Recherche en soins primaires

Prévention du risque cardiovasculaire

Entretien motivationnel en médecine générale. Une revue de la littérature

Michel Bismuth
Brigitte Escourrou
Jean-Christophe Poutrain
Pierre Boyer
Laetitia Cazes
Stéphane Oustric
Département Universitaire de Médecine Générale, 31400 Toulouse

Mots clés : cardiologie, entretien, facteurs de risque, motivation

Résumé

Contexte : Les différentes recommandations concernant le risque cardiovasculaire restent imprécises sur les méthodes à mettre en œuvre. L'entretien motivationnel décrit par Rollnick et Miller semble efficace, qu'il s'agisse de modifications comportementales ou d'observance thérapeutique.

Méthode : Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature sur la mise en œuvre de l'entretien motivationnel en prévention des facteurs de risque cardiovasculaires à partir des bases de données informatisées SUDOC, BDSP, Elsevier, Cochrane et Medline.

Résultats : 73 articles ont été sélectionnés ; 18 répondaient à nos critères d'inclusion ; 6 protocoles d'études ont été exclus ; sur les 12 articles restant, 7 étaient des essais randomisés d'intervention. Une méta-analyse a été ajoutée après analyse des références de ces essais.

Discussion : Malgré des données de niveau de preuve encore insuffisants, les entretiens motivationnels apparaissent utiles pour la prévention des facteurs modifiables et/ou prédisposants du risque cardiovasculaire. Ils permettent d'augmenter l'activité physique journalière et améliorent le partenariat entre le médecin et son patient.

Conclusion : Malgré les insuffisances méthodologiques de ces études, notre revue montre une tendance favorable aux entretiens motivationnels. Les dimensions psychosociale et environnementale de ce risque nécessitent des travaux plus spécifiques.

Abstract

Prevention in cardiovascular risk

Background: *The various recommendations for cardiovascular risk remain unclear on the methods to implement. Motivational interviewing described by Rollnick and Miller seems to be effective, whether it concerns behavioral changes or medication compliance.*

Method: *We conducted a systematic review of literature on the implementation of motivational interviewing in prevention of cardiovascular risk factors from computer databases SUDOC BDSP, Elsevier, Cochrane and Medline.*

Results: *73 articles were selected, 18 met our inclusion criteria, 6 protocols of studies were excluded, among the remaining 12 articles 7 were randomized controlled studies. A meta-analysis was added after the testing of references to those studies.*

Discussion: *Although data still have inadequate level of evidence, motivational interviewing appears useful for the prevention of modifiable and/or predisposing factors for cardiovascular risk. They can increase daily physical activity and improve partnership between doctor and patient.*

Conclusion: *Despite the methodological shortcomings of these studies, our review shows a favorable trend in motivational interviewing. The psychosocial and environmental dimensions of risk require more specific works.*

Key words: *cardiology, interview, motivation, risk factors*

DOI : 10.1684/med.2011.0710

Première cause de mortalité et de handicap dans les pays développés, les maladies cardiovasculaires représentent partout dans le monde un enjeu majeur de santé publique. Si certains facteurs de risque ne sont pas modifiables (âge, sexe, antécédents), il est possible d'intervenir sur ceux qui le sont (HTA, dyslipidémies, diabète, tabagisme) [1]. Il est partout recommandé au médecin d'« accompagner » son patient pour qu'il perde du poids, limite sa consommation de graisses saturées et d'alcool au profit d'une consommation de légumes et de fruits, cesse de fumer, pratique une activité physique régulière [2]. Néanmoins, ces diverses recommandations restent floues sur les méthodes à mettre en œuvre. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [3] en décrit plusieurs, dont l'entretien motivationnel, utilisé notamment dans le domaine des addictions [4] (tabac, alcool, stupéfiants) pour améliorer la relation médecin patient, grâce à une meilleure adhésion du patient au traitement.

L'éducation thérapeutique est un élément indispensable de la prise en charge des affections chroniques [5-9]. C'est un processus permanent, centré sur le patient, construit avec lui, adapté à ses problèmes et à l'évolution de sa maladie. Elle permet de comprendre la maladie, sa prévention et son traitement, améliore la qualité de vie. Il s'agit d'une démarche construite sur des choix éthiques et déontologiques fondée sur des valeurs et sur des critères de qualité. La finalité est individuelle mais aussi collective en termes de diminution de la morbidité. Cette amélioration de la prise en charge en amont des maladies chroniques devraient engendrer une diminution des coûts. Parmi les techniques d'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel est utilisé pour résoudre l'ambivalence, conflit interne propre à chacun, résultante d'une part des croyances et des intentions du patient et d'autre part de ses actions réelles.

Rollnick et Miller ont posé comme hypothèse que la motivation au changement doit émaner du patient et non être imposée de l'extérieur [10, 11]. La motivation au changement n'est pas un trait de caractère mais un état du patient. L'entretien motivationnel est une invitation à l'exploration des ambivalences : si le médecin doit être directif dans cette exploration, c'est au patient qu'il revient de nommer et résoudre sa propre ambivalence. La persuasion directe et « confrontante » n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence. Il est inutile d'essayer de contraindre, voire d'obliger nos patients à changer leurs comportements.

La relation thérapeutique est plus un partenariat qu'une relation expert/client. L'entretien motivationnel est l'outil idéal de ce partenariat dans le processus de changement.

Pour mener à bien cet entretien, le médecin doit faire preuve d'empathie pour permettre au patient de s'ouvrir, de développer les divergences, les contradictions entre son discours et son comportement. Il est important de comprendre qu'il faut éviter les argumentations, ne pas débattre de la situation, mais au contraire nourrir le sentiment d'efficacité personnelle afin que le patient se sente capable de réaliser le changement. Les échanges entre le médecin et son patient doivent refléter l'ambivalence et faire ressortir le « discours changement », c'est-à-dire les mots et les phrases que le patient va prononcer et qui vont montrer une tendance au changement *(encadré 1)*.

La question à laquelle nous avons tenté de répondre dans cette revue de la littérature est celle de l'efficacité d'un tel mode relationnel médecin-malade pour diminuer le risque cardiovasculaire, en permettant de déterminer des objectifs à atteindre et les meilleures stratégies thérapeutiques pour y parvenir [12], qu'il s'agisse de modifications comportementales ou d'observance thérapeutique.

Encadré 1.

L'entretien motivationnel selon Rollnick et Miller, en pratique

Le médecin doit utiliser des questions ouvertes pour permettre au patient de s'exprimer librement, le soutenir et le féliciter quand il s'engage dans la voie du changement, avoir une écoute active. **Reflets, répétition, reformulation, paraphrase et résumé** sont les principaux outils qui permettront de mettre l'accent sur ce qui a été dit.

Ce mode d'intervention, utilisé dans des interventions brèves, donc facilement intégrées à la consultation de médecine générale, comprend 6 éléments essentiels : **la rétroaction** *(feedback)*, **le libre arbitre, l'avis d'expert, le menu d'options de traitement, l'empathie et le sentiment d'efficacité personnelle**. Ils peuvent aider à construire une démarche d'éducation thérapeutique.

Méthode

Stratégie de recherche

Nous avons effectué notre recherche en interrogeant les bases de données informatiques (français et anglais) via le serveur de l'université Paul Sabatier-Toulouse III et le service d'accès à distance à la documentation électronique de l'université (DOCADIS) qui permet aux étudiants de Toulouse III munis d'un identifiant et d'un mot de passe d'avoir accès à la documentation en ligne de l'université. Nous avons consulté[1] :

– le catalogue *SUDOC* (Système universitaire de documentation) qui a notamment pour mission de recenser l'ensemble des thèses produites en France ;
– la Banque de données de santé publique (*BDSP*) ;
– l'Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) accessible via *Elsevier* et *Masson Consulte* qui interroge aussi toutes les publications de la maison d'édition.
– *Medline* ;
– *Cochrane Database of Systematic Reviews* ;
– *Pascal*, base de données multidisciplinaires produite par l'INIST-CNRS (Institut national d'information scientifique et technique du Centre national de recherche scientifique).

1. Limite dans le temps : 25 octobre 2010. Pour *Medline*, nous avons préféré utiliser *Pubmed* qui semble plus performant que *Web of Science* ou *Web of Knowledge*. Nous n'avons pas interrogé *Google Scholar* qui permet d'effectuer une recherche étendue, mais avec une faible pertinence, et cite insuffisamment les références utiles.

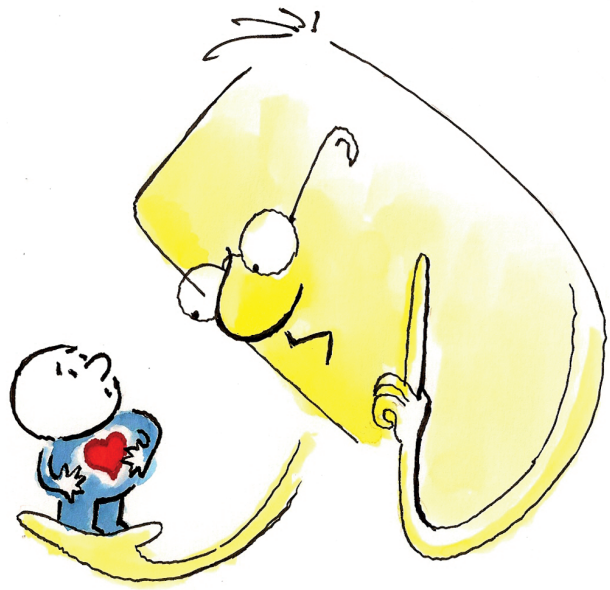
Les termes suivants ont été utilisés : *entretien motivationnel, prévention des facteurs de risque cardiovasculaire ; motivation ; entretien ; cardiologie ; motivational interviewing ; cardiovascular disease ; interview ; motivation ; cardiology ; entrevue motivationnelle.* Ils ont été combinés en autant d'étapes que nécessaire à l'aide des opérateurs ET, OU et SAUF.

Données extraites

Les travaux sélectionnés après lecture de la version complète lorsqu'elle était accessible, ou à défaut du résumé, n'étaient inclus par les relecteurs que s'ils utilisaient les entretiens motivationnels et les outils décrits par Miller et Rollnick dans le cadre de la prise en charge d'un ou plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire. Un deuxième travail de recherche a été effectué à partir des récurrences de certaines citations incontournables.

Évaluation de la qualité de ces données

Nous avons utilisé les critères du guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations de l'Anaes [13] pour la classification des essais en fonction des niveaux de preuve (NP) :
– Grade A : *preuve scientifique* NP 1 (essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyses d'essais comparatifs randomisés, analyses de décision fondée sur des études bien menées) ou NP 2 (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées et études de cohorte).
– Grade B : *présomption scientifique* NP 3 (études cas-témoin) et NP 4 (études comparatives comportant des biais importants, études rétrospectives, série de cas études épidémiologiques descriptives transversales ou longitudinales).
– Grade C : *faible niveau de preuve scientifique.*



Résultats

Nous avons sélectionné dans un premier temps 73 articles et résumés faisant appel et/ou citant les mots-clés utilisés pour cette recherche, dont 1 commun à 2 bases de données *(tableau 1)*.

Tableau 1. Publications répondant aux critères d'inclusion*

SUDOC	Aucun article
EMC	2 articles
BDSP	3 articles
Medline	55 articles
Cochrane	Aucun article
Pascal	13 articles

* 68 articles en langue anglaise, 5 en langue française. Aucun livre ne concerne la prévention cardiovasculaire par l'utilisation des entretiens motivationnels.

Dans un deuxième temps, 55 de ces articles ont été exclus après lecture critique : leurs auteurs n'utilisaient pas les outils des entretiens motivationnels décrits par Miller et Rollnick et/ou ne les appliquaient pas à la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire. Au total, 18 articles, tous écrits en anglais et recensés sur Medline, correspondaient aux critères de recherche. Parmi ces 18 articles[2], 6 ont été exclus, parce qu'ils faisaient référence à des protocoles d'études en cours (1 aux États-Unis, 5 aux Pays-Bas). Notre revue de la littérature porte donc sur 12 articles analysant la place des entretiens motivationnels dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire [15-26] *(tableau 2)*.
Les références citées par ces articles ont permis dans un troisième temps d'ajouter la méta-analyse de Rubak, et al. [27], qui retient 19 articles sur 72 publications d'essais comparatifs randomisés utilisant les entretiens motivationnels décrits par Miller et Rollnick comme type d'intervention auprès des patients. Cependant, les données groupées et difficilement individualisables n'apportent pas un niveau de preuve élevé (NP 3).

2. Deux remarques préliminaires :
– la quasi-exclusivité des publications en langue anglaise (plus de 94 %), un peu contradictoire avec le fait que l'entretien motivationnel est reconnu comme étant au service du diagnostic éducatif [14] ;
– le petit nombre d'articles : 18 seulement répondent à notre question, ce qui suggère que ce mode de prévention est encore peu connu et/ou reconnu. À l'exception d'un (1998), tous ont été écrits entre 2001 et 2010, ce qui laisse penser que le sujet est novateur, d'autant que 6 de ces articles, tous publiés en 2008, décrivent des protocoles d'essais cliniques en cours.

Tableau 2. Caractéristiques des publications sélectionnées

Auteur	Pays (année)	Interventions	Type de publication	Niveau de preuve
Mhurchú CN *et al.* [15]	Grande-Bretagne (1998)	Diététique/dyslipidémie	Essai randomisé* (121 patients, 3 mois)	NP 2
Donner-Banzhoff N [16]	Allemagne (2001)	Traitement HTA	Éditorial/commentaire	Avis d'expert
Perry CK [17]	États-Unis (2006)	Marche (incitation *vs* non intervention)	Commentaire avant publication de résultats en 2007 [20]	NP 4
Perry CK *et al.* [18]	États-Unis (2007)	Programme d'incitation à la marche (incluant entretien motivationnel)	Essai randomisé* (46 femmes, 12 semaines)	NP 2
Hardcastle S *et al.* [10]	Grande-Bretagne (2007)	Activité physique et nutrition (5 entretiens)	Essai randomisé* (334 patients, 6 mois)	NP 2
Kehler D *et al.* [20]	Danemark (2008)	Interview de patients à haut RCV	Étude qualitative (12 patients, 2 semaines)	NP 4
Ogedegbe G *et al.* [21]	États-Unis (2008)	Observance thérapeutique HTA	Essai randomisé* (190 patients, 12 mois)	NP 2
Brodie DA *et al.* [22]	Grande-Bretagne (2008)	Activité physique chez l'insuffisant cardiaque	Essai randomisé* (60 patients âgés, 5 mois)	NP 2
Clifton P *et al.* [23]	Australie (2009)	Diététique/cholestérol	Commentaires de séries diverses	NP4
Baker A *et al.* [24]	Australie/Nouvelle Zélande (2009)	Intervention multifactorielle (poids, tabagisme, facteurs RCV) chez patients psychotiques.	Étude comportementale avant/après (43 patients, 19,6 semaines).	NP 4 (faisabilité et efficacité à court terme ; essai randomisé ultérieur prévu)
Koelewijn-van Loon MS *et al.* [25]	Pays-Bas (2009)	Interventions sur les facteurs de RCV différentes selon les groupes *(clusters)* en 2 consultations par infirmières.	Essai randomisé* par clusters (615 patients, 12 semaines). Pas de différences significatives entre les groupes.	NP 2
Voogdt-Pruis HR *et al.* [26]	Pays-Bas (2010)	Information spécifique sur le RCV par infirmière *vs* soins standard par généraliste.	Essai randomisé* (701 patients, 1 an)	NP 2 : intervention spécifique plus efficace, notamment pour le cholestérol (p=0,01)

* Ces essais randomisés évaluaient les différences entre groupe intervention et groupe témoin (le plus souvent intervention standard de référence ou soins habituels = *usual care*).

Le *tableau 3* résume les résultats des études répondant aux critères d'inclusion de cette revue systématique. Le *tableau 4* donne les résultats de la méta-analyse de Rubak *et al.* [27].

Tableau 3. Efficacité des entretiens motivationnels*

Domaine d'intervention	Résultats	Commentaires
Pression artérielle [21]	Baisse de 6,1 mmHg (systolique) et de 1,4 mmHg (diastolique) Meilleure observance thérapeutique qui se maintient à 12 mois dans le groupe intervention.	Tendance favorable mais non significative.
Tabac, poids, activité physique, etc. (facteurs RCV) [24]	Amélioration globale significative avant/après	Pas d'amélioration des indicateurs biologiques (PA et cholestérol).
Poids (plusieurs études)	Diminution significative dans les groupes entretiens motivationnels [19, 24]	Faible amplitude d'effet (700 grammes) [19].
Augmentation de l'activité physique (plusieurs études)	Significative dans les groupes entretiens motivationnels : amélioration des compétences cardio-vasculaires [18], augmentation du temps de marche de 198 minutes par semaine [19], augmentation de l'énergie quotidienne dépensée [15, 21].	Baisse significative de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) [22, 23], avec diminution de 4,4 % de la consommation de graisses (dont -2,2 % de graisses saturées) dans le groupe intervention.
Effets combinés (HTA, hypercholestérolémie, surpoids, consommation d'alcool, tabagisme) [27]	Significatifs dans environ 3/4 des essais randomisés. Significatifs dans 64 % des études d'interventions brèves (15 mn). Plusieurs entretiens sont nécessaires à l'efficacité. Les médecins obtiennent un bon résultat dans 83 % des cas, les psychologues dans 79 % des cas, les paramédicaux dans 46 % des cas.	Méta-analyse de données groupées et difficilement individualisables (résultats présentés dans le *tableau 4*).

* Dans une étude [20], les entretiens motivationnels suscitent un sentiment d'ambivalence chez les patients confrontés à un comportement nuisible pour eux-mêmes, ambivalence importante à faire exprimer pour permettre au patient de changer son comportement. Aucune étude n'a montré que les entretiens motivationnels pouvaient avoir des effets néfastes.

Tableau 4. Efficacité des entretiens motivationnels (méta-analyse de Rubak *et al.*) [27]

Critère analysé	Nombre de patients	Significativité entre les groupes p (intervalle de confiance 95 %)
IMC	1 140	0,0001 (0,33 à 1,11)
HbA1c (%)	243	0,155 (– 0,16 à 1,01) NS
Cholestérol total (mmol/L)	1 358	0,0001 (0,20 à 0,34)
Pression artérielle systolique	316	0,038 (0,23 à 8,99)
Nombre de cigarettes/j	190	0,099 (– 0,25 à 2,88) NS
Alcoolémie (mg %)	278	0,0001 (46,80 à 99,04)
Consommation d'alcool	648	0,0001 (13,73 à 15,55)

NS : non significatif. La diminution de l'indice de masse corporelle et de la pression artérielle systolique sont cliniquement significatives, en faveur de l'entretien motivationnel.

Discussion

Limites de l'analyse

Nous n'avons eu qu'un accès partiel aux données de 4 publications [16-18, 24]. La perte d'informations est modeste puisque l'un était un éditorial [16] et deux de faible niveau de preuve [17, 24]. Du fait du petit nombre de publications sur le sujet, nous n'avons cependant pas exclu ces articles.

Des données factuelles favorables à l'entretien motivationnel...

Notre analyse montre que les entretiens motivationnels sont utiles pour la prévention de 3 des 4 facteurs de risque cardiovasculaire modifiables : pression artérielle, dyslipidémie, tabagisme. Ils permettent ainsi de lutter contre la morbi-mortalité cardiovasculaire. Ils aident également à la prise en charge des facteurs prédisposants : surpoids, consommation excessive d'alcool et de graisses (notamment saturées). Ils permettent d'augmenter l'activité

physique journalière. L'amélioration de la prise en charge est un élément important de partenariat entre le médecin et son patient.
L'intérêt récent (moins de 10 ans) de la communauté médicale internationale, bien qu'il s'agisse essentiellement de travaux réalisés dans des pays anglo-saxons suggère que ce type d'intervention peu coûteux et facile à mettre en œuvre devrait améliorer la relation médecin-malade. Dans le cadre d'interventions brèves, durant une consultation, l'entretien motivationnel s'intègre aisément dans l'exercice de la médecine générale.

... Mais encore insuffisantes

La plupart des études ne prennent pas en compte la composante environnementale et psychosociale du patient. Elles s'intéressent surtout à des populations plutôt féminines et d'âge moyen, ce qui ne permet pas d'extrapoler les résultats à des populations masculines ou plus âgées. D'autre part, il n'est pas possible, à partir de ces études de durée brève et de faibles niveaux de preuve, de parler d'effet significatif à terme.

Le petit nombre de travaux sur le sujet et le niveau de preuve insuffisant incitent donc à susciter de nouvelles études pour obtenir un meilleur niveau de preuve scientifique.

Conclusion

Toutes les études de cette revue de la littérature sont discutables sur le plan de la qualité méthodologique. Cependant, il en ressort une tendance en faveur d'une amélioration de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire grâce à des interventions basées sur les entretiens motivationnels. Ils apparaissent comme une aide précieuse dans la prise en charge des facteurs prédisposant au risque cardiovasculaire : surpoids, consommation excessive de graisses, d'alcool, sédentarité. Les dimensions psychosociale et environnementale du risque cardiovasculaire nécessitent des travaux plus spécifiques.

Références :

1. Herpin D, Paillard F, Facteurs de risque cardio-vasculaire et prévention. Août 2001 Sur http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/cardio/fdr/fact_risq.htm
2. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2007;25:1105-87.
3. Haut Conseil de Santé Publique. Rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Novembre 2009.
4. Project Match Group. Matching alcoholism to client heterogeneity : Projet MATCH posttreatment drinking outcomes. J stud Alcohol. 1997;58(1):7-29.
5. Ministère de la santé et de la solidarité. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Avril 2007. Sur http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan_maladies_chroniques/plan.pdf
6. HAS/INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique 2007.
7. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). NOR : SASX0822640L
8. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport remis au ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative. Septembre 2008.
9. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000;49:796.
10. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York : Guilford Press, 1991. Traduction française par Rossignol V. 2001.
11. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing : preparing people for change. Second edition. New York : Guilford Press ; 2002.
12. HAS. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, Recommandations pour la pratique clinique. Juillet 2005.
13. ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Janvier 2000.
14. http://www.sfcardio.fr/groupes/groupes/paramedicaux/compte-rendu-de-reunion/16-17-septembre-2010-la-baule/diagnostic-educatif-et-entretien-motivationnel (lu le 7 Mars 2011)
15. Mhurchú CN, Margetts BM, Speller V. Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia. Clin Sci (Lond). 1998;95(4):479-87.
16. Donner-Banzhoff N. Perspectives in the treatment of hypertension in primary care. Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2001;95(5):333-8 [abstract].
17. Perry CK, Bennett JA. Heart disease prevention in women: promoting exercise. J Am Acad Nurse Pract. 2006;18(12):568-73 [abstract].
18. Perry CK, Rosenfeld AG, Bennett JA, Potempa K. Heart-to-Heart: promoting walking in rural women through motivational interviewing and group support. J Cardiovasc Nurs. 2007;22(4):304-12 [abstract].
19. Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. Patient Educ Couns. 2008;70(1):31-9.
20. Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen MB, Edwards A, Risør MB. Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2008;9:50.
21. Ogedegbe G, Chaplin W, Schoenthaler A, Statman D, Berger D, Richardson T, Phillips E, Spencer J, Allegrante JP. A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. Am J Hypertens. 2008;21(10):1137-43.
22. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure : a randomised controlled trial. Int J Nurs Stud. 2008;45(4):489-500.
23. Clifton P, Colquhoun D, Hewat C, Jones P, Litt J, Noakes M, et al. Dietary intervention to lower serum cholesterol. Aust Fam Physician. 2009;38(6):424-9.
24. Baker A, Richmond R, Castle D, Kulkarni J, Kay-Lambkin F, Sakrouge R, Filia S, Lewin TJ. Coronary heart disease risk reduction intervention among overweight smokers with a psychotic disorder: pilot trial. Aust N Z J Psychiatry. 2009;43(2):129-35 [abstract].
25. Koelewijn-van Loon MS, van der Weijden T, van Steenkiste B, Ronda G, Winkens B, Severens JL, Wensing M, Elwyn G, Grol R. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial. CMAJ. 2009;181(12):E267-74.
26. Voogdt-Pruis HR, Gorgels AP, van Ree JW, van Hoef EF, Beusmans GH. Patient perceptions of nurse-delivered cardiovascular prevention : cross-sectional survey within a randomised trial. Int J Nurs Stud. 2010;47:1237-44.
27. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005;55:305-12.

Entretiens motivationnels et facteurs de risque cardiovasculaire en médecine générale
Ce qui était connu
– L'enjeu majeur pour la santé publique de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire en soins primaires. – La nécessité d'un réel partenariat médecin-patient dans cette prise en charge. – La méthodologie des entretiens motivationnels.
Ce que cette étude apporte
– Des données en faveur de l'entretien motivationnel sur les principaux facteurs de risque ou facteurs prédisposants au risque cardiovasculaire.
Les zones d'incertitude
– Des niveaux de preuve encore insuffisants, portant notamment sur les dimensions psychosociale et environnementale du risque cardiovasculaire. – Les modalités pratiques de la mise en œuvre en pratique courante de médecine générale dans notre pays.