

Minerva

f

Evidence-Based Medicine pour la première ligne

Editorial	Traitement médicamenteux individualisé et preuves dans la littérature B. Michiels	29
Minerva	Contraception orale pour les kystes ovariens fonctionnels ? J.L. Belche	30
	Prévention d'une rechute de dépression par une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ? G. Pieters	32
	Syndrome fémoropatellaire : orthèse plantaire ou physiothérapie ? P. Chevalier	34
	Revalidation au domicile après hospitalisation ? G. Vanderstraeten	36
Suites en bref	<ul style="list-style-type: none">• Valeurs cibles pour un traitement antihypertenseur• Dépistage de l'anévrisme abdominal (suite)• CT scan pour le dépistage du cancer du colon• Dépistage du cancer colorectal et médicaments à risque de saignement• Asthme persistant chez l'enfant et l'adolescent : intérêt des LABA• BPCO : corticostéroïdes inhalés et pneumonie	<ul style="list-style-type: none">383839394040
Glossaire		

Mars 2010

volume 9 ~ numéro 3



Colophon

Minerva ~ revue indépendante d'Evidence-Based Medicine (EBM)



Membre de l'International Society of Drug Bulletins (ISDB), un réseau international de bulletins et de revues concernant les médicaments et les traitements, publications indépendantes financièrement et intellectuellement de l'industrie pharmaceutique. Ce réseau inclut actuellement une soixantaine de membres répartis dans plus de 40 régions du monde. Davantage d'information sur www.isdbweb.org

collaborateurs

• Comité de rédaction

Rédacteurs en chef : Pierre Chevalier, Marc Lemiengre
Adjoints aux rédacteurs en chef : Anne Vanwelde, Tom Poelman

• Membres de la rédaction

Paul De Cort, Michel De Jonghe,
Gert Laekeman, Barbara Michiels, Pascal Semaille

• Secrétariat de rédaction

MinervaF : Anne De Waele
✉ CAMG-UCL, Tour Pasteur 53/5360
B-1200 Bruxelles
☎ 02 764 53 44
✉ anne.dewaele@uclouvain.be

Minerva secrétariat central : Brenda Dierickx
✉ UZ-1K3, De Pintelaan 185, B-9000 Gent
☎ 09 332 24 55 ~ ✉ 09 332 49 67
✉ redactie@minerva-ebm.be

• Traductions

Pierre Chevalier, Christine Vandevelde, Kris Soenen

• Conception graphique et mise en pages

Kris Soenen

• Imprimeur

Drukkerij Creative Printing

• Editeur responsable

Etienne Vermeire, Kwaad Einde 13, B-2390 Malle

• Version électronique de Minerva

Peut être consultée sur le site www.minerva-ebm.be

Conflits d'intérêt

Les membres de la rédaction signent chaque année un document dans lequel ils déclarent n'avoir aucun conflit incompatible avec leur fonction au sein de Minerva. Les personnes qui réalisent les analyses font connaître leurs éventuels conflits d'intérêt à la rédaction.

avec le soutien de

Minerva est réalisé avec le soutien de l'Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO), de la SSMG et de Domus Medica.



Cette revue est élaborée avec le soutien financier de l'INAMI qui en respecte l'indépendance rédactionnelle.



Ont collaboré à ce numéro :

- J.L. Belche, Département Universitaire de Médecine Générale, Université de Liège
- P. Chevalier, Centre Académique de Médecine Générale, Université Catholique de Louvain
- P. De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven
- B. Michiels, Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen
- G. Pieters, Dienst Psychiatrie-Gedragstherapie, Universitair Centrum Sint-Jozef, Kortenberg
- G. Vanderstraeten, Dienst Fysische Geneeskunde en Revalidatie, UZ Gent

Mars 2010

Les médecins généralistes sont essentiellement préoccupés d'une médecine individualisée. Pour garantir que chaque patient bénéficie de la meilleure prise en charge, le médecin adapte ses diagnostics et traitements, en se basant sur toutes les informations et sur l'expérience dont il dispose. Cette approche intuitive croît avec le nombre d'années de pratique, mais reste anecdotique¹.

Cette approche est apparemment en contraste flagrant avec la prise en charge uniforme propagée par un nombre sans cesse croissant de recommandations qui reflètent les meilleures preuves possibles issues des méta-analyses, synthèses méthodiques et RCTs. Le patient moyen tel que décrit dans les études cliniques ne peut être extrapolé à tous les patients. De plus, peu d'études sont réalisées avec certains groupes de patients tels les patients fort âgés, les patients avec des pathologies multiples (et leurs co-médications) et avec des affections rares. En réponse à cette observation, naît un nouveau paradigme de médecine personnalisée.

Une définition très stricte de la « médecine personnalisée » la cerne comme ayant recours uniquement à des tests génétiques pour choisir la thérapeutique individuelle². Un nouveau domaine de recherche, la pharmacogénétique, se propose comme solution idéale pour distinguer des sous-groupes pouvant bénéficier d'un ou, au contraire, ne pas être améliorés par, un médicament précis. Cet aspect ne recouvre cependant qu'une faible partie de l'information clinique qui peut être assemblée pour un patient. En outre, chaque génome se traduit dans un phénotype et des facteurs environnementaux interviennent dans l'expression de certains gènes³. Un exemple pour illustrer ce phénomène. L'hémochromatose est depuis longtemps attribuée à une mutation précise au niveau du gène HFE, observée chez 80% des personnes présentant une hémochromatose familiale. Cette affection est donc considérée comme un héritage homozygote mendélien classique d'une mutation à forte pénétration. Un dépistage effectué chez 40 000 personnes a montré 152 mutations homozygotes du gène HFE, mais une seule personne présentait le tableau clinique d'une hémochromatose. La consommation d'alcool pourrait être un facteur révélateur². Cet exemple montre que des caractéristiques génétiques ne représentent qu'une fraction de l'information utile pour le diagnostic et le traitement d'un patient. Parallèlement à des tests génétiques (impayables), il est théoriquement possible d'utiliser certaines caractéristiques phénotypiques pour guider des choix thérapeutiques. Une interprétation plus large de la « médecine personnalisée » est préférable, qui consiste à prendre en compte toute information disponible (anamnestique, psychosociale, épidémiologique, diagnostique clinique et technique) pour opérer le meilleur choix thérapeutique individualisé².

Il est donc grand temps de dresser une carte au niveau de la pratique quotidienne, de préférence via un enregistrement électronique. Un trésor immense de données pourrait

ainsi être constitué, qui pourrait, à son tour, servir à mieux cibler des analyses sur la pratique. Les patients eux-mêmes et certainement les pharmaciens peuvent y joindre leurs remarques et sensibilités, motivées ou non par la prise de médicaments. Outre des caractéristiques mesurables, des données plus subjectives et moins évidentes doivent être rassemblées. Les données subjectives demandent cependant à être bien définies.

Kohane Isaac de la Harvard Medical School² mentionne que deux questions concernant le patient sont importantes en médecine individualisée :

- qui est ce patient ou quelles sont les caractéristiques importantes de ce patient ?
- à qui ressemble-t-il le plus ou à quel sous-groupe appartient-il ?

Ces deux questions sont liées : au plus précises sont les réponses à la première question, au plus précises seront celles pour la deuxième. Pour déterminer les caractéristiques pertinentes, nécessaires pour déterminer le sous-groupe thérapeutique, des informations sur les différents aspects du patient doivent être assemblées. Il est illusoire de penser que les seules précisions génétiques puissent déterminer le sous-groupe exact.

Ceci implique un revirement dans la récolte des données effectuée par les médecins, les pharmaciens et les autres travailleurs de la santé. Cette collecte doit devenir plus uniforme, les variables importantes doivent être déterminées via un feed-back, des réseaux de données doivent être mis sur pied pour la recherche et l'amélioration de la qualité, une analyse multivariée doit devenir la référence, les données doivent être contrôlées en matière d'erreur, de fraude, de caractère incomplet. Les mesures de protection contre tout abus d'utilisation et pour le respect de la vie privée du patient doivent être maximales^{3,4}.

En outre, toutes les firmes pharmaceutiques devraient être contraintes de fournir les données individuelles de leurs études à des institutions indépendantes, ce qui permettrait de réaliser des méta-analyses en sous-groupes. Enfin, les médecins et patients pourraient recueillir le fruit d'une prise en charge sur mesure via des aides à la décision par moyen informatique⁴. Ce qui est actuellement intuitif et anecdotique deviendrait explicite et également disponible pour le médecin débutant.

Cette approche exige un effort important à tous les niveaux et, avant tout, un financement indépendant qui ne sera rentable qu'après plusieurs années. Ce défi ne peut être réalisé que dans le cadre d'une collaboration internationale. La première étape est la prise de conscience des autorités et des financeurs, des chercheurs, des médecins, des pharmaciens et des patients, avec un changement de mentalité et de méthode de travail.

Cette tâche peut paraître impossible ; l'élaboration de la carte génomique semblait aussi être une utopie.

1. De Cort P. Evidence-based practice. *MinervaF* 2006;5(4):49.
2. Kohane IS. The twin questions of personalized medicine: who are you and whom do you most resemble? *Genome Med* 2009;1:4.
3. Oguamanam C. Personalized medicine and complementary and alternative medicine: in search of common grounds. *J Altern Complement Med* 2009;15:943-9.

4. Downing CJ, Boyle SN, Brinner KM, Osheroff JA. Information management to enable personalized medicine: stakeholder roles in building clinical decision support. *BMC Med Inform Decis Mak* 2009;8:44.

Contraception orale pour les kystes ovariens fonctionnels ?

- **Question clinique** Quelle est l'efficacité de la contraception orale en tant que traitement de kystes ovariens fonctionnels pour les femmes en période reproductive ?
- **Contexte** Les kystes ovariens fonctionnels sont fréquents chez la femme, en période reproductive. En cas de symptômes associés, ou en cas de risque de complications, ils sont soumis à l'exérèse chirurgicale. Sur base d'un raisonnement physiologique et d'observations tirées des premières études épidémiologiques, la contraception orale (CO) a été proposée dans la prise en charge de ces kystes depuis de nombreuses années. Une méta-analyse des RCTs évaluant un tel traitement était la bienvenue.

Analyse
J.L. Belche

Référence

Grimes DA, Jones LB, Lopez LM, Schulz KF. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 2.

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse

Sources consultées

- CENTRAL, MEDLINE, POPLINE et EMBASE (jusqu'en décembre 2008)
- bases de données d'études cliniques (ClinicalTrials.gov, ICTRP)
- consultation des listes de références des articles identifiés et de leurs auteurs.

Etudes sélectionnées

- critères d'inclusion : RCT comparant l'utilisation d'une CO (tous types d'hormones, d'administration, de durée) à une abstention thérapeutique, à un placebo ou à un autre traitement; pour le traitement de kyste ovarien fonctionnel (définition propre à chaque étude mais principalement échographique); chez des femmes en âge de procréer; sans restriction de langue.
- critères d'exclusion : études des CO en prévention des kystes ovariens fonctionnels; études avec quasi randomisation
- sélection : 7 études, dont 2 études reprenant des patientes sous induction d'ovulation.

Population étudiée

- 500 femmes, en âge de procréer sous CO versus expectative
- CO : noréthistérone-mestranol (1mg - 50 µg), lévonorgestrel-éthinyloestradiol (EE) (125 µg - 50 µg), lévonorgestrel-EE (150 µg - 30 µg), lévonorgestrel-EE (100 µg - 20 µg), désogestrel-EE (150 µg - 30 µg), lévonorgestrel-EE

(250 µg - 50 µg), lévonorgestrel-EE (50/75/125 µg - 30/40/30 µg) et désogestrel-EE (150 µg - 20 µg)

- âge moyen défini uniquement dans les études avec induction d'ovulation : 33/32 ans et 34/33 ans.

Mesure des résultats

- critère principal : disparition du kyste ovarien lors du suivi (échographie ou examen clinique)
- délai de disparition dans certaines études
- résultats exprimés en **Odds Ratio** avec intervalle de confiance à 95%
- analyse de l'hétérogénéité (**tests Chi² et I²**)
- ni analyse en sous-groupes, ni analyse de sensibilité.

Résultats

- voir tableau.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les associations contraceptives orales, pourtant largement utilisées pour traiter les kystes ovariens fonctionnels, semblent n'apporter aucun bénéfice. Une attitude attentiste pour 2 ou 3 cycles est appropriée. En cas de persistance du kyste, un traitement chirurgical est souvent indiqué.

Financement : US Agency for International Development, USA et National Institute of Child Health and Human Development, USA.

Conflicts d'intérêt : le premier auteur déclare des consultances et participations à des bureaux de conférence de Bayer Healthcare Pharmaceuticals, Ortho-Mc Neil, Schering-Plough, Barr Laboratories et Wyeth.

Tableau. Résultats exprimés en Odds Ratio (avec IC à 95%) du CO versus abstention thérapeutique suivant les études (induction ou non, nombre de RCT(s) (N), population (CO/abstention), type de CO, durée de suivi).

Induction	N	Population (CO/abstention thérapeutique)	Type de CO	Durée de suivi	Odds Ratio (IC à 95%)
oui	1	22/27	lévonorgestrel-éthinyloestradiol (EE) (125 µg - 50 µg)	1 cycle menstruel	0,72 (0,14-3,57)
oui	1	22/19	noréthistérone-mestranol (1mg - 50 µg) ; prise continue	3, 6 et 9 semaines	0,0 (0,0-0,0)*
non	2	37/39	désogestrel-EE (150 µg - 30 µg) ; prise continue	10 ou 12 semaines	1,52 (0,46-5,00)
non	1	67/74	désogestrel-EE (150 µg - 20 µg)	6 mois	0,62 (0,27-1,42)
non	1	20/22	lévonorgestrel- EE (100 µg - 20 µg)	12 semaines	1,71 (0,45-6,51)
non	2	58/54	lévonorgestrel- EE (150 µg - 30 µg)	2 ^{ème} ou 3 ^{ème} mois	1,19 (0,54-2,60)
non	1	17/17	lévonorgestrel- EE (250 µg - 50 µg)	10 semaines	3,18 (0,12-83,76)
non	1	18/17	lévonorgestrel- EE (50/75/125 µg - 30/40/30 µg)	10 semaines	3,36 (0,13-88,39)

* Résolution de tous les kystes à 9 semaines.

Considérations sur la méthodologie

Les conclusions de cette synthèse méthodique peuvent s'appuyer sur une méthodologie de travail et un travail de recherche fort complets et dans les règles de l'art mais les auteurs ne peuvent rattraper la faible quantité d'études et le faible nombre de personnes incluses dans ces études. Il s'agit, en fait, d'une réactualisation d'une synthèse méthodique de 2006¹. Deux chercheurs ont indépendamment effectué l'extraction des résultats des études. La qualité méthodologique des études a été évaluée afin de déterminer les biais potentiels pour les items suivants : protocole d'étude, méthode de randomisation, secret de l'attribution, insu, taux d'arrêts prématurés et d'arrêts de suivi. Le respect de l'insu dans l'intervention n'est réellement renseigné que dans 3 RCTs, où il n'a pas été appliqué. Il faut souligner l'absence d'informations sur la randomisation et le secret d'attribution dans les 7 RCTs sélectionnés.

Cette mise à jour permet l'ajout de 3 nouvelles RCTs. Deux seules méta-analyses ont pu être réalisées, n'incluant chaque fois que 2 RCTs évaluant la même CO et utilisant les mêmes indicateurs de résultats. Malgré cela, le nombre de personnes incluses reste faible et cela ne permet pas de dégager de résultat statistiquement significatif. Les autres analyses ne se basent que sur les résultats d'une RCT pour un CO défini. En l'absence d'études cliniques plus conséquentes, les auteurs ne peuvent donc que suggérer une absence de bénéfice décelée pour la CO dans cette situation (comme dans leur analyse précédente).

Interprétation des résultats

La définition de kyste fonctionnel ovarien semble reposer sur celle d'un kyste simple (contenu anéchogène et paroi lisse, uniloculaire) à l'échographie, mais seules 2 études fournissent des critères échographiques plus détaillés. Le dosage de CA-125 n'est utilisé que dans 1 RCT. Dans cette méta-analyse, les auteurs mentionnent une incidence de diagnostic hospitalier annuel de kyste ovarien de 67 à 131 pour 100 000 femmes. L'incidence de kystes ovariens fonctionnels dans une patientèle de médecine générale est

difficile à estimer. Il est avancé que les kystes fonctionnels sont plus présents chez des femmes avec des irrégularités menstruelles et en pré-ménopause².

La question est de gérer la découverte d'une masse annexielle dans le décours d'une exploration pour des plaintes de la sphère uro-génitale ou abdominale. De nombreux kystes ovariens sont a- ou pauci-symptomatiques. Il n'est donc pas possible de conclure que les résultats de ces études sont extrapolables pour toutes les femmes, aussi bien en première ligne de soins qu'en référence gynécologique. Le recrutement des patientes dans les différentes RCTs incluses dans cette synthèse méthodique n'est pas précisé. Nous pouvons déplorer le peu d'informations sur ces patientes, en dehors des patientes sous traitement d'induction (moyenne d'âge 33 et 34 ans). Au moins 2 études reprises ici concernent des patientes asymptomatiques, car les échographies sont réalisées dans le cadre d'un suivi de traitement d'induction d'ovulation.

La majorité des kystes fonctionnels ovariens ont disparu après 2 ou 3 cycles menstruels³ dans les différentes RCTs et aucune différence n'est rapportée dans la rapidité de résolution par la prise de CO. Les auteurs indiquent qu'un traitement chirurgical est indiqué en cas de persistance du kyste au-delà de cette période ou en cas de kyste de grande taille ou douloureux mais cette conclusion n'est pas issue de preuves apportées par les études qu'ils analysent ici.

Pour la pratique

En cas de présence de masse annexielle, les guidelines recommandent une évaluation des signes et symptômes, un dosage de CA-125 et une échographie abdominale ou transvaginale⁴. S'il s'agit d'un kyste fonctionnel, cette synthèse méthodique nous montre l'absence de preuve de l'intérêt de prescrire une contraception orale. La majorité de ces kystes disparaissent spontanément dans les 2 à 3 mois. En cas de persistance après 3 mois, de volume important ou de douleur, un abord chirurgical serait à envisager.

Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique des RCTs évaluant l'intérêt d'un traitement contraceptif oral pour traiter un kyste fonctionnel de l'ovaire chez une femme en âge de procréer montre la faible qualité méthodologique des trop rares études originales et l'absence de preuve de l'intérêt d'un tel traitement pour une affection à résolution très fréquemment spontanée.

Noms de marque

- noréthistérone-mestranol (1 mg - 50 µg) : non disponible en Belgique
- lévonorgestrel-éthinyloestradiol (EE) (125 µg - 50 µg) : Microgynon 50®
- lévonorgestrel-EE (150 µg - 30 µg) : Stediril-30®, Microgynon 30®, Nora-30®
- lévonorgestrel-EE (250 µg - 50 µg) : non disponible en Belgique

- lévonorgestrel-EE (100 µg - 20 µg) : Lowette®, Microgynon 20®, Eleonor®
- lévonorgestrel-EE (50/75/125 µg - 30/40/30 µg) : Trinordiol®, Trigynon®
- désogestrel-EE (150 µg - 30 µg) : non disponible en Belgique
- désogestrel-EE (150 µg - 20 µg) : non disponible en Belgique

1. Crimes DA, Jones LB, Lopez LM, Schulz KF. Oral contraceptives for functional ovarian cysts. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, Issue 4.
2. Hoeger K. Review: the current evidence does not suggest that oral contraceptives hasten resolution of functional ovarian cysts. *Evid Based Med* 2007;12:76.

3. Christensen JT, Boldsen JL, Westergaard JC. Functional ovarian cysts in premenopausal and gynecologically healthy women. *Contraception* 2002;66:153-7.
4. Le T, Ciede C, Salem S, et al; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Initial evaluation and referral guidelines for management of pelvic/ovarian masses. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:668-80.

Prévention d'une rechute de dépression par une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ?

- **Question clinique** Une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience est-elle aussi efficace que la poursuite d'un médicament antidépresseur pour prévenir une rechute de dépression chez des patients en ayant déjà présenté plusieurs ?
- **Contexte** La poursuite d'un traitement par antidépresseur peut diminuer le risque de récurrence de dépression¹ mais un tel traitement d'entretien s'accompagne souvent d'effets indésirables et son observance est faible. Une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT pour mindfulness-based cognitive therapy) pourrait constituer une alternative. Elle consiste en un apprentissage de ses sensations corporelles, une identification des pensées et émotions liées à une rechute de dépression et leur gestion. Deux RCTs, excluant la prise d'antidépresseurs, montrent qu'en ajout aux soins habituels, versus ces soins habituels seuls, cette thérapie semble diminuer de moitié le risque de rechute^{2,3}. Une comparaison entre la MBCT et la poursuite d'un antidépresseur chez de tels patients n'avait encore jamais été faite.

Analyse
G. Pieters

Référence

Kuyken W, Byford S, Taylor RS, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:966-78.

Population étudiée

- 123 patients en première ligne de soins dans le Devon (R.-U.); âge moyen de 49 ans environ (écarts de 21 à 72); 77% de femmes; **HAM-D** moyen de 5,7 (ET 4,5); 67% en rémission complète; antécédents de 6 épisodes en médiane
- critères d'inclusion: au moins 18 ans, antécédents de ≥ 3 épisodes dépressifs (**DSM-IV**), sous antidépresseur à dose thérapeutique depuis au moins 6 mois, en rémission complète ou partielle
- critères d'exclusion: abus médicamenteux, lésion cérébrale, psychose passée ou actuelle, trouble bipolaire, comportement antisocial ou autodestructeur, incapacité de suivre une MBCT pour motif physique, pratique ou autre, psychothérapie en cours.

Protocole d'étude

- étude randomisée, contrôlée
- intervention (n = 61): 1 session de 2 heures par semaine durant 8 semaines, en groupe de 9 à 15 personnes; techniques de pleine conscience, évaluation des exercices de pleine conscience imposés quotidiennement au domicile, apprentissage d'aptitudes thérapeutiques cognitivo-comportementales et après 4 à 5 semaines aide à la diminution ou à l'arrêt de l'antidépresseur; par des thérapeutes formés et expérimentés pour cette technique
- contrôle (n = 62): traitement d'entretien par antidépresseur à dose thérapeutique
- stratification initiale selon la sévérité de la dépression
- suivi trimestriel durant 15 mois.

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire: délai de rechute de dépression majeure (**DSM-IV**)

- critères secondaires: sévérité et durée de la rechute, souffrance durant l'épisode (auto évaluée), symptômes dépressifs résiduels (**HAM-D**, **BDI** auto évalué), comorbidité psychiatrique, qualité de vie (**WHOQOL**)
- évaluation économique: coût de la MBCT, recours aux services hospitaliers et de première ligne, perte de productivité
- analyse en intention de traiter et par protocole.

Résultats

- critère primaire: pas de différence significative pour les rechutes dans les 15 mois: 47% sous MBCT, 60% sous antidépresseur; **HR** 0,63 (**IC** à 95% de 0,39 à 1,04)
- critères secondaires: pas de différence significative pour le nombre de récurrences, la sévérité et la durée de la rechute, la souffrance ressentie durant la rechute; sous MBCT, moins de symptômes résiduels uniquement en analyse par protocole pour le **BDI**, de comorbidité psychiatrique et meilleure qualité de vie pour l'état physique et psychologique (non pour l'état de bien-être social)
- aucune différence significative en termes de coût moyen annuel
- recours nettement moindre à des antidépresseurs sous MBCT.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience peut constituer une alternative à la poursuite d'un antidépresseur pour prévenir la rechute d'une dépression.

Financement: UK Medical Research Council

Conflits d'intérêt: aucun n'est déclaré.

1. De Meyere M. Prévention de la rechute d'une dépression. *MinervaF* 2004;3(3):40-1.
2. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:31-40.
3. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-23.
4. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, et al. Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as

predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 1998;50:97-108.

5. Raes F, Dewulf D, Van HC, Williams JM. Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behav Res Ther* 2009;47:623-7.
6. Bondolfi C, Jermann F, der Linden MV, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord*, In Press, Corrected Proof, available online 8 August 2009.

Considérations sur la méthodologie

Les auteurs de cette RCT en documentent fort bien le motif. Le recrutement des patients se base initialement sur les dossiers médicaux de 5 pratiques de première ligne mais se fait, finalement, sur invitation par le médecin traitant. En tenant compte des nombreux critères d'inclusion et d'exclusion, la population incluse est fort sélectionnée. Les deux approches thérapeutiques sont bien définies et décrites en détail. La qualité de l'intervention MBCT est évaluée par un thérapeute indépendant via des enregistrements vidéo. L'observance du traitement antidépresseur poursuivi est étroitement suivie par le médecin traitant, à l'aide d'une échelle validée, la rendant probablement meilleure que dans la pratique quotidienne. L'existence d'une dépression dans les 3 mois précédents est évaluée par des chercheurs expérimentés, à l'insu de la randomisation, au moyen d'un instrument validé basé sur les critères du DSM-IV. La variation inter observateurs est remarquablement faible (κ de 0,84). Aucun calcul de puissance n'est effectué initialement, les auteurs en justifiant la non estimation au vu de l'absence d'étude précédente pour la même comparaison, motivation méthodologiquement incorrecte. Ceci ne nous permet pas de conclure si leur étude est finalement d'une puissance suffisante pour montrer une différence pour le critère primaire.

Leur analyse des résultats est faite en intention de traiter et par protocole (suivi d'au moins 4 des 8 séances de MBCT), avec analyse de sensibilité pour plusieurs facteurs précis tels que l'absence de données de suivi.

Interprétation des résultats

La MBCT n'apparaît pas supérieure à la poursuite d'un antidépresseur, ni pour le critère primaire ni pour la majorité des critères secondaires. Les auteurs en concluent que la première peut être une alternative à la seconde. Trois quarts des patients sous MBCT réussissent à arrêter leur antidépresseur et leurs symptômes dépressifs résiduels sont diminués significativement, uniquement cependant en analyse par protocole du score BDI. Sur base d'une référence à l'étude de Judd et coll⁴, les auteurs estiment que ces symptômes résiduels sont prédictifs d'une rechute de dépression. Cette étude de Judd est effectuée dans un autre contexte, académique. L'interprétation clinique du nombre de symptômes résiduels entre deux épisodes dépressifs reste une question.

Les résultats de cette étude concernent une population fort sélectionnée (123 des participants potentiels) avec en médiane 6 épisodes dépressifs à l'anamnèse, prête, selon leur médecin, à une approche psychothérapeutique de groupe avec suppression progressive de l'antidépresseur. Parmi les participants potentiels, 36% ont refusé d'être inclus dans l'étude, 19% estimant que ce traitement exigerait trop de temps. D'autres études sont donc nécessaires pour évaluer l'extrapolabilité et l'acceptabilité de la MBCT dans une population plus large.

Une analyse coût-efficacité montre que la MBCT représente un coût incrémentiel de 50\$ par jour sans dépression, coût équivalent à d'autres psychothérapies. Les coûts de la MBCT et du traitement d'entretien convergent cependant avec le temps, et dans les 3 derniers mois du suivi qui en représente 15, la MBCT semble moins chère. D'autres études à plus long terme devraient apporter confirmation de cette observation⁵.

Autres études

Une autre étude a été publiée récemment, RCT suisse indépendante⁶ évaluant la MBCT en prévention de la rechute de dépression. Elle montre un délai pour une rechute allongé sous MBCT associée aux soins usuels versus soins usuels seuls, mais après 14 mois, la fréquence de rechutes est identique dans les 2 groupes. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle d'une évaluation de l'association d'une MBCT à la poursuite d'un traitement antidépresseur en prévention des rechutes.

Pour la pratique

Une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience semble être une alternative acceptable à la poursuite d'un antidépresseur pour des patients présentant des dépressions récidivantes et qui ne sont pas partisans d'une prophylaxie médicamenteuse en raison d'effets indésirables ou d'une préférence personnelle pour une approche psychothérapeutique. Ce traitement n'est pas (encore) repris dans les guides de pratique. Ce type d'intervention est disponible assez largement en Belgique, du moins en Flandre.

Conclusion de Minerva

Cette étude conclut qu'une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience est une alternative acceptable à la poursuite d'un antidépresseur pour la prévention d'une rechute de dépression chez un patient qui en a déjà présenté plusieurs. En l'absence de différence significative entre les deux traitements, sauf pour quelques critères de jugement secondaires, le choix entre les deux approches dépendra de la préférence du patient et des disponibilités locales.

Syndrome fémoropatellaire : orthèse plantaire ou physiothérapie ?

- **Question clinique** Quelle est l'efficacité d'orthèses (semelles) plantaires moulées (avec ou sans kinésithérapie) versus orthèses plates ou kinésithérapie en cas de syndrome fémoropatellaire douloureux chez un adulte ?
- **Contexte** Un syndrome fémoropatellaire douloureux est fréquemment observé en médecine générale et plus encore en médecine sportive (9% parmi des étudiants de 17 à 21 ans en éducation physique). Il n'existe cependant pas de consensus concernant la définition, l'étiologie et le diagnostic de ce syndrome, avec une discordance entre la sévérité des symptômes et les lésions arthroscopiques et radiologiques. Pour le traitement, très peu d'études de bonne qualité ont été réalisées. Une étude montrait l'intérêt de la kinésithérapie¹. Aucune n'a concerné les orthèses plantaires. Comparer les deux approches, seules ou en association, était donc intéressant.

Analyse
P. Chevalier

Référence
Collins N, Crossley K, Beller E, et al. Foot orthoses and physiotherapy in the treatment of patellofemoral pain syndrome: randomised clinical trial. *BMJ* 2008;337,a1735.

Population étudiée

- 179 patients australiens âgés de 18 à 40 ans avec diagnostic clinique de syndrome fémoropatellaire douloureux depuis au moins 6 semaines ; 56% de femmes
- volontaires recrutés par la voie des médias ou patients référés par leur médecin traitant
- syndrome douloureux patellaire : douleur de la partie antérieure du genou ou rétropatellaire provoquée par 2 situations au moins parmi : station assise ou agenouillée prolongée, accroupissement, course, saut à cloche-pied, utilisation d'escalier ; sensibilité à la palpation de la rotule ou douleur à sa mobilisation vers le bas ou à la flexion de la cuisse et de la jambe ; douleur la plus forte d'au moins 30 mm sur une échelle visuelle analogique de 100 mm
- critères d'exclusion : pathologie ou douleur de hanche, de la colonne vertébrale ou d'autres structures du genou ; anamnèse d'opération du genou, instabilité fémoropatellaire, liquide dans l'articulation, impossibilité de mettre une orthèse plantaire, allergie aux bandes de taping, recours à de la physiothérapie ou à des orthèses plantaires dans les 12 mois précédents, prise de médicaments anti-inflammatoires.

Protocole d'étude

- étude prospective, randomisée, en simple aveugle, unicentrique
- répartition dans 4 groupes
- orthèses plantaires moulées plus « physiothérapie » (n=44)
- « physiothérapie » (en fait kinésithérapie) (n=45)
- orthèses plantaires moulées (n=46)
- orthèses plates (n=44)
- physiothérapie multimodale (NDLR : correspondant à la définition de kinésithérapie en Belgique) : mobilisation de l'articulation fémoropatellaire, taping patellaire, renforcement du muscle quadriceps, programme éducatif ; 6 séances de 20-60 minutes sur 6 semaines puis programme autogéré
- les orthèses moulées préfabriquées sont en partie modulables pour assurer un confort maximal
- les orthèses plates sont faites de la même matière.

Mesure des résultats

- critères primaires : amélioration globale sur une **échelle de Likert** à 5 points (amélioration marquée à aggravation marquée) et **EVA** (-100 mm = le pire, 0 = idem, 100 = totalement mieux), sévérité de la douleur (habituelle et la plus sévère) dans la semaine précédente, échelle de la douleur de la partie antérieure du genou, index fonctionnel ; à 6, 12 et 52 semaines
- analyse en intention de traiter.

Résultats

- données complètes : 92% des sujets à 6 semaines, 90% à 12 semaines, 96% à 52 semaines
- amélioration globale : une différence significative n'est observée que pour les orthèses plantaires moulées versus orthèses plates et uniquement à 6 semaines : RRR 0,66 (IC à 99% de 0,05 à 1,17) ; NST 4 (IC à 99% de 2 à 51)
- amélioration de la sévérité de la douleur et de l'index fonctionnel dans tous les groupes à 52 semaines.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les orthèses plantaires moulées sont, à court terme, supérieures à des orthèses plates en termes de perception globale des participants, mais similaires à la physiothérapie en efficacité et sans plus-value en ajout à la physiothérapie pour le traitement d'une douleur fémoropatellaire. Au vu d'une amélioration à long terme dans tous les bras d'étude, les médecins généralistes peuvent viser une amélioration plus rapide en prescrivant des orthèses moulées préfabriquées.

Financement : National Health and Medical Research Council of Australia.

Conflits d'intérêt : 1 des auteurs déclare avoir reçu des dédommagements pour présentations et des fonds de recherche du fabricant des orthèses.

1. Crossley K, Bennell K, Green S, et al. Physical therapy for patellofemoral pain: a randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Am J Sports Med* 2002;30:857-65.
2. Brosseau L, Casimiro L, Welch V, et al. Therapeutic ultrasound for treating patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, Issue 4.

3. D'hondt NE, Struijs PA, Kerkhoffs GM, et al. Orthotic devices for treating patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, Issue 2.
4. Heintjes E, Berger MY, Bierma-Zeinstra SM, et al. Exercise therapy for patellofemoral pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, Issue 4.

Considérations sur la méthodologie

La méthodologie de cette étude est correcte. La séquence de randomisation est faite par blocs, indépendamment des chercheurs et le secret d'attribution est respecté. L'évaluation est faite en insu du traitement reçu. La puissance d'étude est calculée en fonction d'une amélioration jugée cliniquement pertinente correspondant à 15 mm sur une EVA de 100 mm en fonction de précédentes études dans la même indication. Pour les résultats, les auteurs ont recours à des intervalles de confiance à 99%, choix justifié par le nombre de comparaisons entre groupes effectuées, mais ils n'excluent cependant pas que la différence observée puisse être liée au hasard. Ils mentionnent aussi qu'il aurait été préférable d'inclure un groupe sans traitement : il n'est pas possible de conclure avec certitude que les orthèses plantaires ou la physiothérapie sont supérieures à l'évolution spontanée de ce syndrome douloureux. Ils ont recours à des outils de mesure (amélioration globale, échelle de la douleur de la partie antérieure du genou, index fonctionnel) issus, pour chacun, d'une seule petite étude selon leurs références ; la validité de ces outils est donc incertaine. La prise de médicaments en vente libre est autorisée dans cette étude ; environ 1/4 des patients prennent de tels médicaments, analgésiques et AINS ; il faut souligner que nettement moins de patients en prennent dans le groupe physiothérapie + orthèses plantaires moulées (7/40). Les auteurs affirment cependant une absence de différence significative entre les groupes pour l'ensemble des co-interventions.

Interprétation des résultats

L'intérêt du port d'orthèses préfabriquées moulées modulables se limite, dans cette étude, à une amélioration globale plus rapide et, contrairement à l'hypothèse initiale des auteurs, l'ajout de ces orthèses à un traitement de physiothérapie n'est d'aucun intérêt. Le terme de physiothérapie utilisé dans cette étude, doit être interprété comme la notion de kinésithérapie (mobilisation, exercices) communément utilisée en Belgique, parfois repris comme « exercices » dans certaines publications. Pour les coûts encourus en Australie, le coût des orthèses (+ consultations pour les adapter) est environ le tiers de celui des 6 séances de physiothérapie. Davantage d'effets indésirables sont observés avec les orthèses plantaires moulées et la kinésithérapie qu'avec les orthèses plates. Il s'agit principalement d'irritation ou d'inconfort local, avec généralement amélioration lors de l'ajustement de l'orthèse et sans abandon de celle-ci. Le fait que les patients soient soit des volontaires, soit des patients référés par leur médecin traitant, sans notion de la répartition entre les deux catégories, incite à la prudence dans la généralisation des résultats.

Autres études

Diverses synthèses méthodiques de la Cochrane Collaboration concernent le syndrome fémoropatellaire douloureux. Elles sont cependant relativement anciennes, sauf une concernant le taping patellaire mais qui en reste au niveau d'un protocole depuis 2 ans. Une première concerne les traitements par ultrasons². Elle conclut à l'absence de preuve d'un effet clinique significatif de ce traitement pour un syndrome fémoropatellaire douloureux. La deuxième³ concerne les orthèses du genou ou plantaires. En 2002, elle localise 5 études (362 sujets) mais estime qu'elles sont cliniquement trop hétérogènes que pour pouvoir sommer les résultats. Aucune des 5 études sélectionnées ne concerne des orthèses plantaires. Les auteurs concluaient à des preuves trop limitées pour tirer des conclusions définitives quant à l'intérêt des orthèses. Leur synthèse méthodique n'est plus accessible en 2009, devant être révisée. La dernière synthèse⁴ concerne l'apprentissage d'exercices pour ce syndrome douloureux. Les 12 études sélectionnées (contrôlées mais non nécessairement randomisées) incluent toutes des exercices de renforcement du quadriceps. Les auteurs concluent à des preuves limitées de l'efficacité de tels exercices en termes de réduction de la douleur, mais à des résultats contradictoires en ce qui concerne l'amélioration fonctionnelle. Il n'y a pas de synthèse Cochrane concernant la kinésithérapie (hors ultrasons). La RCT de bonne méthodologie qui montrait l'intérêt de la kinésithérapie (renforcement du quadriceps, mobilisation fémoropatellaire, taping patellaire, exercices quotidiens au domicile¹) était limitée à 6 séances hebdomadaires et à une évaluation au terme de ces 6 semaines versus placebo. Le premier auteur de cette RCT est un des co-auteurs de l'étude analysée ici, qui elle ne montre pas de bénéfice de la physiothérapie versus orthèse factice. Les résultats dans des études de bonne qualité sont donc contradictoires pour la kinésithérapie.

Pour la pratique

Si cette étude montre un intérêt limité du port d'orthèses plantaires moulées modulables à court terme (6 semaines), elle montre aussi une évolution favorable sous kinésithérapie et sous orthèse factice à 12 et 52 semaines ainsi que l'absence d'une plus-value de l'ajout d'orthèses plantaires à une kinésithérapie. Une précédente étude montrait un intérêt de la kinésithérapie mais elle était limitée à 6 semaines. Les évaluations des autres traitements sont de qualité insuffisante pour pouvoir conclure.

● Conclusion de Minerva

Cette étude montre l'intérêt à court terme (6 semaines) d'un recours à des orthèses plantaires moulées préfabriquées versus kinésithérapie ou orthèses factices pour un syndrome fémoropatellaire douloureux chez des adultes, sans plus-value à 12 et 52 semaines. L'évolution est favorable avec tous les traitements évalués mais n'est pas comparée à l'évolution spontanée (sans traitement).

Revalidation au domicile après hospitalisation ?

- **Question clinique** Quelle est, à la sortie de l'hôpital, l'efficacité d'une revalidation au domicile versus en hôpital de jour en termes fonctionnels et de risque de réhospitalisation ou d'institutionnalisation ?
- **Contexte** L'évolution vers des hospitalisations plus courtes ne permet plus un délai assez long pour une revalidation complète avant la sortie de l'hôpital. Pour répondre à ce problème, des programmes de revalidation ont été mis sur pied dans le contexte des hospitalisations de jour ou dans le cadre du domicile. Cette étude compare les deux types de programme.

Analyse
G. Vanderstraeten

Référence

Crotty M, Giles LC, Halbert J, et al. Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2008;37:628-33.

Population étudiée

- 301 patients dont 229 sont randomisés ; à la sortie de 3 hôpitaux à Adelaïde (Australie) ; âge moyen de 71,7 ans (ET 14,1) ; revalidation ambulatoire post AVC (36%), autres affections neurologiques (8%), fracture de hanche (5%), prothèse totale de genou (19%), autres affections orthopédiques (9%), autres affections ; femmes 52%, isolés 40%, sans soins au domicile 81%
- critères d'inclusion : patients stabilisés, prêts à sortir de l'hôpital, nécessitant au moins 12 séances de revalidation pour atteindre les objectifs de celle-ci
- critères d'exclusion : habitat hors de la région des soins, contre-indication pour l'un des programmes de revalidation.

Protocole d'étude

- étude prospective, randomisée, contrôlée
- programme de revalidation en hôpital de jour (n=113) : durant 4-6 semaines ; séances 3-5x/semaine, séances d'une durée de 3 h en service hospitalier ; revalidation interdisciplinaire intensive en groupe ou individuelle
- programme de revalidation au domicile (n=116) : durant 4-6 semaines ; séances 3-5x/semaine par une équipe interdisciplinaire
- interventions autonomes dans les 2 groupes : physiothérapie, thérapie occupationnelle, logopédie, travail social, psychologie, régime, soins infirmiers, consultation d'un médecin pour la revalidation ; interventions ciblées arrêtées lors de l'atteinte des objectifs
- évaluation après 3 et 6 mois.

Mesure des résultats

- critère primaire : modification au Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
- autres critères : timed up and go (TUG), force quadricipitale, qualité de vie (SF-36), stress du soignant (Caregiver Strain Index - CSI), lieu de résidence, mortalité

- évaluation après 3 mois par un ergothérapeute, en insu
- évaluation non aveugle par l'équipe soignante de l'indépendance fonctionnelle (Functional Independence Measure - FIM)
- évaluation après 6 mois : hospitalisations, lieu de résidence, mortalité
- analyse en intention de traiter.

Résultats

- sorties d'étude : 7 patients
- amélioration fonctionnelle AMPS : pas de différence significative à 3 mois
- réhospitalisations : risque accru en revalidation en hôpital de jour aussi bien à 3 mois qu'à 6 mois : RR 2,1 ; IC à 95% de 1,2 à 3,9 ; p=0,012
- délai pour la 1ère réhospitalisation : 25 jours dans le groupe hôpital de jour et 49 dans le groupe revalidation au domicile (p=0,05) ; résultat indépendant de l'âge, du sexe, du statut marital, du statut du soignant.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les patients suivant leur revalidation en hôpital de jour ont plus de risque d'être réhospitalisés probablement en raison de leur accès plus facile au staff médical décidant de l'admission. Cette petite étude est en faveur d'une réhabilitation post sortie d'hôpital effectuée au domicile.

Financement : Département de la Santé d'Australie du sud.

Conflits d'intérêt : aucun n'est déclaré.

1. Forster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. *The Day Hospital Group. BMJ* 1999;318:837-41.
2. Parker SC, Oliver P, Pennington M, et al. Rehabilitation of older patients: day hospital compared with rehabilitation at home: a randomized controlled trial. *Health Technol Assess* 2009;13(39):1-143,iii-iv.
3. Karapolat H, Demir E, Bozkaya YT, et al. Comparison of hospital-based versus home-based exercise training in patients with heart failure: effects on functional capacity, quality of life, psychological symptoms, and hemodynamic parameters. *Clin Res Cardiol* 2009;98:635-42.

4. Karapolat H, Egör S, Zoghi M, et al. Comparison of hospital-based versus home-based exercise training in patients with orthotopic heart transplantation: effects on functional capacity, quality of life and psychological symptoms. *Transplant Proc* 2007;39:1586-8.
5. Maltais F, Bourbeau J, Shapiro S, et al. Comparison of home-based rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2008;149:869-78.

Considérations sur la méthodologie

La randomisation dans cette étude a été faite en tenant compte d'une stratification en fonction du motif d'hospitalisation (orthopédique, AVC,...). Le secret d'attribution est précisément décrit. Les caractéristiques socio-démographiques et fonctionnelles sont semblables dans les deux bras d'étude. Les interventions sont conçues pour être multidisciplinaires. Les questionnaires utilisés sont validés. Cette étude montre cependant quelques limites méthodologiques : la population incluse est relativement faible et très hétérogène (écarts d'âge, diagnostics divers) ce qui ne facilite pas la formulation de conclusions. Il n'est pas possible de déterminer quel sous-groupe a contribué ou non aux résultats observés. Le choix d'une réhospitalisation comme critère de jugement est discutable dans le cadre de cette étude, comme le reconnaissent les auteurs, les patients revalidés à l'hôpital ayant un accès facilité aux services médicaux décidant d'une hospitalisation. Une autre limite importante est le manque d'informations concernant le coût financier des 2 programmes de revalidation. Une revalidation dans un cadre hospitalier dure généralement plus longtemps, avec un coût plus élevé, mais ceci n'a pas été évalué.

Interprétation des résultats

La durée moyenne de traitement en hôpital de jour est de 50 jours plus longue ($p < 0,001$ pour la différence) et comporte en moyenne 44 séances thérapeutiques de plus que la revalidation au domicile. Malgré les possibilités de revalidation plus larges en milieu hospitalier avec des séances plus longues, davantage de soignants, un meilleur équipement permettant des récupérations avec même hydrothérapie, un accès plus facile au médecin de revalidation, une interaction sociale plus grande, les résultats fonctionnels semblent aussi bons en revalidation à domicile qu'en hôpital de jour. Le risque de réhospitalisation est plus grand lors de la revalidation en hôpital de jour, cette différence n'étant observée que durant les trois premiers mois de l'étude. Le délai moyen de la première réhospitalisation est de 25 jours en revalidation hôpital de jour versus 49 en revalidation au domicile. Les auteurs attribuent cette différence à un accès facilité aux services médicaux hospitaliers lorsque la revalidation est effectuée à l'hôpital, mais ils ne basent pas cet avis sur une analyse fouillée de leurs données. La distance géographique entre l'hôpital et le domicile pourrait aussi expliquer un sursis dans une réhospitalisation nécessaire.

Autres études

Une synthèse méthodique regroupant 12 RCTs montre une absence de différence significative en termes de mortalité et de critères fonctionnels entre une revalidation en hôpital de jour et une revalidation au domicile¹. Les auteurs de cette publication insistent cependant sur les limites méthodologiques importantes des études. Une d'entre elles, celle de Parker², semble confirmer ces résultats. Les coûts ne sont pas significativement différents entre les deux groupes. Les auteurs soulignent cependant le risque d'un biais de sélection et la proportion importante de sorties d'étude. Des études similaires ont été publiées, concernant une revalidation cardiaque en cas d'insuffisance cardiaque³ et après transplantation cardiaque⁴. En cas d'insuffisance cardiaque, la revalidation à domicile comme à l'hôpital améliore les capacités fonctionnelles, la qualité de vie, la fonction cardiaque et diminue le risque de dépression. Les auteurs soulignent que la revalidation au domicile doit être étroitement supervisée. Une étude⁵ montre aussi l'intérêt d'une revalidation au domicile comme alternative équivalente pour des patients présentant une BPCO.

Pour la pratique

Une revalidation au domicile est certainement une alternative à une revalidation à l'hôpital chez des personnes âgées suite à une hospitalisation pour AVC, prothèse totale de genou et autres affections neurologiques et orthopédiques. Il est nécessaire que ces prises en charge soient multidisciplinaires. L'impact financier doit encore être évalué. La mise en pratique de tels programmes en Belgique où seuls les soins de revalidation kinésithérapeutiques sont remboursés reste une question.

● Conclusion de Minerva

Cette étude montre qu'une revalidation ambulatoire à l'hôpital n'est pas différente d'une revalidation au domicile chez des personnes âgées à leur sortie d'hospitalisation pour affection neurologique ou locomotrice en termes de capacités fonctionnelles. Moins de réhospitalisations sont observées en cas de revalidation au domicile mais la validité de ce critère de jugement peut être mise en doute.



● Valeurs cibles pour un traitement antihypertenseur

P. De Cort

Il n'y a toujours pas de valeurs cibles des pressions artérielles reposant sur des preuves pour un traitement de l'hypertension. Les valeurs actuelles fixées à 140/90 mmHg sont arbitrairement fixées et basées sur des études épidémiologiques¹ et non sur des études d'intervention de bonne méthodologie, avec donc un faible niveau de preuves. L'étude HOT² a montré que des patients traités pour hypertension obtenaient la meilleure réduction de risque en atteignant des pressions artérielles de 138/82 mmHg, une réduction plus forte n'étant pas dommageable. Suite à cette publication, l'adage "the lower the pressure the better" s'est répandu³. La revue Minerva a déjà attiré l'attention sur l'absence de fondements scientifiques solides d'une telle conclusion hâtive⁴.

Une méta-analyse récemment publiée⁵, incluant 22 089 personnes avec un suivi moyen de 3,8 ans, évalue l'efficacité d'atteindre sous traitement médicamenteux des cibles inférieures aux classiques 140/90 mmHg. Sept RCTs ont été isolées. Pour pouvoir titrer le médicament en fonction des valeurs cibles, le protocole de toutes ces études est en ouvert. Aucune autre étude n'a choisi la modification de la pression systolique comme critère primaire. Cibler une pression diastolique est toujours considéré comme un critère secondaire. Malgré l'observation d'une différence statistiquement significative et cliniquement pertinente (-3,9 mmHg pour la systolique et -3,4 mmHg pour la diastolique) entre les « lower targets » et les « standard », les critères primaires ne sont pas statistiquement modifiés : RR de mortalité globale de 0,92 (IC à 95% de 0,86 à 1,15), sans différence significative pour la mortalité cardiovasculaire ou non cardiovasculaire, RR d'infarctus du myocarde de 0,90 (IC à 95% de 0,74 à 1,09), RR d'AVC de 0,99 (IC à 95% de 0,79 à 1,25), RR d'insuffisance cardiaque de 0,88 (IC à 95% de 0,59 à 1,32), RR de tous les événements cardiovasculaires majeurs de 0,94 (IC à 95% de 0,83 à 1,07) et RR d'insuffisance rénale terminale de 1,01 (IC à 95% de 0,81 à 1,27). Une analyse en sous-groupes des patients diabétiques ou en insuffisance rénale ne montre également pas de différence en morbidité entre les deux traitements, mais cette analyse en sous-groupes n'atteint pas un niveau de preuves suffisant pour conclure, invitant, selon les auteurs, à réaliser des études spécifiques.

Des cibles de 140/90 mmHg pour un traitement antihypertenseur de patients ni diabétiques ni insuffisants rénaux restent d'application, comme le mentionne la mise à jour récente de la RBP belge⁶.

Références

1. De Cort P. Is hoog normale bloeddruk een cardiovasculair risico? Minerva 2002;31(5):267-8.
2. De Cort P. Behandeling van hypertensie. Minerva 1998;27(3):322-325.
3. Laurent S. Guidelines from the British Hypertension Society. [Editorial] BMJ 2004;328:593-4.
4. De Cort P. Sciences et tendances [Editorial]. MinervaF 2004;3(6):87.
5. Arguedas JA, Perez MI, Wright JM. Treatment blood pressure targets for hypertension. Cochrane Database Syst Rev 2009, Issue 3.
6. De Cort P, Christiaens T, Philips H, et al. Hypertensie (herziening). Huisarts Nu 2009;38:340-61.

● Dépistage de l'anévrisme abdominal (suite)

P. Chevalier

Nous avons déjà analysé dans Minerva¹ la première publication de l'étude MASS² et une méta-analyse^{3,4} évaluant l'intérêt d'un dépistage systématique de l'anévrisme de l'aorte abdominale, chez l'homme pour l'étude MASS, chez l'homme et la femme pour la méta-analyse. Nous concluons : pas de preuves suffisantes pour un dépistage de masse, suivant les critères (de **Wilson et Jungner**) généralement admis pour ce dépistage, et absence de preuve d'un bénéfice en termes de mortalité totale.

Les auteurs de l'étude MASS viennent de publier leurs résultats de suivi sur un échantillon de 67 770 hommes âgés initialement de 65 à 74 ans⁵. Dans le groupe de ceux qui ont bénéficié d'un dépistage par ultrasons (avec suivi si présence d'un anévrisme), la fréquence de décès relatif à cet anévrisme (2% du total des décès) a été de 0,46% sur 10,1 ans de moyenne (de 8,9 à 11,2 ans), pour 0,87% sans dépistage initial soit un HR de 0,52 (IC à 95% de 0,43 à 0,63). La réduction pour la

mortalité totale (d'environ 30% dans les 2 groupes) est beaucoup plus faible et à la limite de la signification statistique : HR 0,97 ; IC à 95% de 0,95 à 1,00. Les auteurs en concluent qu'il n'est actuellement pas justifié de proposer un nouveau dépistage par ultrasons à un patient en ayant déjà subi un qui s'est révélé négatif. Les critères établis par Wilson et Jungner sont presque tous rencontrés. Il reste à estimer, au niveau belge, l'investissement nécessaire au point de vue financier pour ce dépistage et pour le traitement éventuel en fonction des résultats, dans le cadre des projets actuels de dépistage.

Si un bénéfice en termes de mortalité par rupture d'anévrisme est montré à 10 ans chez des hommes âgés de 65 à 74 ans, grâce à un dépistage systématique par ultrasons, le bénéfice au point de vue mortalité globale reste incertain. La place d'un tel dépistage systématique ou plus ciblé reste à évaluer dans le cadre de notre programme national et/ou communautaire.

Références

1. Bruyninckx R. Dépistage de l'anévrisme abdominal. MinervaF 2004;3(1):14-6.
2. Ashton HA, Buxton MJ, Day NE, et al; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. Lancet 2002;360:1531-9.
3. Cosford PA, Leng CC. Screening for abdominal aortic aneurysm. Cochrane Database Syst Rev 2007, Issue 2.
4. Chevalier P. Dépistage de l'anévrisme abdominal. MinervaF 2007;6(8):128.
5. Thompson SC, Ashton HA, Cao L, Scott RA; Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. BMJ 2009;338:b2307.

NDLR : cette analyse n'aborde pas l'utilité d'un dépistage de masse.

La revue Minerva vous a déjà présenté une analyse¹ d'une étude évaluant de manière comparative 3 méthodes d'imagerie dans la détection de polypes coliques de grande taille et du cancer colorectal dans une cohorte de patients à haut risque : cette étude² montrait une sensibilité et une spécificité supérieures de la coloscopie versus lavement baryté avec double contraste et versus tomographie computerisée multibarrette en deux dimensions (sans permettre de situer l'intérêt et la place de la recherche de sang occulte dans les selles).

Une synthèse méthodique avec évaluation économique³, évalue plus précisément l'intérêt de la tomographie computerisée du colon en termes de sensibilité et de spécificité pour la détection de polypes et de cancer colorectal versus colonoscopie. Elle ne donne pas d'évaluation versus hémocult. Les études étant hétérogènes, rares et avec des données insuffisantes, seule une synthèse qualitative a pu être réalisée. La tomographie computerisée semble de sensibilité et de spécificité inférieures pour la détection de polypes inférieurs à 10 mm mais équivalentes pour le dépistage du cancer colorectal et des polypes d'au moins 10 mm. Les auteurs concluent qu'un dépistage par colonoscopie est celui qui a le meilleur rapport coût-efficacité, étant celui qui apporte le meilleur gain en QALY malgré un coût plus élevé (40\$ par patient). Soulignons que les auteurs signalent eux-mêmes la faiblesse des études cliniques. Pour la Belgique, le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé concluait⁴ : « Il n'existe des preuves suffisantes de haute qualité que le dépistage réduit la mortalité liée au cancer colorectal que pour le gFOBT [NDLR : gaïac Fecal Occult Blood Test ou recherche de sang occulte dans les selles par

gaïac]. La diminution estimée de cette mortalité est d'environ 15% dans les méta-analyses des essais contrôlés randomisés (RCT). Pour les autres techniques qui peuvent être considérées comme tests de dépistage primaires comme le iFOBT (immunochemical FOBT), la sigmoïdoscopie flexible, la coloscopie, la coloscopie virtuelle et la détection de l'ADN dans les selles, il n'y a pas encore actuellement de données probantes directes garantissant que le dépistage de masse réduise la mortalité liée au cancer colorectal ».

Cette synthèse conclut que la tomographie computerisée colorectale est aussi performante que la coloscopie pour le dépistage du cancer colorectal et des polypes d'au moins 10 mm mais moins pour les polypes plus petits. La faiblesse et l'hétérogénéité des sources ne peuvent remettre en question les recommandations belges.

Références

1. De Jonghe M, Chevalier P. Lavement baryté, scanner ou coloscopie pour le dépistage du cancer colorectal ? MinervaF 2006;5(9):137-40.
2. Rockey DC, Paulson E, Niedzwiecki D, et al. Analysis of air contrast barium enema, computed tomographic colonography, and colonoscopy: prospective comparison. Lancet 2005;365:305-11.
3. Ho C, Heitman S, Membe SK, et al. Computed tomographic colonography for colorectal cancer screening in an average risk population: Systematic review and economic evaluation [Technology report number 114]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2008.
4. De Laet C, Neyt M, Vinck I, et al. Health Technology Assessment. Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 45 B.

● Dépistage du cancer colorectal et médicaments à risque de saignement

P. Chevalier

La revue Minerva vous a déjà présenté¹ une analyse d'une recherche évaluant l'intérêt d'un test d'ADN anormal spécifique dans les selles versus Hémocult pour la recherche d'un cancer colorectal². Cette étude ne permettait pas de déterminer une place éventuelle pour ce test ADN dans une stratégie de dépistage.

Une étude récente³ concerne un autre test, l'iFOBT (immunochemical Fecal Occult Blood Test ou recherche de sang occulte dans les selles par technique immunochimique, spécifique de l'hémoglobine humaine). Elle évalue spécifiquement l'effet de la prise d'aspirine à faible dose, d'AINS et d'anticoagulants sur la précision de ce test pour le dépistage d'un cancer colorectal ou de polype adénomateux (d'au moins 1 cm ou avec histologie montrant >20% de lésions dysplasiques villosités ou de haut grade). Elle inclut 1 221 patients ambulants subissant une colonoscopie. La spécificité du test n'est pas affectée par la prise de ces médicaments. En fixant un seuil quantitatif pour le test (100 ng/ml), la sensibilité du test est meilleure sous aspirine/AINS : 66,7 vs 46,5%, p=0,09. Le nombre de patients sous anticoagulant était trop faible pour pouvoir conclure. Les auteurs en concluent qu'il n'est sans doute pas nécessaire d'arrêter ces médicaments avant la réalisation d'un iFOBT en dépistage. Pouvons-nous en retirer un enseignement sur la pratique de l'Hémocult (gaïac FOBT) ? L'influence de la prise d'aspirine/AINS sur la précision de ce test n'a pas été évaluée. Le Centre Fédéral d'Expertise⁴ soulignait l'absence actuelle de données probantes directes garantissant que le dépistage de masse par iFOBT (entre autres) réduise

la mortalité liée au cancer colorectal. Ce rapport Health Technology Assessment montrait que le dépistage du cancer colorectal avec test gaïac FOBT répété tous les 2 ans, suivi par une colonoscopie lorsque le test est positif, peut être un programme de dépistage coût efficace pour les individus de 50 ans et plus. Il concluait aussi à la nécessité de la mise sur pied, dans un premier temps, de programmes pilotes, pouvant, de manière optionnelle, évaluer entre autres la performance de l'iFOBT dans la pratique.

Cette étude montre que la prise d'aspirine/AINS ne nuit pas à la précision d'un test immunochimique de détection d'hémoglobine spécifiquement humaine dans les selles en dépistage du cancer colorectal. L'utilité de ce test en dépistage de masse reste à évaluer.

Références

1. De Jonghe M. ADN spécifique versus sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal. MinervaF 2006;5(7):100-2.
2. Imperiale TF, Ransohoff DR, Itzkowitz SH, et al. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal-cancer screening in an average risk population. N Engl J Med 2004;351:2704-14.
3. Levi Z, Rozen P, Hazazi R, et al. Sensitivity, but not specificity, of a quantitative immunochemical fecal occult blood test for neoplasia is slightly increased by the use of low-dose aspirin, NSAIDs, and anticoagulants. Am J Gastroenterol 2009;104:933-8.
4. De Laet C, Neyt M, Vinck I, et al. Health Technology Assessment. Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 45 B.

● Asthme persistant chez l'enfant et l'adolescent : intérêt des LABA

P. Chevalier

Chez des adultes souffrant d'asthme mal contrôlé sous faible dose de corticostéroïdes inhalés (CSI), le praticien a plusieurs choix¹ : augmenter la dose de CSI, ajouter un LABA – les deux choix les mieux évalués – ou un antagoniste des récepteurs des leucotriènes², ou de la théophylline. Qu'en est-il chez les enfants ? Les mêmes guidelines¹ concluaient à l'absence d'évaluation adéquate ou comparative de ces choix chez les enfants âgés de 5 à 11 ans et à l'absence d'évaluation chez ceux de moins de 5 ans.

Une récente méta-analyse³ évalue l'efficacité de l'addition d'un LABA aux CSI versus placebo ou doublement de la dose de CSI chez des enfants. La méthodologie de cette méta-analyse semble rigoureuse mais sur les 25 études incluses, 16 sont intégralement publiées et 9 proviennent des sites des firmes pharmaceutiques. La moyenne d'âge des participants est de 10 ans ; les écarts ne sont pas donnés mais l'analyse des différentes études incluses montre l'absence d'inclusion d'enfant de moins de 4 ans, mais l'inclusion dans plusieurs études d'adolescents (jusque 16, 17, 18 ou 19 ans). Versus placebo, l'ajout de LABA ne réduit pas significativement le nombre d'exacerbations avec recours nécessaire aux stéroïdes systémiques (RR 0,92 ; IC à 95% de 0,60 à 1,40), améliore le VEMS (de 0,08L ; IC à 95% de 0,06 à 0,11), ne modifie ni le nombre de jours sans

symptôme, ni les hospitalisations, ni la qualité de vie, ni les médicaments de recours, ni les effets indésirables. En comparaison avec le doublement des doses de CSI, il n'y a pas de différence significative pour le risque d'exacerbation nécessitant le recours à des corticostéroïdes oraux, ni pour les hospitalisations malgré une amélioration significative du débit expiratoire de pointe (DEP) matinal et vespéral (respectivement Différence Moyenne 7,55 L/min (IC à 95% de 3,57 à 11,53) et 5,5 L/min (IC à 95% de 1,21 à 9,79)). Les données sont insuffisantes pour conclure pour le VEMS, les symptômes, les médicaments de recours et la qualité de vie.

Dans un groupe d'enfants asthmatiques non contrôlés par CSI seuls, âgés d'au moins 4 ans et au plus de 19 ans, l'ajout d'un LABA aux CSI n'est pas prouvé plus efficace qu'un placebo ou que le doublement des doses de CSI, sauf pour certains tests respiratoires.

Références

1. NHLBI National Heart, Lung, and Blood Institute National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Full Report 2007.
2. Chevalier P. Asthme chronique : en ajout aux corticostéroïdes inhalés, LABA ou anti-leucotriènes ? *MinervaF* 2007;6(8):114-5.
3. Ni Chroinin M, Lasserson TJ, Greenstone I, Ducharme FM. Addition of long-acting beta-agonists to inhaled corticosteroids for chronic asthma in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 3.

● BPCO : corticostéroïdes inhalés et pneumonie

P. Chevalier

Nous avons déjà évoqué dans *Minerva*¹ une potentielle augmentation du risque de pneumonie en cas d'administration prolongée de corticostéroïdes inhalés (CSI) pour traiter une BPCO. Dans une synthèse systématique de la littérature² seules trois études évaluaient ce risque, études hétérogènes ; dans deux études une augmentation de risque était observée (RR 1,55 ; IC à 95% 1,33 à 1,80). Une méta-analyse³ évaluant ce risque dans des RCTs d'une durée de 24 semaines à 3 ans et mentionnant les cas de pneumonie, recense 18 RCTs incluant un total de 16 996 patients. Les études sont de qualité variable ; les biais sont non évaluables pour 9 d'entre elles. Cette MA montre un risque accru de pneumonie sous CSI versus contrôle : RR 1,60 ; IC à 95% de 1,33 à 1,92 ; p<0,001 ; I² 16%. Ceci représente respectivement 7,4% et 4,7% des patients. Il en est de même versus placebo (N=6) ou pour l'association CSI + LABA versus LABA seuls (N=7). Le risque de pneumonie sévère est également significativement augmenté mais pas la mortalité liée à la pneumonie ni la mortalité globale.

Une méta-analyse plus récente⁴, sur données individuelles, ne concerne que le budésonide, associé ou non avec un LABA, versus contrôle (placebo ou formotérol seul) sur une durée de 6 mois minimum, ce qui est fort peu. L'estimation est faite sur 12 mois maximum pour la méta-analyse. Elle inclut 7 RCTs, 7 042 patients ; 22% au stade GOLD-IV, 52% au stade III, 16% au stade II, et 10% au stade I. Un quart des patients concernés ne devraient donc pas avoir de CSI selon les recommandations. Elle ne montre pas de différence significative d'incidence de pneumonie versus contrôle, l'incidence étant d'environ 3% dans

En usage chronique dans la BPCO, les CSI augmentent très probablement le risque de survenue d'une pneumonie. Une exception pour le budésonide est incertaine.

les deux groupes. L'incidence de pneumonie sévère est cependant plus élevée (2%) en cas de BPCO sévère qu'en cas de BPCO légère à modérée (1%). Les arrêts d'étude sont importants : 30% dans les groupes contrôles, 23% sous CSI. Toutes les limites énoncées appellent à la réserve pour les conclusions de cette méta-analyse qui mentionnent la sécurité du budésonide dans cette indication.

Références

1. Chevalier P. Médicaments inhalés pour le traitement de la BPCO stable. *MinervaF* 2008;7(3):34-5.
2. Wilt TJ, Niewoehner D, MacDonald R, Kane RL. Management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:639-53.
3. Singh S, Amin AV, Loke YK. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009;169:219-29.
4. Sin DD, Tashkin D, Zhang X, et al. Budesonide and the risk of pneumonia: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2009;374:712-9.

AMPS (Assessment of Motor and Process skills)

Évaluation ergométrique des capacités motrices et procédurales.

BDI (Beck Depression Inventory)

Ce score vise trois objectifs : être un instrument de dépistage de la dépression, permettre d'évaluer la sévérité d'une dépression déjà diagnostiquée, contribuer à suivre l'efficacité d'interventions thérapeutiques. Ce score comporte 21 items (scorés de 0 à 3) approchant principalement les aspects cognitifs (et non affectifs et somatiques) de la dépression.

Critères de Wilson & Jungner (OMS, 1968)

1. Pertinence : la maladie à mettre en évidence doit appartenir aux problèmes de santé importants
 2. Traitabilité : la maladie doit être traitable au moyen d'une méthode thérapeutique généralement admise
 3. Disponibilité des moyens : les moyens disponibles pour poser le diagnostic doivent être suffisants
 4. Identification : un stade latent identifiable doit exister pour justifier la volonté de recherche
 5. Évolution naturelle : l'évolution naturelle de la maladie à mettre en évidence doit être connue
 6. Qui est malade ? Il doit exister un consensus sur les critères de maladie
 7. Méthode de détection : une bonne méthode de détection doit exister
 8. Acceptabilité : la méthode de détection doit être acceptable pour la population
 9. Coût-bénéfice : les coûts doivent être proportionnels aux bénéfices
 10. Continuité : le processus de détection doit être continu
- Référence : Wilson JMC, Jungner C. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva : WHO, 1968.*

CSI (Caregiver Strain Index)

Le Caregiver Strain Index (CSI) permet d'identifier rapidement l'entourage potentiellement à problème pour donner des soins ; il comporte 13 questions relatives aux soins qui concernent l'emploi, les finances, l'état physique et social, la gestion du temps ; des réponses positives pour au moins 7 items indiquent un niveau de tension élevé.

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual)

Ce manuel contient des définitions systématiques et standardisées des pathologies psychiatriques. Il est établi par l'American Psychiatric Association (APA). Les critères cliniques ou autres sont définis pour permettre un diagnostic précis de chaque affection psychiatrique. La quatrième édition, le DSM-IV, a été publiée en 1994.

Echelle de Likert (Eng: Likert scale)

C'est une échelle ordinale selon laquelle les réponses à une question sont rangées par ordre hiérarchique. Par exemple : toujours, souvent, rarement, jamais.

Echelle visuelle analogique (Eng: visual analogue scale-VAS – NL: visueel analoge schaal-VAS)

C'est un instrument de mesure qui permet à la personne interrogée de situer sa réponse à une question sur une ligne (subdivisée ou non en différents points) tracée entre deux extrêmes (positif/négatif, oui/non, malade/bonne santé, douleur/pas de douleur, etc.).

FIM (Functional Independence Measure)

Le FIM est un test qui évalue les capacités fonctionnelles permettant l'indépendance ; un score de 1 signifie assistance totale, un score de 4, une assistance minimale nécessaire.

HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale) – 17 items

Cette échelle sert à mesurer la sévérité d'une dépression diagnostiquée de quelque façon que ce soit. Le questionnaire (Hamilton 1960) donne un score établi au cours d'un entretien semi-structuré et comporte 17 items avec un score total entre 0 et 52.

Rapport de cotes (Eng: Odds Ratio - OR)

La cote (odds) représente un rapport de risque, le rapport entre la probabilité de survenue d'une maladie ou d'un événement et la probabilité de non survenue de cette maladie ou de cet événement. Le rapport de cotes (RC) représente le rapport entre deux cotes.

Rapport de hasards (Eng: Hazard Ratio - HR)

Un rapport de hasards désigne le risque relatif de survenue d'un résultat dans une analyse réalisée à l'aide du modèle de régression de Cox.

SF-36 (36-item short-form)

Cette échelle permet d'évaluer la santé physique et mentale d'un individu à l'aide de 36 questions relatives à huit aspects de la santé (activités physiques, activités sociales, résistance morale, physique et émotionnelle pour accomplir les tâches quotidiennes, douleur physique, santé mentale générale, vitalité, perception de l'état de santé en général). On détermine un indice tant pour la santé physique que mentale (0-100).

Test du Chi² (Eng: Chi² test)

Le test du Chi² est utilisé dans le cas de variables catégorielles, quand on veut vérifier si deux ou davantage de proportions observées diffèrent réellement. La statistique Chi² permet de déterminer une valeur p dans une table statistique. Cette valeur p est une estimation de la probabilité que le résultat observé puisse être attribué au hasard.

Test I² de Higgins

Le test I² de Higgins évalue la non concordance ('inconsistency') dans les résultats des études. Un résultat de test < 25% indique une hétérogénéité faible, 25-50% une hétérogénéité modérée et > 50% une hétérogénéité importante.

TUG (timed up and go)

Test chronométré : se lever d'un fauteuil (chaise avec accoudoir), marcher sur une distance de 3 mètres, faire demi-tour, revenir s'asseoir. Un score ≤ 12-14 secondes est associé avec un statut d'indépendance locomotrice, un score > 12-14 secondes montre des troubles de la mobilité, un risque de chute.

WHOQOL

Questionnaire permettant d'évaluer les propriétés psychométriques du questionnaire OMS sur la qualité de vie (WHOQOL-100); outil multidimensionnel et structuré de 100 items pour la mesure de la qualité de vie.

