pdf/synthese-donnees-probantes.pdf>
23. Flay BR. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. Prev Med. sept 1986;15(5):451-74.
24. Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0 [updated March 2011] [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://handbook.cochrane.org/>
25. Look AHEAD Research Group, Wing RR, Bolin P, Brancati FL, Bray GA,

- Clark JM, et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 11 juill 2013;369(2):145-54.
26. Maindal HT, Carlsen AH, Lauritzen T, Sandbaek A, Simmons RK. Effect of a participant-driven health education programme in primary care for people with hyperglycaemia detected by screening: 3-year results from the Ready to Act randomized controlled trial (nested within the ADDITION-Denmark study). *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. août 2014;31(8):976-86.
  27. Branda ME, LeBlanc A, Shah ND, Tiedje K, Ruud K, Van Houten H, et al. Shared decision making for patients with type 2 diabetes: a randomized trial in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:301.
  28. Hiss RG, Gillard ML, Armbruster BA, McClure LA. Comprehensive evaluation of community-based diabetic patients: effect of feedback to patients and their physicians: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. avr 2001;24(4):690-4.
  29. Vermunt PWA, Milder IEJ, Wielaard F, de Vries JHM, Baan CA, van Oers J a. M, et al. A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. août 2012;29(8):e223-31.
  30. Sakane N, Sato J, Tsushita K, Tsujii S, Kotani K, Tsuzaki K, et al. Prevention of type 2 diabetes in a primary healthcare setting: three-year results of lifestyle intervention in Japanese subjects with impaired glucose tolerance. *BMC Public Health*. 2011;11(1):40.
  31. Goderis G, Borgermans L, Grol R, Van Den Broeke C, Boland B, Verbeke G, et al. Start improving the quality of care for people with type 2 diabetes through a general practice support program: a cluster randomized trial. *Diabetes Res Clin Pract*. avr 2010;88(1):56-64.
  32. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJH, Bryant SC, Guyatt GH, et al. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Arch Intern Med*. 28 sept 2009;169(17):1560-8.
  33. Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *BMJ*. 31 oct 1998;317(7167):1202-8.
  34. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*. oct 1988;3(5):448-57.
  35. Tinsel I, Buchholz A, Vach W, Siegel A, Dürk T, Buchholz A, et al. Shared decision-making in antihypertensive therapy: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013;14:135.

36. Deiner A, Veelken R, Kohnen R, Schmieder RE. Is a shared decision-making approach effective in improving hypertension management? *J Clin Hypertens Greenwich Conn.* mai 2009;11(5):266-70.
37. Barnes RD, White MA, Martino S, Grilo CM. A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care. *Obes Silver Spring Md.* déc 2014;22(12):2508-16.
38. Wu D, Ma GX, Zhou K, Zhou D, Liu A, Poon AN. The effect of a culturally tailored smoking cessation for Chinese American smokers. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* déc 2009;11(12):1448-57.
39. Fang CY, Ma GX, Miller SM, Tan Y, Su X, Shive S. A brief smoking cessation intervention for Chinese and Korean American smokers. *Prev Med.* oct 2006;43(4):321-4.
40. Williams GC, Deci EL. Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Med Care.* août 2001;39(8):813-23.
41. Look AHEAD Research Group, Wing RR. Long-term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes mellitus: four-year results of the Look AHEAD trial. *Arch Intern Med.* 27 sept 2010;170(17):1566-75.
42. Look AHEAD Research Group. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obes Silver Spring Md.* janv 2014;22(1):5-13.
43. Griffin SJ, Kinmonth A-L, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med.* déc 2004;2(6):595-608.
44. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns.* nov 2003;51(3):197-206.
45. Liss DT, Finch EA, Gregory DL, Cooper A, Ackermann RT. Design and participant characteristics for a randomized effectiveness trial of an intensive lifestyle intervention to reduce cardiovascular risk in adults with type 2 diabetes: The I-D-HEALTH study. *Contemp Clin Trials.* 20 nov 2015;
46. Pagoto SL, McDermott MM, Reed G, Greenland P, Mazon KM, Ockene JK, et al. Can attention control conditions have detrimental effects on behavioral medicine randomized trials? *Psychosom Med.* févr 2013;75(2):137-43.

# **Annexe 1**

Définition des MeSH retenus

**Acceptation des soins par le patient :** Quête et acceptation par le patient des services de santé.

**Arrêt du tabac :** Arrêt de la consommation habituelle des produits dérivés du tabac à fumer ou à mâcher, y compris le tabac à priser.

**Diabète :** Groupe hétérogène de troubles qui ont en commun l'intolérance au glucose.

**Dyslipidémies :** Anomalies des niveaux sériques de lipides, incluant l'excès et l'insuffisance. Les anomalies du profil lipidique peuvent inclure un niveau élevé de cholestérol total, de triglycérides et/ou de LDL-cholestérol et/ou un niveau bas de HDL-cholestérol.

**Empathie :** Prise de conscience objective et judicieuse des sentiments et comportements d'une autre personne. Elle doit être distinguée de la sympathie qui n'est pas critique et objective. L'empathie comprend la bienveillance qui est une preuve de la reconnaissance et de la préoccupation du bien-être d'autrui.

**Evaluation de programme :** Etudes élaborées pour estimer l'efficacité des programmes. Elles peuvent inclure l'évaluation du rapport coût/efficacité, la mesure de l'atteinte des objectifs ou de leur impact.

**Evaluation de résultat (soins) :** Recherche visant à évaluer la qualité et l'efficacité des soins, mesurée par l'obtention de résultats finaux spécifiques. Ces mesures incluent des paramètres tels que l'amélioration de l'état de santé, la diminution de la morbidité ou de la mortalité, et l'amélioration d'un état anormal (tel que l'élévation de pression sanguine).

**Hypercholestérolémie :** Niveaux anormalement élevés de cholestérol dans le sang.

**Hypertension artérielle :** Elévation persistante de la tension artérielle systémique. Basée sur plusieurs lectures (mesure de la tension artérielle), elle est couramment définie comme une pression artérielle systolique constamment supérieure à 140mmHg et une pression artérielle diastolique constamment supérieure ou égale à 90 mmHg.

**Hypertriglycéridémie :** Niveaux élevés de triglycérides dans le sang.

**Obésité :** Etat dans lequel le poids corporel est largement supérieur à un poids acceptable ou désirable. Cet état est généralement dû à l'accumulation excessive de graisses. Les normes de l'indice de masse corporelle (IMC) peuvent varier selon l'âge, le sexe, des facteurs génétiques ou l'origine culturelle. Une personne avec un IMC supérieur à 30.0 kg/m<sup>2</sup> est considérée comme obèse et si l'IMC supérieur à 40.0 kg/m<sup>2</sup>, il s'agit d'obésité morbide.



**Participation du patient :** Participation du patient dans le processus décisionnel pour les sujets concernant la santé.

**Prévention primaire :** Pratiques spécifiques visant à prévenir les maladies et les troubles psychiques chez des individus ou populations prédisposés. Ces pratiques incluent la promotion de la santé, santé mentale comprise, la prise de mesures protectives telles que le contrôle des maladies transmissibles, la surveillance et la réglementation des polluants environnementaux. La prévention primaire doit être distinguée de la prévention secondaire et tertiaire.

**Prévention secondaire :** Mesures prises pour prévenir ou réduire l'incidence ou la progression d'une maladie en cas de diagnostic précoce ou de prédisposition connue à cette maladie.

Prévention des rechutes ou exacerbations d'une maladie et des complications du traitement.

**Prévention tertiaire :** Mesures visant à fournir les services de soutien et de réhabilitation appropriés pour diminuer la mortalité et optimiser la qualité de vie après et/ou au décours d'une pathologie chronique ou laissant des séquelles.

**Prise de décision :** Processus collaboratif pour parvenir à une décision.

Processus visant à construire un jugement intellectuel sélectif en présence de plusieurs alternatives complexes constituées de plusieurs variables et définissant habituellement une façon de procéder ou une idée.

**Promotion de la santé :** Encouragement des comportements de consommation susceptibles de favoriser le niveau sanitaire (physique et psychologique) par le biais d'informations de santé, de programmes de prévention et par l'accès au soin médical.

**Relations médecin-patient :** Interactions entre le médecin et le patient.

**Recherche comparative sur l'efficacité :** Synthèse de la recherche systématique comparant des interventions et des stratégies de prévention, diagnostic, traitement ou de surveillance de situation sanitaires. L'objectif de ce type de recherche est d'informer les patients, les prestataires et les décideurs en répondant à leurs besoins exprimés à propos des interventions les plus efficaces selon les patients et les circonstances spécifiques.

**Résultat thérapeutique :** Évaluation entreprise pour évaluer les résultats ou les conséquences de la gestion et des procédures employées pour combattre la maladie afin de déterminer l'utilité, l'efficacité, la sûreté, la praticabilité, etc., de ces interventions dans différents cas.

**Sevrage tabagique :** Abandon de l'habitude de fumer, de l'inhalation et de l'exhalation de la fumée de tabac.

**Soins centrés sur le patient :** Soins des patients par lesquels les ressources institutionnelles et le personnel s'organisent autour des patients et non autour des services spécialisés.

**Surpoids :** Etat dans lequel le poids corporel est supérieur à la norme définissant un poids acceptable ou désirable. Sur l'échelle « indice de masse corporelle » (IMC), le surpoids est défini comme un IMC compris entre 25.0 et 29.9 kg/m<sup>2</sup>. Le surpoids peut être dû ou non à un excès de masse grasse (tissus adipeux), par conséquent surpoids n'est pas obligatoirement synonyme « d'excès de graisse ».

**Tabagisme :** Inhalation et exhalation de fumée de tabac.

# **Annexe 2**

Construction de l'équation de recherche

## Equation 1

((("patient centered care"[MeSH Terms] OR "physician patient relations"[MeSH Terms] OR "decision making"[MeSH Terms] OR "health promotion"[MeSH Terms] OR "patient participation"[MeSH Terms]) AND ("treatment outcome"[MeSH Terms] OR "comparative effectiveness research"[MeSH Terms] OR "program evaluation"[MeSH Terms] OR "outcome assessment health care"[MeSH Terms]) AND ("Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Controlled Clinical Trial" [Publication Type]))

→ 2679 résultats

Ajout d'une limite sur le genre humain et l'âge des patients (entre 19 et 65 ans) :

→ 1448 résultats

Suite à la sélection sur titre à partir de cette équation, on aboutit à 337 résultats de pertinence moyenne.

## Equation 2

Afin de rendre la recherche plus spécifique, on ajoute les notions de prévention (primaire, secondaire et tertiaire, la quaternaire n'existe pas encore parmi les MeSH) et les FDRCV ciblées pour notre recherche (obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme) :

((("patient centered care"[MeSH Terms] OR "physician patient relations"[MeSH Terms] OR "decision making"[MeSH Terms] OR "health promotion"[MeSH Terms] OR "patient participation"[MeSH Terms]) AND ("treatment outcome"[MeSH Terms] OR "comparative effectiveness research"[MeSH Terms] OR "program evaluation"[MeSH Terms] OR "outcome assessment health care"[MeSH Terms]) AND ("Randomized Controlled Trial"[Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Controlled Clinical Trial"[Publication Type]))) AND (((((((((((overweight[MeSH Terms] OR obesity[MeSH Terms]) OR hypertension[MeSH Terms]) OR "diabetes mellitus"[MeSH Terms]) OR (((dyslipidemias[MeSH Terms] OR hypercholesteremia[MeSH Terms] OR hypertriglyceridemia[MeSH Terms])) OR (((("tobacco use cessation"[MeSH Terms]) OR "smoking cessation"[MeSH Terms]) OR "smoking"[MeSH Terms]))) OR (((("primary prevention"[MeSH Terms] OR "secondary prevention"[MeSH Terms] OR "tertiary prevention"[MeSH Terms]) OR (prevention and control[MeSH Terms])))

→ 722 résultats

Ajout d'une limite sur le genre humain et l'âge des patients (entre 19 et 65 ans) :

→ 451 résultats

### Equation 3

On tente alors d'augmenter la spécificité sur le thème de l'ACP en ajoutant la notion d'acceptation des soins par le patient dans le critère efficacité, et la sensibilité par l'ajout de la notion d'empathie l'équation devient :

(((((("patient centered care"[MeSH Terms] OR "physician patient relations"[MeSH Terms] OR "decision making"[MeSH Terms] OR "health promotion" [MeSH Terms] OR "patient participation"[MeSH Terms] OR "empathy"[MeSH Terms]) AND ("treatment outcome"[MeSH Terms] OR "comparative effectiveness research"[MeSH Terms] OR "program evaluation"[MeSH Terms] OR "outcome assessment health care"[MeSH Terms] OR "patient Acceptance of Health Care"[MeSH Terms]) AND ("Randomized Controlled Trial"[Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Controlled Clinical Trial"[Publication Type]))) AND (((((((overweight[MeSH Terms] OR obesity[MeSH Terms]) OR hypertension[MeSH Terms] OR "diabetes mellitus"[MeSH Terms] OR ((dyslipidemias[MeSH Terms] OR hypercholesteremia[MeSH Terms] OR hypertriglyceridemia[MeSH Terms])) OR ((("tobacco use cessation"[MeSH Terms] OR "smoking cessation"[MeSH Terms] OR "smoking"[MeSH Terms]))) OR ((("primary prevention"[MeSH Terms] OR "secondary prevention"[MeSH Terms] OR "tertiary prevention"[MeSH Terms] OR (prevention and control[MeSH Terms])))

→ 978 résultats

Ajout d'une limite sur le genre humain et l'âge des patients (plus de 18 ans) car pertinence de la prévention cardiovasculaire du sujet âgé récemment démontrée :

→ 670 résultats

### Equation 4 :

L'équation 3 a été modifiée pour se rapprocher des critères de morbi-mortalité :

- L'ajout des mots clés « morbidité » et/ou « mortalité » associés à l'équation 3 n'aboutissait à aucun résultat.

- Le terme MeSH « table de survie » pertinent dans le contexte retenait une seule étude dans le cadre de la grossesse or il s'agit d'un des critères d'exclusion.

→ C'est donc l'équation 3 qui a été retenue.

# **Annexe 3**

Caractéristique des études exclues après analyse des biais

<b>Shared decision making for patients with type 2 diabetes: a randomized trial in primary care.</b>			
<b>Branda M.E. 2013</b>			
<b>Pays, année d'étude</b>		USA, avril 2011 - juillet 2012	
<b>Méthode</b>		Essai randomisé contrôlé, en cluster	
<b>Durée de suivi (mois)</b>		12	
<b>Nb patients inclus</b>		110	
<b>Population</b>		>18 ans diabétique depuis plus d'un an, en milieu non académique ou rural, avec au moins une raison d'envisager de changer le traitement hypoglycémiant ou hypolipémiant	
<b>Intervention</b>		A : utilisation d'outil d'aide à la décision pour l'introduction d'une statine ou d'aspirine et prise en charge habituelle des autres FDRCV B : utilisation d'outil d'aide à la décision pour le choix du traitement hypolipémiant et prise en charge habituelle du diabète (outils ayant fait leur preuve dans l'implication du patient dans la prise de décision)	
<b>Contrôle</b>		A sert de contrôle à B et inversement	
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	Juste après la consultation, à 3 et 6 mois : A Connaissance du patient sur les avantages et inconvénient des traitements hypoglycémiant B : Précision de l'estimation du risque d'IDM à 10 ans avec et sans statine	
	<b>secondaire</b>	A : proportion de patients ayant amélioré HbA1c à 6 mois (amélioration = changement de groupe : 3 groupes >8%, 8-9% et >9%) B : idem LDLc à 6 mois (3 groupes : inférieur supérieur ou égal à 100mg/dl) + adhérence au traitement (% de jours couvert par la délivrance de médicament, Odd Ratio), satisfaction patient et médecin, niveau d'engagement du patient (OPTION)	
<b>Thématique retenue</b>		FDRCV	
<b>Risque de biais</b>			
<b>Génération séquence de randomisation</b>		Pas d'information	Risque incertain
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	Non	Risque élevé
	<b>Perdus de vue</b>	A= 21% B = 28% total 22%	Risque élevé
<b>Biais de déclaration</b>		Pas de données sur l'aspirine	Risque élevé
<b>Biais de détection (critères qualitatifs)</b>		- Données manquantes inexplicables (connaissance) - Consentement à la vidéo (pas d'analyse des différences avec le groupe " non filmé", pas de données sur les patients non filmés)	Risque élevé

→ Etude exclue à cause du risque de biais



Etude n° 13 (40)

<b>Is a shared decision-making approach effective in improving hypertension management?</b>		
<b>Deinzer A. 2009</b>		
<b>Pays, année d'étude</b>		Allemagne, *
<b>Méthode</b>		Etude prospective contrôlée
<b>Durée de suivi (mois)</b>		12
<b>Nb patients inclus</b>		86
<b>Population</b>		Hypertendus avec TA >135/85 et < 160/110 sans complication
<b>Intervention</b>		suivi par le médecin habituel qui a reçu une formation insistant sur la communication et la décision médicale partagée (DMP) + programme de 5 modules d'éducation sur l'HTA
<b>Contrôle</b>		suivi habituel + programme de 5 modules d'éducation sur l'HTA
<b>Critère de jugement</b>	<b>Principal</b>	Evolution de la TA à 1 an
	<b>secondaire</b>	comparaison TA entre gp et ss-gp, décision partagée : degré et préférences
<b>Thématique retenue</b>		HTA
<b>Risque de biais</b>		
<b>Génération séquence de randomisation</b>		Randomisation non évoquée
<b>Biais d'attrition</b>	<b>ITT</b>	?
	<b>Perdus de vue</b>	?
<b>Biais de déclaration</b>		Non
<b>Biais de détection (critères qualitatifs)</b>		*

→ Etude exclue car probablement non randomisée

# **Belbal Karima** : Efficacité de l'approche centrée sur le patient dans la prévention cardiovasculaire

Nbr f. ill. tab.  
Th. Méd : Lyon 2016  
n° 26

---

## **Résumé :**

**Introduction :** Les maladies cardiovasculaires sont parmi les premières causes de mortalité en France. Leur prévention doit être améliorée mais elle nécessite l'implication du patient. L'approche centrée sur le patient (ACP) est un modèle théorique dans lequel le patient est placé au centre de sa prise en charge. L'ACP a été subdivisée en six dimensions qui prennent en compte la perspective du patient et sa réalité biopsychosociale ou agissent sur la relation entre le soignant et le patient et contribuent à l'activation de celui-ci. L'objectif de notre revue était d'évaluer l'efficacité des études d'intervention dont le modèle théorique était basé sur l'ACP dans la prévention des pathologies cardiovasculaires chez l'adulte en fonction des différentes dimensions de cette approche.

**Méthode :** Une recherche bibliographique a été effectuée en octobre 2015 sur Pubmed et la Cochrane. Ont été inclus les essais cliniques randomisés contrôlés réalisés en conditions de soins primaires, qui évaluaient des interventions basées sur au moins une dimension de l'ACP et réalisées en relation duelle soignant-patient.

**Résultats :** 3 études, sur les 14 incluses, concluaient à l'efficacité de l'ACP sur des critères intermédiaires de morbi-mortalité cardiovasculaire, les autres études aboutissaient à des résultats non significatifs. 6 études sur 7 concluaient à l'efficacité de l'ACP sur des critères qualitatifs pour au moins un item évalué.

**Conclusion :** Notre revue n'a pas permis de démontrer l'efficacité de l'ACP dans la prévention cardiovasculaire sur des critères de morbi-mortalité du fait de l'absence de résultats significatifs. Elle indique néanmoins une efficacité sur des critères intermédiaires et sur des critères qualitatifs dans la plupart des études aboutissant à des résultats statistiquement significatifs. Ces données sont encourageantes et devraient mener à des études supplémentaires afin d'affiner les interventions dans une approche centrée sur le patient et d'optimiser les facteurs méthodologiques qui permettraient d'aboutir à des résultats statistiquement significatifs.

---

## **MOTS CLES**

**Approche centrée sur le patient, Efficacité, Maladie cardiovasculaire, Prévention**

---

## **JURY :**

Président : Monsieur le Professeur François GUEYFFIER  
Membres : Monsieur le Professeur Alain MOREAU 1<sup>er</sup> assesseur  
Madame le Professeur Liliane DALIGAND 2<sup>e</sup> assesseur  
Monsieur le Docteur Marc VITAL DURAND 3<sup>e</sup> assesseur

---

## **DATE DE SOUTENANCE :**

Le 09 février 2016

---

## **Adresse de l'auteur :**

karima.belbal@gmail.com

---