



## 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 :** Hooper, L., Barlett, C., Davey Smith, G. et Ebrahim, S. (2002). **Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults, *British Medical Journal*, 325, 628-636**

**Question :** Environ 14 % des adultes canadiens ont reçu un diagnostic d'hypertension (Statistique Canada, 2005a), et 40 % des Canadiens hypertendus ignorent leur état (Campbell, Joffres et McKay, 2005). Dans les pays industrialisés comme le Canada, l'hypertension est considérée comme le principal facteur risquant de causer la mort chez les femmes et le deuxième en importance dans le cas des hommes (Campbell et coll., 2005). Elle constitue également un facteur de risque important pour les maladies cardiovasculaires, tout comme l'apport alimentaire, la consommation d'alcool, la masse corporelle, le niveau d'activité physique ou la sédentarité, le diabète, le tabagisme et le stress (Angus, Evans, Lapum, Rukholm, St. Onge, Nolan et Michel, 2005; Chahoud, Wady Aude et Mehta, 2004). Au Canada, les maladies cardiovasculaires représentent chaque année environ 200 décès par tranche de 100 000 habitants et ont causé la mort de 78 942 personnes en 1999 (Filate, Johansen, Kennedy et Tu, 2003; Statistique Canada, 2005b). Il y a lieu de réduire la morbidité et la mortalité précoce dues aux maladies chroniques évitables comme les maladies du cœur. Les recommandations formulées dans le cadre du Programme canadien d'éducation sur l'hypertension (2005) pour ce qui est de gérer et de prévenir l'hypertension comprennent des changements d'alimentation comme une consommation moindre de sodium (Campbell, 2004). Plusieurs examens systématiques ont permis de conclure qu'un apport restreint en sodium réduit la pression sanguine à court terme. L'effet à long terme de la réduction du sodium sur les taux de mortalité et de maladies cardiovasculaires, par rapport aux autres stratégies de réduction des risques comme la perte de poids et l'augmentation de l'activité physique, demeure incertain.

**Sommaire du contenu de l'examen :** Un examen systématique avec méta-analyse a été effectué dans le but d'étudier l'efficacité à long terme d'un apport réduit en sodium chez les adultes en santé. Les résultats obtenus à la suite de onze études sur échantillon aléatoire et contrôlé réalisées chez des adultes normotensifs (trois études, 2326 participants), atteints d'hypertension non traitée (cinq études, 387 participants) ou traités pour l'hypertension (trois études, 801 participants) touchaient notamment la mortalité et les maladies cardiovasculaires, la pression sanguine, l'excrétion urinaire de sodium, la qualité de vie et la consommation de médicaments antihypertenseurs. Il existait des données de méta-analyse pour la pression sanguine et l'excrétion urinaire de sodium. Bien que la pression sanguine ait légèrement diminué grâce à des interventions intensives en matière alimentaire qui consistaient, par exemple, à donner comme consigne de réduire la consommation de sel, les preuves étaient insuffisantes pour déterminer les effets sur d'autres aspects comme la mortalité et les maladies cardiovasculaires, car les taux de cas étaient faibles.

Ville de Hamilton  
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox  
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de  
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Soins de  
longue durée

**Remarques sur la méthode employée pour le présent examen :** Plusieurs sources électroniques, par exemple, ont servi à trouver des articles, mais les critères de recherche n'étaient pas décrits. Les recherches n'étaient pas limitées par la langue de publication. Deux examinateurs ont indépendamment choisi, puis évalué toutes les références bibliographiques. Les critères d'admissibilité ont été décrits et seules les études sur échantillon aléatoire étaient admissibles. Pour évaluer la qualité des études incluses dans l'examen, on a appliqué des critères facilement évaluable et reconnus. La répartition aurait été suffisamment dissimulée dans quatre des 11 études, et les évaluateurs ont étudié les résultats à l'aveugle dans six d'entre elles. Autant que possible, on a opté pour la méta-analyse et la méta-régression afin de synthétiser les données et de découvrir les sources d'hétérogénéité. L'interprétation des preuves qu'ont permis de recueillir ces études sur échantillon aléatoire est retardée par la variation dans les interventions utilisées, les résultats obtenus et la durée du suivi. Bien que les examinateurs aient conclu que « conseiller de réduire l'apport de sodium peut aider les gens consommant des médicaments antihypertenseurs à cesser leur médication tout en exerçant un bon contrôle sur leur pression sanguine », il n'existait aucune preuve pour appuyer cet énoncé.

**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>&gt; 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>&gt; 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>&gt; 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>&gt; 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>&gt; 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>&gt; 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</p>

Ville de Hamilton  
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox  
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de  
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Soins de  
longue durée

	<p>santé du cœur au niveau de la population doit s'attacher au bagage 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>
<p>&gt; 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.</p> <p>&gt; Les diététistes réussissaient mieux à réduire les taux de cholestérol sanguin que les médecins (N=664, 4 études).</p>	<p>&gt; 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.</p> <p>&gt; Il faut que la pratique des diététistes englobe l'acte contrôlé de prescrire des régimes thérapeutiques comme pour l'hypercholestérolémie.</p> <p>&gt; Si les diététistes sont les éducateurs les plus efficaces, il faut en augmenter le nombre.</p>
<p>&gt; 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.</p>	<p>&gt; 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.</p> <p>&gt; Dans le cas des programmes populaires de santé du cœur, il faut que les ressources d'auto-assistance touchent un échantillon plus grand.</p> <p>&gt; 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.</p> <p>&gt; 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.</p> <p>&gt; 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>

Ville de Hamilton  
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox  
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de  
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Soins de  
longue durée

<p>&gt; 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>&gt; 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>&gt; 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>&gt; 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>&gt; 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>&gt; 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><b>Répercussions générales</b> : 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 :**

- 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
- Campbell, N. (Octobre 2004). Programme canadien d'éducation sur l'hypertension. Bref aperçu des recommandations de 2004. *Le Médecin de famille canadien* [en ligne], disponible sur le site Web : <http://www.cfpc.ca/cfp/2004/Oct/vol50-oct-fpwatch-1.asp>
- Campbell, N.R.C., Joffres, M.R. et McKay, D.W. (2005). Hypertension surveillance in Canada. Minimum standards for assessing blood pressure in surveys, *Revue canadienne de santé publique*, 96, 3, 217-220
- 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
- Filate, W.A., Johansen, H.L., Kennedy, C.C., & Tu, J.V. (2003). Mortalité d'origine cardiovasculaire : variations régionales au Canada. *Canadian Journal of Cardiology*, 19 (11), 1241-1248, disponible sur le site Web : <http://www.ccort.ca/Atlas.asp>
- Programme canadien d'éducation sur l'hypertension (2005). *Les Recommandations canadiennes de 2005 pour l'évaluation et le traitement de l'hypertension*, disponible sur le site Web : [http://www.hypertension.ca/recommandations\\_2005/VersionUltra-courte\\_2005.pdf](http://www.hypertension.ca/recommandations_2005/VersionUltra-courte_2005.pdf)
- Statistique Canada (2005). *Hypertension, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2003*, disponible sur le site Web : [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/tables/html/1267\\_03\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/tables/html/1267_03_f.htm)
- Statistique Canada (2005). *Indicateurs de la santé. Décès dus à toutes les maladies de l'appareil circulatoire, 2000-2002*, disponible sur le site Web : [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/tables/html/1463\\_01\\_f.pdf](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/2005002/tables/html/1463_01_f.pdf)

**Autres références bibliographiques sur le sujet :**

- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2003). *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of hypertension*. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, publication n° 03-5233, disponible sur le site Web : <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>
- Parikh, P., McDaniel, M.C., Ashen, M.D., Miller, J.I., Sorrentino, M., Chan, V., Blumenthal, R.S., & Sperling, L.S. (2005). Diets and cardiovascular disease: An evidence-based assessment, *Journal of the American College of Cardiology*, 45, 9, 1379-1387

**Auteur 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<sup>e</sup> étage  
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

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



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

---

Ville de Hamilton  
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox  
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de  
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Soins de  
longue durée