



Projet de pratique efficace en santé publique Sommaire



Décembre 2005

Le présent sommaire est un condensé du travail effectué par les auteurs d'un examen systématique, et il a pour but de donner un aperçu des conclusions et des répercussions de l'examen complet, dont la référence bibliographique est indiquée ci-dessous. Pour de plus amples renseignements sur chacune des études mentionnées dans ledit examen, veuillez consulter ce dernier.

Référence bibliographique de l'APA pour l'examen : Thompson, R.L., Summerbell, C.D., Hooper, L., Higgins, J.P.T, Little, P.S., Talbot, D., Ebrahim, S. (2005). **Dietary advice given by a dietitian versus other health professionals or self-help resources to reduce blood cholesterol (Review)**, *The Cochrane Library*, 2, 1-59

Question : Chaque année, au Canada, les maladies cardiovasculaires représentent environ 200 décès par 100 000 habitants, et le nombre de décès connexes s'élevait à 78 942 en 1999 (Filate, Johansen, Kennedy et Tu, 2003; Statistique Canada, 2005). La thérapie nutritionnelle constitue un élément essentiel pour gérer l'hypercholestérolémie, l'un des grands facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires (Ordre des diététistes de l'Ontario et Les diététistes du Canada, 2005). Les diététistes peuvent, de manière efficace au niveau des coûts, prescrire une thérapie nutritionnelle optimale aux personnes atteintes de dyslipidémie et réduire fortement la quantité de lipides dans le sang (Ordre des diététistes de l'Ontario et Les diététistes du Canada, 2005). Il y a lieu de réduire la morbidité et la mortalité précoce dues aux maladies chroniques évitables comme les maladies du cœur en abaissant l'apport en gras alimentaires chez les adultes à une moyenne de 30 p. 100 des calories ou moins, et ainsi de diminuer la proportion de personnes obèses et d'augmenter celle de personnes qui sont au moins modérément actives (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2003).

Sommaire du contenu de l'examen : On a procédé à un examen systématique et à une méta-analyse afin d'effectuer une étude comparative sur l'efficacité des conseils donnés en matière d'alimentation par un diététiste et par un autre professionnel de la santé (médecin ou infirmière), ou encore sur le recours à des ressources d'auto-assistance, pour ce qui est de réduire le taux de cholestérol sanguin chez les adultes. Des études ont été menées dans des cabinets de médecine générale, des lieux de travail et divers cadres cliniques. Parmi les résultats obtenus figuraient des différences dans le taux de cholestérol sanguin; des changements au niveau du cholestérol à lipoprotéines de basse densité (LDL), du cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL), de l'indice de masse corporelle (ou du poids) et de la pression sanguine au moins six semaines après l'intervention de base; et la satisfaction de la clientèle par rapport à cette même intervention. Une fois les données de 12 études sur échantillon aléatoire réunies, on a constaté que les conseils donnés en matière d'alimentation par des diététistes contribuaient davantage à réduire le taux de cholestérol sanguin (du court au moyen terme) que ceux donnés par d'autres (médecins, infirmières, conseillers ou ressources d'auto-assistance).

Remarques sur la méthode employée pour le présent examen : On a interrogé tout en ensemble de bases de données et consulté divers actes de congrès afin de trouver des documents publiés entre 1966 et 2002, peu importe la langue. Les mots-clés appropriés, les critères d'admissibilité, les processus de sélection, l'évaluation de la qualité, les procédures d'abstraction des données et les méthodes de méta-analyse ont été clairement décrits. Seules les études sur échantillon aléatoire étaient admissibles, mais les 12 études comportaient des faiblesses au chapitre de la méthodologie. Il y a lieu d'interpréter les résultats avec prudence, car les taux de cholestérol sanguin de base ont tendance à être supérieurs au départ chez les groupes traités (par un diététiste) que chez les groupes témoins.

Les éléments de preuve NE SONT PAS pondérés ou classés selon leur importance.

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
<p>> Les interventions employées pendant les études allaient du court au moyen terme et ne convenaient pas aux programmes de pratique des soins primaires ou de prévention auprès de la population.</p>	<p>> En ce qui concerne la prévention primaire et la pratique touchant la population, les tendances de la consommation alimentaire tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2 pourraient fournir des renseignements corrélationnels sur les résultats pour la santé, comme dans le cas de l'hypercholestérolémie.</p> <p>> Il y a lieu de mener d'autres études sur les interventions de sensibilisation à une alimentation de grande qualité afin de déterminer les meilleures méthodes pour abaisser les niveaux de cholestérol sanguin dans divers contextes (p. ex., les programmes communautaires et les cliniques de soins primaires) au fil du temps.</p> <p>> Afin que les comptes-rendus et les consignations d'aliments soient exacts, il faut que les études sur les interventions en matière alimentaire tiennent compte des connaissances sur les aliments et la nutrition qui, par exemple, sont acquises par la lecture des étiquettes et se reflètent dans les méthodes d'achat et de préparation et les aptitudes à cet égard.</p> <p>> Si les connaissances étaient relativement efficaces, on pourrait prendre des décisions de principe éclairées quant au meilleur moyen de gérer l'hypercholestérolémie dans la population en général.</p> <p>> Il faut tenir compte des autres facteurs (p. ex., le sexe, l'âge, le revenu, l'origine ethnique, la langue, le niveau de scolarité et le lieu) risquant de causer une maladie du cœur, en plus de l'hypercholestérolémie. La sensibilisation à la santé du cœur au niveau de la population doit s'attacher au bagage</p>

	<p>fonctionnel et aux connaissances sur la santé. La sensibilisation aux maladies du cœur et aux facteurs de risque doit être compréhensible pour que les personnes à risque puissent évaluer et déterminer les mesures à prendre.</p>
<ul style="list-style-type: none"> > L'analyse globale des données obtenues de 1689 participants dans le cadre de 12 études sur échantillon aléatoire a démontré que, du court au moyen terme, les conseils sur l'alimentation provenant de diététistes contribuaient davantage à réduire le taux de cholestérol sanguin que ceux donnés par d'autres (médecins, infirmières, conseillers ou ressources d'auto-assistance). Le taux de cholestérol sanguin était inférieur de 0,25 mmole/l, en moyenne, au sein du groupe confié à un diététiste. > Les diététistes réussissaient mieux à réduire les taux de cholestérol sanguin que les médecins (N=664, 4 études). 	<ul style="list-style-type: none"> > Les diététistes sont spécialement formés pour donner des conseils actuels et de grande qualité en matière d'alimentation, en se servant de diverses stratégies de sensibilisation. > Il faut que la pratique des diététistes englobe l'acte contrôlé de prescrire des régimes thérapeutiques comme pour l'hypercholestérolémie. > Si les diététistes sont les éducateurs les plus efficaces, il faut en augmenter le nombre.
<ul style="list-style-type: none"> > L'analyse globale des données provenant de 973 participants à sept études sur échantillon aléatoire n'a pas permis de déceler d'écart entre les diététistes et les ressources d'auto-assistance pour ce qui est de la réduction des taux de cholestérol sanguin. 	<ul style="list-style-type: none"> > On pourrait formuler comme hypothèse que certains participants bien motivés changeront leurs habitudes alimentaires avec un peu d'aide d'un professionnel de la santé et qu'une ressource écrite suffirait peut-être. > Dans le cas des programmes populaires de santé du cœur, il faut que les ressources d'auto-assistance touchent un échantillon plus grand. > Il faudrait employer diverses stratégies de sensibilisation et faire en sorte que le public cible participe à leur élaboration et à leur diffusion. Il faut évaluer l'efficacité des interventions. > La sensibilisation devrait inclure des principes de base sur les adultes et la santé pour que les clients connaissent mieux les pratiques alimentaires souhaitées, les comprennent mieux, soient davantage motivés à les appliquer et s'y conforment plus. > Il y a lieu de mieux comprendre les nombreux facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement (modèle PRECEDE-PROCEED de promotion de la santé) qui influencent la motivation de quelqu'un à changer ou à maintenir certains comportements relatifs à la santé

	avec ou sans l'intervention de professionnels de la santé.
<p>> Seule une étude avait pour but de comparer les diététistes avec les infirmières et les conseillers comme groupe témoin; aucune n'a permis de relever un écart important entre les groupes ayant fait l'objet d'interventions et les groupes témoins.</p>	<p>> Si d'autres fournisseurs de soins de santé peuvent être aussi efficaces, les diététistes doivent jouer un rôle de premier plan dans la formation constante des infirmières et des médecins pour que leurs connaissances en alimentation soient appropriées et à jour.</p>
<p>> Dans la plupart des études, le taux de cholestérol sanguin de base était supérieur chez le groupe ayant reçu des conseils de diététistes que chez celui où les conseils étaient venus d'un médecin ou de ressources d'auto-assistance. Ainsi, les effets des traitements ont été plus marqués dans le premier.</p> <p>> Il était impossible d'établir si les écarts au niveau du taux de cholestérol sanguin découlaient des conseils reçus ou du temps où les sujets ont été en contact avec divers professionnels de la santé.</p>	
<p>> Étant donné que peu d'études respectaient les critères de sélection, les preuves recueillies ne permettent pas de déterminer les effets des conseils de diététistes dans le cas des paramètres étudiés secondaires (cholestérol LDL, cholestérol HDL, pression sanguine ou masse corporelle). Une étude où la perte de poids était le principal objectif de l'intervention a révélé que cette même perte de poids était nettement plus grande (soit de 6 kg en moyenne) avec des diététistes qu'avec des conseillers.</p> <p>> Une étude où la satisfaction des patients était l'un des résultats mesurés a révélé que les conseils de diététistes étaient préférés à ceux des médecins (p. ex., parce qu'ils étaient plus utiles et que ces personnes en recommandaient d'autres).</p>	
<p>Répercussions générales : Dans le cas d'études sur les interventions en matière alimentaire, de bonnes études sur échantillon aléatoire et contrôlé s'imposent. Il y a lieu d'effectuer d'autres travaux sur les stratégies efficaces par rapport aux interventions de sensibilisation à la nutrition réalisées au niveau des particuliers, des groupes et de la population. Cela comprend des modes de prestation incluant les rôles des diététistes dans des contextes variés. Il existe des répercussions professionnelles et pratiques du point de vue des diététistes, y compris sur l'étendue de leur pratique par rapport aux modifications qui sont proposées à la Loi ontarienne de 1991 sur les professions de la santé réglementées et la prescription de régimes thérapeutiques.</p>	

Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité : non inclus dans l'examen.

Références bibliographiques utilisées pour donner un aperçu de la question :

Filate, W.A., Johansen, H.L., Kennedy, C.C. et Tu, J.V. (2003). Regional variations cardiovascular mortality in Canada, *Canadian Journal of Cardiology*, 19 (11), 1241-1248. Extrait le 14 mars, 2007 du site Web : <http://www.ccort.ca/Atlas.asp>

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2003). Draft mandatory health programs and services guidelines, Extrait le 14 mars, 2007 du site Web : <http://www.apheo.ca/indicators/pages/resources/Draft%20Mandatory%20Obj%20&%20Indicators.html>

Ordre des diététistes de l'Ontario et Les diététistes du Canada. (2005). Controlled acts working group report August 2005. Evidence of benefits and risks associated with the prescription of nutrition therapy, Extrait le 14 mars, 2007 du site Web : http://www.cdo.on.ca/en/pdf/Publications/Reports/CA%20Report%20RefMgrAug05%20_finalref_.pdf

Statistique Canada (2005). *Indicateurs de la santé. Décès dus à toutes les maladies de l'appareil circulatoire, 2000-2002*, Extrait le 14 mars, 2007 du site Web : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/tables/pdf/1463_01_f.pdf

Autres références bibliographiques sur le sujet :

Angus, J., Evans, S., Lapum, J., Rukholm, E., St. Onge, R., Nolan, R. et Michel, I. (2005). "Sneaking disease": the body and health knowledge for people at risk for coronary heart disease in Ontario, Canada, *Social Science & Medicine*, 60, 211-2128

Association canadienne de santé publique (2005). Les facteurs qui conditionnent nos habitudes alimentaires. Où en sont nos connaissances? *La revue canadienne de santé publique*, 96 (S3)

Chahoud, G., Wady Aude, Y. et Mehta, J.L. (2004). Dietary recommendations in the prevention and treatment of coronary heart disease: Do we have the ideal diet yet? *The American Journal of Cardiology*, 94, 1260-1267

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2004). Rapport du médecin hygiéniste en chef : Poids santé, vie saine, Extrait le 14 mars, 2007 du site Web : http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/cmoh04_report/healthy_weights_112404.pdf

Parikh, P., McDaniel, M.C., Ashen, M.D., Miller, J.I., Sorrentino, M., Chan, V., Blumenthal, R.S. et Sperling, L.S. (2005). Diets and cardiovascular disease: An evidence-based assessment, *Journal of the American College of Cardiology*, 45, 9, 1379-1387

Raine, K.D. (2004). *Le surpoids et l'obésité au Canada: une perspective de la santé de la population*, Institut canadien d'information sur la santé, ISBN 1-55392-231-X (PDF)

Wilson, P.W.F., D'Agostino, R.B., Sullivan, L., Parise, H. et Kannel, W.B. (2002). Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk, The Framingham experience, *Archives of Internal Medicine*, 162, 1867-1872

Auteurs du sommaire : Lee Rysdale, M. Ed., diététiste professionnelle, diététiste-chercheuse, Service de santé publique de Sudbury et du district, Sudbury (Ontario)

Coordonnées du Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) :

Public Health Services
Projet de pratique efficace en santé publique
2, rue King Ouest, 3^e étage
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

Téléphone : 905-546-2424, poste 1578
Télécopieur : 905-628-6465
Courriel : ephpp@hamilton.ca
Site Web : <http://www.hamilton.ca/ephpp>



Le format du présent sommaire a été adapté d'après [health-evidence.ca](http://www.health-evidence.ca) (www.health-evidence.ca).