



**HAL**  
open science

Recherche des références bibliographiques à intégrer dans la matrice de recherche de l'étude SPICES dans les recommandations internationales sélectionnées : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé. 2014 Oct et Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioral and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. Canadian Medical Association Journal. 2015 Feb 17. Détermination des interventions pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires efficaces et faisables en soins primaires et/ou dans la communauté, à partir des références (partie 1) extraites des recommandations de bonnes pratiques analysées dans le cadre de l'étude SPICES

Pol-Maël Falhon

► **To cite this version:**

Pol-Maël Falhon. Recherche des références bibliographiques à intégrer dans la matrice de recherche de l'étude SPICES dans les recommandations internationales sélectionnées: Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé. 2014 Oct et Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioral and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. Canadian Medical Association Journal. 2015 Feb 17. Détermination des interventions pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires efficaces et faisables en soins primaires et/ou dans la communauté, à partir des références (partie 1) extraites des recommandations de bonnes pratiques analysées dans le cadre de l'étude SPICES. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02098185

**HAL Id: dumas-02098185**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02098185>**

Submitted on 12 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



# THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

---

## DIPLOME D'ETAT

**Année : 2019**

**Thèse présentée par :**

Monsieur FALHON Pol-Maël

Né le 27 avril 1991 à Argentan (Orne)

Thèse soutenue publiquement le jeudi 11 avril 2019

**Titre de la thèse :**

Recherche des références bibliographiques à intégrer dans la matrice de recherche de l'étude SPICES dans les recommandations internationales sélectionnées : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé. 2014 Oct » et « Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioral and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. Canadian Medical Association Journal. 2015 Feb 17 ».

Détermination des interventions pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires efficaces et faisables en soins primaires et/ou dans la communauté, à partir des références (partie 1) extraites des recommandations de bonnes pratiques analysées dans le cadre de l'étude SPICES.

**Président** Mr le Professeur LE RESTE Jean-Yves

**Membres du jury** Mr le Professeur CHIRON Benoît

Mr le Docteur NABBE Patrice

Mme le Docteur LALANDE Sophie

Mme le Docteur LE GOFF Delphine

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE  
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

---

**Doyens honoraires**

---

FLOCH Hervé  
LE MENN Gabriel (†)  
SENECAIL Bernard  
BOLES Jean-Michel  
BIZAIS Yves (†)  
DE BRAEKELEER Marc (†)

**Doyen**

---

**BERTHOU Christian**

**Professeurs émérites**

---

BOLES Jean-Michel	Réanimation
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre**

---

LEFEVRE Christian	Anatomie
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle**

---

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe**

---

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive

**AU 01/09/2018**

---

BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie (jusqu'en décembre 2018)
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

---

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe**

---

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraid	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie (à compter du 1 <sup>er</sup> décembre 2018)
CORNEC Divi	Rhumatologie
COUTURAUD Francis	Pneumologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie

AU 01/09/2018

Page 2 sur 4

SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérenère	Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

---

LE FLOC'H Bernard  
LE RESTE Jean-Yves

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

---

BARRAINE Pierre  
CHIRON Benoît

Professeur des Universités

---

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

---

METGES Jean-Philippe

Cancérologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

---

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1<sup>ère</sup> Classe

---

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2<sup>ème</sup> Classe

---

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénérologie

AU 01/09/2018

Page 3 sur 4

CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GUILLOU Morgane	Addictologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

---

**Maîtres de Conférences de Médecine Générale**

**NABBE Patrice**

---

**Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)**

**BARAIS Marie**  
**BEURTON COURAUD Lucas**  
**DERRIENNIC Jérémy**

---

**Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale**

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographie
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

---

**Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)**

**MERCADIE Lolita** Rhumatologie

---

**Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

**GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte** Biochimie et biologie moléculaire

---

**Professeurs certifiés / agrégés du second degré**

**MONOT Alain** Français  
**RIOU Morgan** Anglais

---

**Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)**

**NGUYEN BA Vinh** Anesthésie-réanimation  
**ROUSSET Jean** Radiologie et imagerie médicale  
**DULOU Renaud** Neurochirurgie

**AU 01/09/2018**

Page 4 sur 4

# Remerciements

Au Professeur Le Reste pour avoir accepté la présidence de mon jury de thèse et pour la sagesse de son enseignement.

Au Pr Chiron pour avoir accepté de participer à mon jury et pour nous avoir épaulés dans nos premiers pas d'échographistes.

Au Dr Nabbe pour avoir accepté de participer à mon jury et pour son amour de la médecine.

Au Dr Lalande pour avoir accepté de participer à mon jury.

Au Dr Le Goff, ma directrice de thèse, pour son encadrement solide et sa sagacité.

Au Dr Odorico pour sa participation et son encadrement dans le projet SPICES.

A mes co-internes Chritelle Le Gaffric et Cécile Guérin pour leurs échanges précieux au cours de ce travail.

A mes tuteurs, maîtres de stage et personnel hospitalier pour leurs partages d'enseignement et leur vision de la médecine.

# Table des matières

Résumé.....	9
Abstract.....	10
Introduction.....	11
A. Maladies cardiovasculaires : épidémiologie, enjeux et prévention.....	11
B. Projet SPICES .....	11
1. Présentation.....	11
2. Mise en œuvre .....	12
3. Méthode ADAPTE.....	12
4. Questions de recherche .....	14
Méthode.....	15
A. Analyse des RBP et extraction de leurs recommandations .....	15
1. Critères d’inclusion : .....	15
2. Critères d’exclusion :.....	15
B. Extraction des références soutenant les recommandations incluses .....	16
1. Critères d’inclusion : .....	16
2. Critères d’exclusion :.....	16
C. Création de la matrice .....	17
D. Elimination des doublons .....	18
Résultats.....	19
A. Sélection des recommandations.....	19
1. HAS : Arrêt de la consommation de tabac.....	19
2. Canadian Medical Association Journal (CMAJ): Recommendations for prevention of weight gain.....	19
B. Extraction des références.....	20
1. HAS : Arrêt de la consommation de tabac.....	20
1. Canadian Medical Association Journal (CMAJ): Recommendations for prevention of weight gain.....	20
C. Analyse des références incluses.....	21
Discussion.....	22
A. Résultat principal.....	22
B. Biais et limites de l’étude .....	22

1. Biais de sélection des recommandations .....	22
2. Biais concernant l'extraction des références.....	22
3. Biais méthodologiques :.....	23
C. Distinctions de la méthode ADAPTE avec celle des revues de la littérature. ....	23
D. Applicabilité du projet SPICES .....	24
E. Intérêts de l'étude :.....	24
F. Perspectives.....	25
Conclusion .....	26
Bibliographie .....	27
Annexes .....	29

# Résumé

## Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité mondiale. Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire est complexe et onéreux. Le projet SPICES va implémenter des interventions de prévention primaire des MCV en communauté. Une sélection des recommandations de bonne pratique (RBP) selon la méthode ADAPTE a été réalisée en amont de ce travail.

## Méthode

Les recommandations tirées des RBP « HAS arrêt de la consommation de tabac » et « CMAJ Recommendations for prevention of weight gain » ont été incluses si elles avaient un niveau de preuve élevé et portaient sur des interventions non médicamenteuses de prévention des MCV en soins primaires. Les références qui les soutenaient ont été intégrées à une matrice de recherche à 8 parties. La partie 1 a été analysée dans ce travail. Les références étaient sélectionnées si elles concernaient des études interventionnelles efficaces et applicables en soins primaires.

## Résultats

24 références de la HAS et 44 références de la CMAJ ont été incluses. L'inclusion d'une recommandation de la CMAJ a été décidée en consensus malgré son faible niveau de preuve.

De la partie 1 de la matrice, 95 références ont été exclues sur 100. 5 étaient des métaanalyses et des revues de la littérature analysées à part.

## Discussion

L'analyse des RBP a montré l'absence de détails pratiques pour la mise en œuvre des recommandations. L'extraction des références soutenant ces recommandations a été nécessaire. Certaines recommandations pertinentes pour le projet ont été exclues à cause de leur niveau de preuve. Une exception a été réalisée pour la CMAJ.

63 références sur 100 de la partie 1 ont été exclues du fait de leur contexte. Les recommandations issues des RBP sont trop générales pour être implémentées et les références qui les soutiennent, généralement trop contrôlées pour être applicables en communauté.

# Abstract

## **Introduction**

Cardiovascular disease (CVD) is the first cause of death worldwide. The control of cardiovascular risk factors is complex and expensive. The SPICES project will implement primary prevention interventions for CVD in the community. A selection of recommendations (RBP) according to the ADAPTE method was carried out before this work.

## **Method**

Recommendations from the RBP "Stop smoking cessation" and "CMAJ Recommendations for prevention of weight gain" were included if they had a high level of evidence and included non-pharmacological interventions to prevent CVD in primary care. References that supported them were incorporated into an 8-part research matrix. Part 1 has been analyzed in this work. References were selected if they concerned effective intervention studies that were applicable in primary care.

## **Results**

24 HAS references and 44 CMAJ references were included. The inclusion of a CMAJ recommendation was decided by consensus despite its low level of evidence.

From Part 1 of the matrix, 95 references were excluded out of 100. 5 were meta-analyses and literature reviews analyzed separately.

## **Discussion**

The analysis of the RBPs showed the absence of practical details for the implementation of the recommendations. The extraction of references supporting these recommendations was necessary. Some recommendations relevant to the project were excluded because of their level of evidence. An exception was made for CMAJ.

63 references out of 100 in Part 1 were excluded because of their context. Recommendations from RBPs are too general to be implemented and references that support them, usually too controlled to be applicable in the community.

# Introduction

## A. Maladies cardiovasculaires : épidémiologie, enjeux et prévention

Les MCV étaient la première cause de mortalité au monde d'après un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2014. En 2012, 17,5 millions de décès étaient attribuables aux MCV et notamment aux cardiopathies, aux accidents vasculaires cérébraux, aux artériopathies périphériques (1) soit 31% de la mortalité mondiale totale (2). Plus des trois quarts de ces décès survenaient dans des pays aux revenus faibles ou intermédiaires (3).

L'augmentation de la prévalence des MCV était liée à des facteurs démographiques (vieillesse de la population), des modes de vie (sédentarité, alimentation, tabagisme) mais aussi à un dépistage plus systématique (4).

La prévention des MCV réside dans le contrôle des facteurs de risque modifiables, à savoir le tabac, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité. Il existe des preuves robustes de son efficacité sur le contrôle des MCV (5). La prévention primaire permet d'agir en amont de l'apparition de la maladie, contrairement à la prévention secondaire qui intervient au stade précoce de son évolution et à la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrences (6).

Dans l'Union Européenne, les MCV concentrent en moyenne 10% des dépenses de santé en coût direct (4). Les mesures de santé publiques appliquées dans ces pays sont difficilement transposables dans des pays aux revenus intermédiaires ou faibles, compte tenu d'un déficit en professionnels de santé, en réseaux de soins et en matériel. Dans son plan d'action 2013-2020, l'OMS a promu des mesures préventives des maladies non transmissibles, visant à en réduire la mortalité de 25% (7). Elle proposait des mesures notamment applicables aux pays à revenus faibles ou intermédiaires.

## B. Projet SPICES

### 1. Présentation

Le projet de recherche SPICES (Scaling-up Packages of Interventions for Cardiovascular disease prevention in selected sites in Europe and Sub-Saharan Africa) vise à identifier et à appliquer des interventions efficaces pour réduire le risque cardiovasculaire en Europe et en Afrique Sub-Saharienne. Ce projet international est financé par l'Union Européenne pour une durée de 5 ans dans le cadre du programme Horizon 2020 (9).

Cinq pays sont engagés : France (Université de Brest), Royaume Uni (Universités de Manchester et Nottingham Trent), Belgique (Université d'Anvers), Ouganda (Université de Makerere), Afrique du Sud (Université de Limpopo).

Ce projet s'est inspiré de la prise en charge des maladies chroniques en Afrique Subsaharienne, en particulier du SIDA, qui a abouti au modèle de l'Innovative Care for Chronic Condition (ICC) de l'OMS. L'ICCC est une feuille de route pour la prise en charge des maladies chroniques. Elle listait des recommandations internationales axées sur la qualité des interactions avec les patients, l'organisation des soins et l'articulation entre la communauté, les politiques et les systèmes de financement (10).

## 2. Mise en œuvre

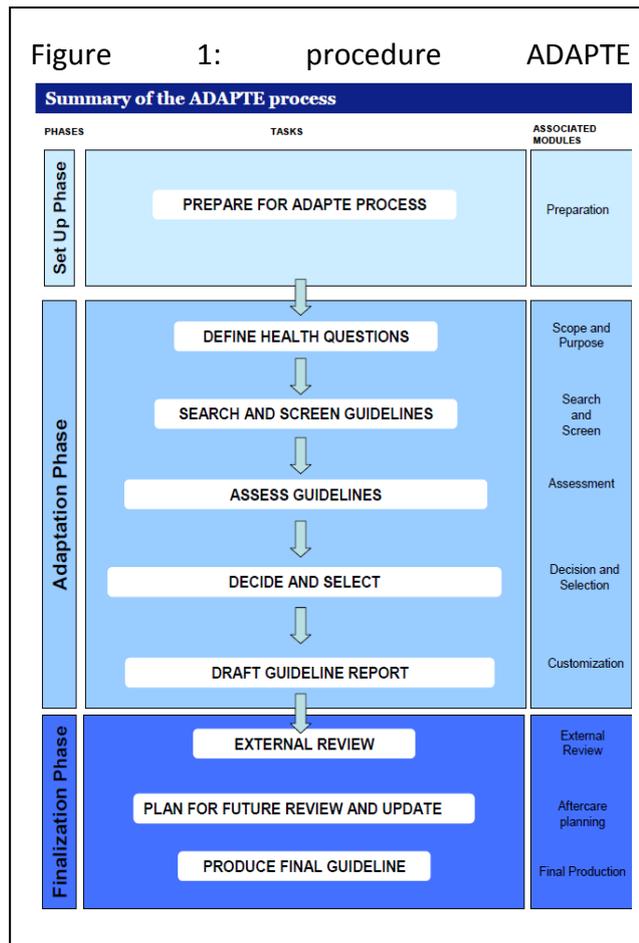
Le groupe SPICES a mené un travail d'implémentation, ou de mise en œuvre, consistant à mettre en pratique des interventions dont l'efficacité est démontrée. L'implémentation explore les barrières et les facilitateurs existant sur le terrain.

A l'Université de Bretagne Occidentale (UBO), un groupe de recherche a dressé l'état des lieux de la prévention des maladies cardio-vasculaires au niveau local- Le Pays Centre Ouest Bretagne (Pays COB) - et national. Le pays COB a été retenu du fait d'une faible densité médicale et d'une prévalence importante de MCV (9).

Un autre groupe de collaboration entre l'UBO et l'Université d'Anvers a relevé les interventions non médicamenteuses efficaces en prévention primaire cardiovasculaire pouvant entrer dans l'implémentation. Ces interventions ont été identifiées à partir de recommandations de bonne pratique (RBP). Ces recommandations sont établies pour aider les professionnels dans leurs prises en soins. Ils prodiguent des recommandations s'appuyant sur les meilleures données disponibles dans la littérature scientifique ou à défaut des accords d'experts.

## 3. Méthode ADAPTE

Ce travail a été conduit en suivant la procédure ADAPTE (figure 1) qui permet d'appliquer les recommandations issues des RBP à différents contextes. Elle se décline en 24 étapes. Les étapes 7 à 12, qui composent la « phase d'adaptation » d'ADAPTE, ont été traitées par notre groupe dans le projet SPICES. Ces étapes permettent de définir les questions de santé, de sélectionner des RBP, d'accéder à ces RBP et d'en retenir une sélection.



### Etape 7 d'ADAPTE : La méthode PIPOH

La méthode PIPOH a été utilisée pour définir des questions de santé adaptées à l'étude SPICES.

- **P** « Patient population » : population générale de soins primaires indemnes de MCV.
- **I** « Intervention (s) » : interventions non médicamenteuses réduisant le risque cardiovasculaire.
- **P** « Professionals » : professionnels de santé et acteurs des politiques de soins.
- **O** « Outcomes » : objectif de diminution de risque cardiovasculaire.
- **H** « Healthcare setting and context » : soins premiers.

Deux questions de santé ont ensuite été définies :

- Quelles interventions liées à l'activité physique, au changement d'alimentation, à l'arrêt du tabac et la perte de poids ont montré une efficacité dans la diminution du risque cardiovasculaire (objectif primaire ou secondaire) en soins primaires ?
- Quelles stratégies de mise en pratique de ces interventions ont montré une efficacité (résultats d'implémentation) ?

## Etape 8 à 11 d'ADAPTE :

Une revue systématique de la littérature des RBP a été menée en double aveugle. Elles étaient extraites des bases de données Trip Database et GIN (Guidelines International Network). Elles devaient concerner la prévention cardiovasculaire non médicamenteuse, en soins primaires ou dans la communauté, être postérieures à 2012 et publiées en anglais, français ou flamand. Les RBP concernant des enfants, des femmes enceintes, des personnes âgées ou malades ont été exclues. Les RBP d'accès payant ou partiel étaient exclues.

Quarante-huit RBP ont été retenues. Elles ont été évaluées grâce à l'outil « Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II » (AGREE II) (11) intégré dans ADAPTE, par au moins deux personnes avec un score portant sur sept domaines :

- Domaine 1. Champs et objectifs : objectifs, population et questions de santé
- Domaine 2. Implication des intervenants : qualité des rédacteurs de l'étude et pertinence des groupes concernés par les recommandations.
- Domaine 3. Rigueur de l'élaboration : qualité de la méthodologie
- Domaine 4. Clarté de la présentation : langage, structure, forme
- Domaine 5. Applicabilité : intégration des difficultés ou des facilités d'application des recommandations
- Domaine 6. Indépendance éditoriale : recherche de conflits d'intérêts.

27 RBP ont été retenues suite à cette évaluation et utilisées dans l'étape 13 d'ADAPTE qui est l'objet de cette thèse.

## 4. Questions de recherche

Dans les recommandations internationales ci-après, quelles sont les références bibliographiques à intégrer dans la matrice de recherche de l'étude SPICES ?

- « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé. 2014 Oct »
- « Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioral and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. Canadian Medical Association Journal. 2015 Feb 17 »

Quelles sont les interventions pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires efficaces et faisables en soins primaires et/ou dans la communauté, à partir des références (partie 1) extraites des RBP analysées dans le cadre de l'étude SPICES ?

# Méthode

La méthode de l'étape 13 d'ADAPTE a été utilisée. Les recommandations qui constituaient les RBP sélectionnées dans l'étape 11 ont été extraites ainsi que les références qui les étayaient. Recommandations et références ont été organisées dans des matrices, c'est-à-dire des tableaux à entrées multiples.

## A. Analyse des RBP et extraction de leurs recommandations

Deux ou 3 RBP ont été attribuées à chaque membre de l'équipe de recherche. Les recommandations qui les constituaient étaient ensuite sélectionnées selon les critères ci-après.

### 1. Critères d'inclusion :

- Recommandations traitant d'interventions non médicamenteuses ou sur le mode de vie.
- Recommandations de niveaux de preuve de grade A ou B ou 1++,
- Recommandations de grade 1+, 2++, 2+ pour les RBP du National Institute for health and Care Experience (NICE).
- Recommandations gradées « Strong » ou « Class 1 »
- Pour les RBP non gradées, les recommandations étaient incluses si elles s'appuyaient sur des études randomisées contrôlées (RCT), des études de cohorte interventionnelles, des revues de la littérature ou des méta-analyses.

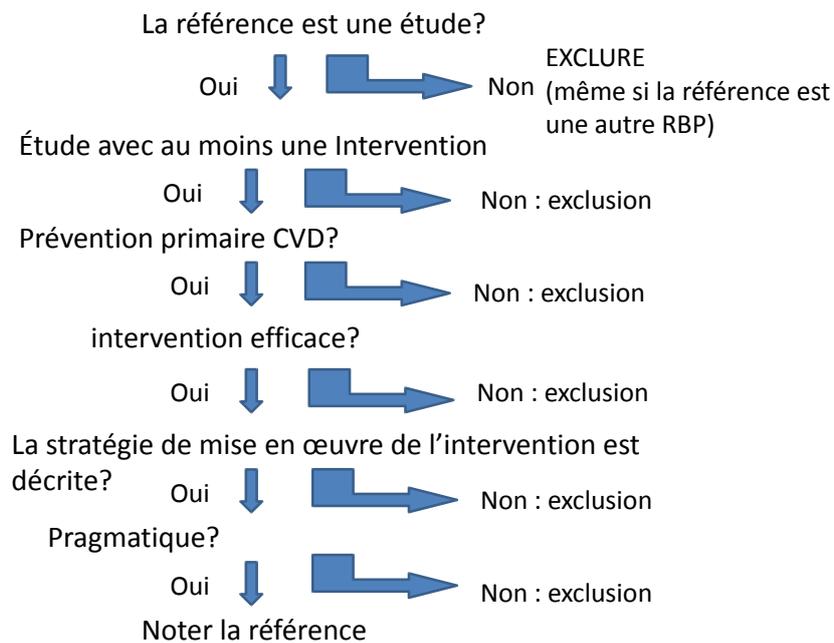
### 2. Critères d'exclusion :

- Recommandations traitant exclusivement d'interventions médicamenteuses ou chirurgicales
- Recommandations abordant exclusivement la prévention secondaire ou tertiaire
- Recommandations abordant exclusivement des procédures diagnostiques
- Recommandations à propos de régimes très pauvres en calories nécessitant un suivi médical rapproché, inapproprié pour le projet SPICES.
- Recommandations basées sur d'autres recommandations.

## B. Extraction des références soutenant les recommandations incluses

L'algorithme illustré en figure 2 a été utilisé pour la sélection des références. Elles ont été incluses ou exclues sur la lecture de leur titre ou de leur résumé. En cas de doute, l'inclusion était la règle.

**Figure n° 2** Processus d'inclusion des références.



### 1. Critères d'inclusion :

- Etudes portant sur des interventions non médicamenteuses efficaces sur la prévention cardiovasculaire en soins primaires

### 2. Critères d'exclusion :

#### *Population*

- Etude portant exclusivement sur des enfants ou adolescents, des femmes enceintes ou en post-partum, des patients âgés institutionalisés, des patients hospitalisés, des patients déjà atteints d'une MCV

### *Type d'intervention*

- Etude ne comportant pas d'intervention (études observationnelles notamment)
- Intervention aux résultats statistiquement non significatifs
- Intervention pharmacologique ou chirurgicale s'il n'existait pas dans l'étude de comparaison entre une intervention sur le mode de vie et l'absence d'intervention. Les thérapies de suppléments ou de substitutions (par exemple nicotinique) étaient considérées comme des interventions pharmacologiques.

### *Contexte*

- Intervention ne se déroulant pas dans un contexte de soins premiers ou dans la communauté (par exemple à l'hôpital ou à l'université exclusivement)

### *Critères de jugement*

- Etudes n'ayant pas des critères de jugement principaux cliniques ou paracliniques couramment utilisés.

## C. Création de la matrice

La matrice comprenait 12 rubriques :

- Sujet de la recommandation : tabac, perte de poids, hypertension artérielle (HTA), activité physique.
- Recommandation
- Classe
- Niveau
- Référence
- Références dérivées de la première référence (études extraites des méta-analyses ou des revues de la littérature)
- Type d'étude
- Prévention primaire oui/non
- Population étudiée
- Description de l'intervention
- Résultats
- Commentaires
- Inclusion ou exclusion finale

## D. Elimination des doublons

Les RBP abordant des thèmes similaires, certaines de leurs recommandations pouvaient être élaborées à partir de références identiques. Une même étude pouvait donc apparaître à plusieurs reprises dans la matrice.

Les matrices de chaque membre du groupe ont donc été comparées deux à deux puis fusionnées en cascade avant une mise en commun pour laquelle une ultime vérification était effectuée. La fonction recherche du tableur a été utilisée pour identifier les doublons en cherchant des groupes de mots similaires utilisés dans le référencement Vancouver (notamment grâce aux noms d'auteur). Une lecture extensive des références a finalement été conduite pour identifier les doublons échappant à la première méthode.

# Résultats

## A. Sélection des recommandations

### 1. HAS : Arrêt de la consommation de tabac

Les recommandations incluses et exclues apparaissent en tableau dans l'annexe 1 reprenant les sections et sous-sections auxquelles appartiennent les recommandations, les recommandations, leur inclusion ou exclusion, le motif de l'exclusion, un numéro d'inclusion pour chaque recommandation.

148 recommandations ont été analysées. 24 ont été incluses et 124 exclues.

Les motifs d'exclusion étaient :

- Population : 56
- Faible niveau de preuve, accords d'experts : 40
- Interventions médicamenteuses : 23
- Recommandations ne portant pas sur la prévention des MCV : 2
- Recommandations sur la prévention secondaire : 2
- Absence d'intervention : 1

### 2. Canadian Medical Association Journal (CMAJ): Recommendations for prevention of weight gain

Les recommandations incluses et exclues apparaissent dans l'annexe 2 sous forme d'un tableau reprenant les recommandations, leur inclusion ou exclusion, le motif de l'exclusion, un numéro d'inclusion pour chaque recommandation.

5 recommandations ont été analysées. 2 ont été incluses et 3 exclues.

Les motifs d'exclusion étaient :

- Recommandation sur le dépistage : 1
- Recommandation de grade "weak, very-low quality evidence": 1
- Recommandation sur des interventions médicamenteuses : 1

Après discussion en groupe, la recommandation "Behavioural interventions" a été incluse malgré un grade "weak, moderate-quality evidence" car elle était soutenue par des études potentiellement intéressante pour SPICES. Elle représentait l'intervention la plus adaptée à SPICES dans ces RBP.

## B. Extraction des références

### 1. HAS : Arrêt de la consommation de tabac

Les références extraites apparaissent dans l'annexe 3 en tableau reprenant le numéro d'inclusion de chaque recommandation, les références sous tendant chaque recommandation (précédées de leur rang dans la bibliographie des RBP), leur inclusion ou exclusion, le motif de l'exclusion.

54 références ont été extraites. 27 ont été incluses et 27 exclues.

Les motifs d'exclusion étaient :

- Absence d'étude ou autres recommandations ou guide de bonnes pratiques : 21
- Etudes observationnelles : 3
- Etudes en doublon : 2
- Etude en prévention secondaire : 1

Pour ces RBP, les métaanalyses et revues de la littérature ont été incluses sans extraction des références sur lesquelles elles s'appuyaient. Ces métaanalyses et revues de la littérature ont été analysées ultérieurement par d'autres membres du groupe de thèse.

### 1. Canadian Medical Association Journal (CMAJ): Recommendations for prevention of weight gain

Les références extraites apparaissent dans l'annexe 4 en tableau reprenant le numéro d'inclusion de chaque recommandation, les références sous tendant chaque recommandation (précédées de leur rang dans la bibliographie des RBP), les références extraites des métaanalyses et revue de la littérature, leur inclusion ou exclusion, le motif de l'exclusion.

49 références ont été extraites : 44 ont été incluses et 5 exclues.

Les motifs d'exclusion étaient :

- Intervention pharmacologique : 1
- Interventions en prévention secondaire : 2
- Intervention en milieu hospitalier : 2

## C. Analyse des références incluses

Les références incluses par tous les membres de l'équipe de recherche ont été groupées dans une matrice. Puis la matrice a été segmentée en 8 parties et une partie a été attribuée à chaque membre de l'équipe soit environ une centaine de références chacun.

Les références ont été incluses ou exclues selon le type d'intervention qu'elles proposaient.

Les résultats de la partie 1 de cet ensemble sont présentés dans l'annexe 5 en tableau reprenant la référence, son inclusion ou exclusion, le motif de l'exclusion.

100 références ont été analysées, 95 références ont été exclues.

Les motifs d'exclusion étaient :

- Contexte inapproprié à l'étude SPICES (nourriture fournie aux patients, supervision diététique rapprochée, patients institutionnalisés ou hospitalisés) : 63
- Critère de jugement inapproprié : 9
- Etude observationnelle : 8
- Absence d'étude : 7
- Absence d'intervention : 5
- Etudes en prévention secondaire : 2
- Etude en doublon : 1

Une revue de la littérature et 4 métaanalyses dont les références n'avaient pas été extraites ont été analysées ultérieurement par un autre membre du groupe.

# Discussion

## A. Résultat principal

24 références ont été incluses dans « HAS arrêt de la consommation de tabac » et 44 références ont été incluses dans « CMAJ Recommendations for prevention of weight gain ».

Dans la partie 1 des références à analyser, 95 références ont été exclues sur 100 et 5 étaient des métaanalyses et revues de la littérature analysées à part.

## B. Biais et limites de l'étude

### 1. Biais de sélection des recommandations

Les RBP de la CMAJ posaient un problème de gradation trop faible pour l'inclusion qui constituait un biais de sélection des RBP. Il a été fait une exception à la méthode pour pouvoir l'inclure. Le faible niveau de preuve accordé aux recommandations portant sur des changements diététiques est en partie dû à la difficulté de trouver des études de niveau de preuve élevé sur le sujet. La revue de Ross L et Al (2019) rapporte les mêmes difficultés d'inclusion sur le même thème. Seuls 10 études sur 240 sélectionnées via leur titre et abstract ont été retenues dans cette revue. Les auteurs ont noté un défaut d'essais contrôlés randomisés bien menés dans ce domaine.

Seules les recommandations de haut grade étaient retenues, excluant 40 références soutenant des recommandations de grades inférieurs dans les recommandations de la HAS. Dans les recommandations de la CMAJ, une recommandation a été incluse par consensus malgré son grade inférieur aux critères définis dans la méthode. Cette recommandation présentait tous les autres critères d'inclusion et se basait sur des références d'intérêt que nous aurions méconnues si nous l'avions exclue. Le choix méthodologique de retenir les recommandations et les études à haut niveau de preuve a abouti à la sélection d'études aux protocoles très contrôlés (distribution des repas par exemple) ou de méta analyses qui permettent de généraliser les interventions. Ces résultats sont peu adaptés à une étude d'implémentation.

Le projet SPICES devait initialement s'arrêter à l'intégration des recommandations d'intérêt. L'extraction des références sous-jacentes n'avait pas été prévue mais la formulation des recommandations ne fournissait pas toujours de détails de mise en œuvre. Elles étaient souvent peu concrètes et ne proposaient pas d'interventions claires.

### 2. Biais concernant l'extraction des références

Distinguer dans chaque RBP les références qui sous tendaient chaque recommandation pouvait être complexe. Le référencement n'était pas uniforme d'une RBP à l'autre. Pour le CMAJ par exemple, plusieurs recommandations étaient parfois fondues dans le corps du texte

et le lien avec les références qui les soutenaient n'était pas toujours explicite. Ceci pouvait induire un biais d'information par méconnaissance des références sous-tendant les recommandations.

De plus, le nombre de références soutenant chaque recommandation était variable d'une RBP à l'autre, ce qui peut questionner l'exhaustivité bibliographique des RBP pour établir ces recommandations. Certaines références pertinentes pour SPICES ont pu être laissées de côté par les RBP.

### 3. Biais méthodologiques :

Le format des RBP était assez hétérogène, obligeant souvent à une adaptation des matrices, ce qui nuisait à leur clarté. Par exemple, les recommandations de la HAS étaient déployées sous plusieurs titres et sous-titres rendant la structure dense et parfois peu lisible. Au contraire les recommandations de la CMAJ étaient plus synthétiques mais développaient moins les détails de chaque intervention.

Il existait une disparité de gradation entre certaines RBP. La gradation HAS (12) différait de la CMAJ qui utilisait le GRADE system. D'autres systèmes de gradation comme celui du NICE dans le travail de Janyk M (13) n'entraient pas dans la méthodologie initiale. L'étude de Baker A et Al (2010) (14) a montré que les systèmes de gradation les plus appropriés aux études d'intervention étaient le GRADE, car centré sur les RCTs et méta-analyses et le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) qui fournit des points de contrôle détaillés particulièrement adaptés à l'analyse des études quantitatives.

Concernant l'élimination des doublons, l'étape a été sous-estimée et a empiété sur le temps d'analyse des références. La méthode de recherche des doublons nécessitait de comparer chaque référence à l'ensemble des matrices, aucune alternative efficace n'ayant été trouvée pour y parvenir (programme dédié par exemple).

### C. Distinctions de la méthode ADAPTE avec celle des revues de la littérature.

La procédure ADAPTE diffère des revues de la littérature car elle permet l'élaboration de nouveaux guides de bonnes pratiques à partir d'autres guides. Le projet SPICES s'en est servi pour extraire des recommandations d'intérêt et en valider la mise en œuvre. Elle a conduit à un recueil exhaustif des RBP puis à une sélection des meilleures qui ont servi de base de travail.

Au contraire, les revues systématiques et méta-analyses comme celles produites par la méthode « Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses » (PRISMA) collectent des études obtenues à partir de mots clés entrés dans des bases de données et retiennent celles dont le niveau de preuve est le plus élevé. Cette méthode est exhaustive et reproductible (15).

Dans les RBP de la HAS, 40 recommandations sur 148 ont été exclues à cause d'un niveau de preuve trop faible. Concernant les stratégies thérapeutiques au sevrage tabagique en consultation, les recommandations 16 à 20 incluses reposaient sur 13 références dont 11 étaient d'autres recommandations, ce qui les rendait discutables par rapport à d'autres

sources comme la revue de littérature de Stead L *et Al* (2013) (16) portant sur le conseil minimal de sevrage et qui se basait sur 42 RCTs. Réaliser des revues de la littérature sur chaque thème aurait cependant été difficile à réaliser en termes de temps. Le recours aux meilleures RBP sur le sujet permettait de pallier ce problème.

#### D. Applicabilité du projet SPICES

Le projet SPICES, pour aboutir à une implémentation de qualité a exclu les interventions qui se tenaient dans un autre environnement que celui du soin primaire ou se déroulant sous supervision. Ceci a conduit à l'exclusion de 63 études sur les 100 de la partie 1 car la nourriture était fournie aux participants. Ces conditions sont difficilement applicables dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires et nuisent à l'implémentation.

Au contraire, des revues de littérature évaluant l'impact de régimes sur la prévention des MCV telles que celles de Taylor RS *et Al* (2011) (17) et d'Abdelhamid AS *et Al* (2018) (18), ont inclus des études dont l'intervention diététique était réalisée sous supervision. L'étude de Taylor RS *et Al* (2011) montrait une réduction d'évènements cardiovasculaires chez les patients suivant un régime pauvre en graisses saturées et celle d'Abdelhamid AS *et Al* (2018) montrait une diminution faible du risque de cardiopathie avec un régime riche en acide gras polyinsaturés. De plus, ces revues posent un problème d'applicabilité car les études qu'elles incluaient se déroulaient principalement dans des pays industrialisés (seules 3 études se déroulaient dans des pays en développement). Leurs interventions ne sont donc pas directement transposables à des pays à revenus faibles ou intermédiaires.

La méthode du projet SPICES permet de retenir des interventions réalisables dans des environnements socioéconomiques précaires. Ce modèle a notamment été développé dans la stratégie relative à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant visant à réduire la mortalité et la morbidité juvéniles dans les pays en développement (19). Cette étude a permis de transposer efficacement dans ces pays des stratégies de santé développées dans des pays industrialisés (éducation en santé, prévention vaccinale...) grâce à une phase d'analyse et d'expérimentations à l'échelle locale basées sur le réseau de soins primaires, les supports familiaux et la communauté (20).

#### E. Intérêts de l'étude :

Les matrices de chaque membre du groupe ont été colligées dans une matrice de recherche unique qui constituait un « panier » d'interventions applicables en soins primaires.

L'originalité et l'intérêt de l'étude était de comparer des interventions non médicamenteuses dans la prévention primaire des MCV, ce qui n'avait pas été réalisé auparavant de façon aussi exhaustive.

Ce projet a également mis en perspective des formats et des méthodes de RBP très hétérogènes, qui ont été analysées et critiquées.

Plusieurs études ont été exclues car elles sortaient du champ du soin primaire ou de la communauté. Les références partie 1 ont ainsi été en grande partie exclues car les

interventions se déroulaient sous supervision, notamment pour la préparation ou la consommation de repas adaptés.

## F. Perspectives

Le format des recommandations et leur mise en œuvre peuvent s'avérer inappropriés. On note pour celles de la HAS 40 recommandations sur 148 exclues sur des niveaux de preuve faibles et des accords d'experts, ce qui peut rendre l'information des RBP discutable et en décourager la lecture, par exemple pour les médecins généralistes. Une étude menée par Lugtenberg M *et Al* (2009) (21) en Allemagne montrait que 32% des médecins généralistes interrogés trouvaient la lecture des recommandations peu claire ou confuse et 57% les considéraient inadaptées à leur pratique.

Le projet SPICES appelle à une analyse prudente des recommandations internationales qui demeurent un des socles de la formation médicale. La mise en œuvre des interventions se heurte à des limites pratiques mises en lumière par cette étude. Ceci amène à relativiser le poids que devraient jouer les RBP sur la décision médicale et à promulguer un enseignement adéquat sur leur décryptage, au cours des études ou de la formation continue des professionnels de santé. Expliquer une procédure de sélection de recommandations comme dans le projet SPICES pourrait servir d'outil d'apprentissage.

## Conclusion

L'étude SPICES avait pour objectif de collecter des interventions non médicamenteuses efficaces en soins primaires pour la prévention des MCV. Deux RBP sur 27 ont été analysées dans cette étude dont les recommandations et les références qui les soutenaient ont été colligées dans des matrices. Les interventions d'intérêt ont été retenues. Elles seront mises en œuvre dans la suite du projet SPICES. Leur application, probablement moins onéreuse que des interventions médicamenteuses, concernera notamment des pays aux niveaux de vie faible à intermédiaire.

# Bibliographie

1. World Health Organization. The top 10 of death [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Mendis S, Davis S, Norrving B. Organizational update: the world health organization global status report on noncommunicable diseases 2014; one more landmark step in the combat against stroke and vascular disease. *Stroke*. 2015 May;46(5):e121-2. [Internet]. [cité 25 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25873596>
3. World Health Organization. Prévention et lutte contre les maladies cardiovasculaires [Internet]. [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/fr/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/fr/)
4. Rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale 2010. La prise en charge des pathologies cardiovasculaires en Europe [Internet]. [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss201006\\_fic-10-4.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss201006_fic-10-4.pdf)
5. World Health Organization. Integrated management of cardiovascular risk: report of a WHO meeting, Geneva, 9 - 12 July 2002. Geneva; 2002. 35 p. (Cardiovascular disease programme).
6. Haute Autorité de Santé. Prévention [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_410178/fr/prevention](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention)
8. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020. [Internet] [cité 26 oct 2018]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)
9. Legoff E. Projet SPICES : état des lieux de la prévention cardio-vasculaire en France. 25 janv 2018;46.
10. Alkenizan A. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. *Ann Saudi Med*. mars 2004;24(2):148-148.
11. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J*. 14 déc 2010;182(18):E839-42.
12. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique, April 2013 [Internet]. [cité 9 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
13. Stewart J, Manmathan G, Wilkinson P. Primary prevention of cardiovascular disease: A review of contemporary guidance and literature. *JRSM Cardiovasc Dis* [Internet]. 1 janv 2017 [cité 11 mars 2019];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331469/>
14. Baker A, Young K, Potter J, Madan I. A review of grading systems for evidence-based guidelines produced by medical specialties. *Clin Med Lond Engl*. août 2010;10(4):358-63.
15. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Med*. 21 juill 2009;6(7):e1000100.

16. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 9 mars 2019];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000165.pub4/abstract>
17. Taylor RS, Ashton KE, Moxham T, Hooper L, Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 6 juill 2011;(7):CD009217.
18. Abdelhamid AS, Martin N, Bridges C, Brainard JS, Wang X, Brown TJ, et al. Polyunsaturated fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cité 11 mars 2019];(11). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012345.pub3/abstract>
19. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Integrated Management of Childhood Illness: a summary of first experiences. *Bull World Health Organ*. 1999;13.
20. Victora CG, Schellenberg JA, Huicho L, Amaral J, El Arifeen S, Pariyo G, et al. Context matters: interpreting impact findings in child survival evaluations. *Health Policy Plan*. 1 déc 2005;20(suppl\_1):i18-31.
21. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci*. 12 août 2009;4(1):54.

# Annexes

## Annexe 1 : HAS, arrêt de la consommation de tabac : recommandations incluses et exclues.

Section	Sous-section 1	Sous-section 2	Recommandations	Inclusion ou Exclusion	Motif d'exclusion	Numéro
2 Quel est l'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme ?			L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabagisme est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme.	Exclusion	Pas d'intervention	
3 Dépistage individuel du tabagisme	3.1 Qui peut dépister ?		Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.	Inclusion		1
	3.2 Quand dépister ?		Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière.	Inclusion		2
			Le dépistage de l'usage du tabac doit faire partie de l'interrogatoire de la première consultation (identification des facteurs de risque). Ne pas oublier les autres formes d'utilisation du tabac (prisé, mâché, cigare, pipe, narguilé, snus, joint de cannabis, etc.). Plus spécifiquement : _ chez les jeunes enfants : relever le statut tabagique des parents ; _ chez les enfants/adolescents (dès le collège) poser la question en consultation individuelle, en rappelant la confidentialité et le secret professionnel ; _ chez la femme en projet de grossesse ; _ chez la femme enceinte : il convient de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel _ chez la femme en post-partum :	Exclusion	Faible niveau de preuve	

			réévaluer le statut tabagique même si la femme a arrêté de consommer pendant la grossesse (risque élevé de rechute après l'accouchement).			
			Il est recommandé de rechercher également le tabagisme de l'entourage direct du patient.	Inclusion		3
			Chez les fumeurs, il est recommandé de dépister d'éventuelles pathologies associées au tabagisme (BPCO, insuffisance respiratoire, insuffisance coronarienne, pathologie vasculaire).	Exclusion	Faible niveau de preuve	
	3.3 Comment dépister ?		Recommandations de marche à suivre du dépistage à la prise en charge : algorithme 1	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			La mesure du CO expiré n'est pas nécessaire pour le dépistage en premier recours. Elle peut être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation.	Exclusion	Faible niveau de preuve	

	3.4 Cas particuliers à distinguer lors du dépistage	3.4.1 Adolescents	<p>En consultation médicale, il est recommandé de poser la question du tabagisme, comme chez l'adulte, dès l'entrée dans l'adolescence. En milieu scolaire, il est recommandé d'aborder la question du tabagisme avec les parents et/ou les enfants lors des bilans systématiques, en grandes sections maternelles et en CM2.</p> <p>-En grandes sections maternelles : aborder avec les parents la question de la consommation du tabac ; dépister un éventuel tabagisme des parents et informer sur les risques du tabagisme passif. Délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide.</p> <p>-En CM2 : dépister un éventuel tabagisme de l'élève ou de son entourage ; informer sur les risques du tabagisme passif, conseiller de ne pas commencer ou délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide si besoin.</p> <p>-Aux autres niveaux scolaires : profiter d'un passage à l'infirmerie ou d'un dépistage infirmier pour poser la question de la consommation du tabac ; conseiller de ne pas commencer, informer sur le risque de dépendance comme étant une perte de liberté, délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide, si besoin. Il est recommandé d'évoquer les autres formes d'utilisation du tabac (associé au cannabis, chicha, snus, etc.).</p> <p>La consultation pour certificat de non-contre-indication à la pratique sportive est l'occasion de dépister un éventuel tabagisme et de rappeler les risques.</p>	Exclusion	Population exclue	
	3.4.2 Projet de grossesse/femmes enceintes	Pour toutes les femmes et les couples avec un projet de grossesse,	<p>Il est recommandé que tous les intervenants de santé, les hommes et les femmes ayant un projet de conception, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac sur la fertilité. Il est recommandé de profiter de ce projet pour repérer spécifiquement le tabagisme et conseiller l'arrêt.</p>	Exclusion	Population exclue	

		y compris en PMA	<p>Il est recommandé d'interroger la femme sur le tabagisme de son entourage (familial, professionnel, etc.).</p> <p>Il est recommandé de fournir, sans culpabiliser les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-des outils d'éducation spécifiques à la grossesse sur les risques du tabagisme de la mère pour sa santé et celle de l'enfant, et sur les bénéfices de l'arrêt ;</li> <li>-des informations sur les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant.</li> </ul> <p>Les informations devraient être disponibles sous différentes formes (affichage en salle d'attente, brochures, etc.).</p>	Exclusion	Population exclue	
		Pour les femmes enceintes	<p>Il est recommandé que tous les intervenants de santé, ainsi que les futurs parents, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac pour l'enfant à naître.</p>	Exclusion	Population exclue	
			<p>Il est recommandé de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel.</p> <p>Il est recommandé de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel.</p>	Exclusion	Population exclue	
	3.4.3 Péri-opératoire et patients hospitalisés	Péri-opératoire	<p>Le dépistage du tabagisme doit être systématique avant toute intervention chirurgicale.</p>	Exclusion	Population exclue	
Patients hospitalisés		<p>La consultation péri-opératoire peut être l'occasion d'une information spécifique sur les risques supplémentaires liés au tabac.</p>	Exclusion	Population exclue		
		<p>Le dépistage du tabagisme doit être systématique en milieu hospitalier.</p> <p>Il est recommandé d'évaluer le statut tabagique à l'admission et de le documenter à l'aide d'un item dédié dans le dossier du patient.</p>	Exclusion	Population exclue		

4 Évaluation initiale	4.1 Comment identifier la dépendance ?		Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six questions et de repérer également les critères de dépendance ignorés dans ce test (cf. critères de la CIM-10 ; notamment syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation). Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse.	Inclusion		4
			Considérer que le patient est dépendant s'il présente un des critères suivants : -patient ayant rechuté après une tentative d'arrêt ; -patient continuant à fumer malgré les conséquences de son tabagisme sur sa santé (ex. : BPCO, artérite, cancer, etc.), ou les risques encourus dans certaines situations spécifiques (ex. intervention chirurgicale, grossesse, etc.) ; -patient en souci constant d'approvisionnement de tabac (ex. : craint d'être à court de tabac).	Exclusion	Faible niveau de preuve	
	4.2 Comment évaluer les comorbidités anxieuses et dépressives ?		Les troubles anxieux et dépressifs diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Ils doivent impérativement être pris en charge. Il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique. Il est recommandé de questionner le patient sur les éventuels symptômes anxieux et dépressifs survenus lors des précédentes tentatives d'arrêt (avec ou sans traitement). L'évaluation des comorbidités psychiatriques et de leur évolution peut être aidée par l'utilisation d'auto-questionnaires : Hospital Anxiety Depression scale15 (HAD), inclus dans le dossier de consultation de tabacologie de l'INPES ; inventaire d'anxiété de Beck (BAI) ; inventaire de dépression de Beck (BDI).	Exclusion	Faible niveau de preuve	
	4.3 Comment évaluer les co-addictions ?		Il est recommandé de se renseigner auprès du patient : -sur la consommation d'autres substances psychoactives : alcool, cannabis, opiacés, cocaïne, médicaments, etc. ;	Exclusion	Recommandations ne portant pas sur la prévention des MCV	

			-sur l'existence d'addictions comportementales.			
			Des questionnaires validés peuvent être utilisés pour dépister un usage problématique : -le questionnaire CAGE-DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) pour l'usage problématique d'alcool ; -le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour l'usage problématique de cannabis.	Exclusion	Recommandations ne portant pas sur la prévention des MCV	
	4.4 Comment donner le conseil d'arrêt ?		Tous les professionnels de santé doivent conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, quelle que soit la forme du tabac utilisé, et lui proposer des conseils et une assistance pour arrêter.	Inclusion		5
			Il est recommandé de demander au patient s'il est d'accord pour parler de son tabagisme. Il est recommandé de préférer les formulations liées à la santé : « bon/mauvais pour la santé ; bénéfique/risque », etc. plutôt que d'utiliser les termes « bien » ou « mal » qui peuvent être perçus comme un jugement moral. Il est recommandé de rappeler que l'arrêt du tabac n'est pas qu'une question de volonté mais qu'il s'agit d'une addiction qui peut nécessiter un accompagnement thérapeutique par un professionnel.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Tous les produits du tabac sont nocifs. Il n'est pas recommandé de proposer au patient de remplacer un type de tabac par un autre. Le tabagisme passif est nocif. Il est recommandé d'informer toutes les personnes sur les risques du tabagisme passif.	Inclusion		6

			Il est recommandé de conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer d'une manière claire et personnalisée : - claire - personnalisée : relier la consommation de tabac : -aux symptômes et aux problèmes de santé du patient, y compris les comorbidités, -aux risques du tabagisme passif pour les enfants et les autres membres du foyer, etc., -aux coûts économiques et sociaux.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
	4.5 Comment évaluer la motivation à l'arrêt ?		Lorsque qu'un consommateur de tabac est identifié, il est recommandé d'évaluer sa motivation à arrêter de fumer.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Il est recommandé d'adapter son attitude à la motivation et au degré d'ambivalence du patient.	Inclusion		7
			Méthode proposée pour évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme	Exclusion	Faible niveau de preuve	
5 Comment conduire l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac ?	5.2 Recommandations relatives aux traitements médicamenteux et aux interventions non médicamenteuses	Principes généraux	L'accompagnement psychologique est la base de la prise en charge du patient.	Inclusion		8
			Chez les patients dépendants, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux. Les Traitements nicotiques de substitution (TNS) sont le traitement médicamenteux de première intention. Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Les traitements médicamenteux sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Le traitement doit toujours être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
		Les thérapies et méthodes recommandées	Soutien psychologique en face à face ou en groupe (guidance/counseling), thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	Inclusion		9

		ndées en première intention	Entretien motivationnel	Inclusion		10
			Traitements nicotiniques de substitution (TNS)	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Accompagnement téléphonique. Auto-support y compris par Internet	Inclusion		11
		L'entretien motivationnel	Il est recommandé de renforcer la motivation du patient à l'aide de l'entretien motivationnel. Des entretiens ou des consultations dédiées à l'arrêt du tabac sont à privilégier.	Inclusion		12
		Le soutien psychologique	L'accompagnement psychologique du fumeur peut prendre diverses formes, de la thérapie de soutien jusqu'à la thérapie structurée de type cognitivo-comportemental (TCC).	Inclusion		13
			Le soutien psychologique individuel nécessite des entretiens ou des consultations dédiées en face à face entre un fumeur et un soignant.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
		Traitements nicotiniques de substitution	Chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique, les TNS sont recommandés en première intention au regard de leur balance bénéfice/risque.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Pour une meilleure efficacité, il est recommandé d'associer les TNS à un accompagnement psychologique.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Il est recommandé d'adapter le type de TNS en fonction des préférences du patient.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Il est recommandé d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes [...]	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Le patient doit être informé de ces symptômes afin de pouvoir adapter la dose. La prise persistante de cigarettes sous TNS traduit le plus souvent un sous-dosage.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	

			Pour ajuster le dosage il est possible de combiner des formes orales aux patchs.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Pour ajuster le dosage Il est possible d'associer plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire. Il est possible de fractionner les doses de patchs	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			L'addiction au tabac étant une maladie chronique, le traitement peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire. Il est possible dans un premier temps d'associer TNS et consommation de tabac, y compris chez les femmes enceintes et les patients souffrant de maladie cardio-vasculaire.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
		Accompagnement téléphonique	Il est important de reconnaître cette démarche du fumeur et de la valoriser.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Si un patient ne souhaite pas s'aider du contact direct d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers un accompagnement téléphonique. Il est recommandé d'informer le patient du fait que l'accompagnement téléphonique est d'autant plus efficace que les rendez-vous téléphoniques sont nombreux et fréquents.	Inclusion		14
		Outils d'auto-support	Il est important de reconnaître cette démarche du fumeur et de la valoriser.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Si un patient ne souhaite pas l'aide d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer, il est recommandé de l'orienter vers des outils d'auto-support.	Inclusion		15
		Varénicline et bupropion	Au vu de leurs effets indésirables, ces médicaments sont	Exclusion	Intervention médicamenteuse	

			recommandés en dernière intention.			
			Leur balance bénéfique/risque est incertaine.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Avant de prescrire ces médicaments, le médecin doit s'assurer que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace et suffisamment longtemps ; et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Ces médicaments ne doivent être prescrits que dans le respect strict des précautions d'emploi et des contre-indications. Ces médicaments nécessitent une surveillance étroite des patients en raison de leurs effets indésirables potentiels, ainsi qu'une surveillance renforcée lors de l'arrêt du traitement.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Il est recommandé de se référer au résumé des caractéristiques du produit (RCP) lors de la prescription	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Ces deux médicaments ne sont pas recommandés chez les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes ou qui allaitent.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
		Autres traitements pharmaco logiques dont l'efficacité et l'innocuité ne sont	Ces médicaments ne sont pas recommandés en raison de l'insuffisance de données sur la preuve de leur efficacité et/ou de leur innocuité.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	

		pas établies				
		Activités physiques , acupuncture et hypnothérapie	<p>Il n’y a pas de contre-indication à utiliser ces méthodes en plus des méthodes recommandées. Il n’y a pas de raison objective de dissuader le patient : du recours à ces approches dans le cadre d’une démarche personnelle ; d’utiliser ces méthodes en plus des méthodes recommandées.</p> <p>Il est nécessaire d’informer d’emblée les patients des méthodes thérapeutiques dont le bénéfice est établi.</p> <p>Dans le cas où le patient a recours à des méthodes dont le bénéfice n’est pas établi, l’accompagnement doit être maintenu afin d’être en mesure de lui proposer les stratégies recommandées si nécessaire.</p>	Exclusion	Faible niveau de preuve	
		Méthode de la fumée aversive	Cette méthode n’est pas recommandée en raison de l’insuffisance de données sur la preuve de son efficacité et de ses effets indésirables avérés	Exclusion	Non recommandé	
	5.3 Cigarettes électroniques		<p>En raison de l’insuffisance de données sur la preuve de leur efficacité et de leur innocuité, il n’est pas actuellement possible de recommander les cigarettes électroniques dans le sevrage tabagique ou la réduction du tabagisme. Il est recommandé d’informer les fumeurs qui utilisent des cigarettes électroniques de l’insuffisance actuelle de données sur les risques associés à leur utilisation.</p> <p>Du fait des substances contenues dans les cigarettes électroniques par rapport à celles contenues dans le tabac, les cigarettes électroniques sont supposées être moins dangereuses que le tabac. Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, leur utilisation ne doit pas être déconseillée mais doit s’inscrire dans une stratégie d’arrêt ou de réduction du tabac avec accompagnement psychologique.</p>	Exclusion	Non recommandé	

			Il est recommandé de mettre en place des études cliniques et des études observationnelles de santé publique sur les effets des cigarettes électroniques, notamment pour étudier les points suivants : [...]			
	5.4 Stratégies thérapeutiques		Il est recommandé d'adapter la prise en charge selon le stade de changement du patient.	Inclusion		16
		Au stade de pré-intention	Conseiller d'arrêter. Proposer une évaluation du niveau de dépendance.	Inclusion		17
			Proposer une approche de réduction de la consommation. Renouveler cette approche lors des prochaines consultations.	Inclusion		18
		Au stade de l'intention	Chaque patient désireux de faire une tentative d'arrêt doit être encouragé à utiliser les traitements recommandés et à être accompagné dans sa démarche.	Inclusion		19
		Au stade de la décision	Aider le patient à : -explorer son ambivalence ; -évoquer ses craintes et les bénéfices d'un arrêt ; -évaluer sa confiance dans sa capacité à arrêter le tabac (sentiment d'efficacité personnelle).	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Conseiller au patient de fixer une date d'arrêt. Cela augmente l'efficacité du projet thérapeutique.	Inclusion		20

			Élaborer un plan de changement : définir les objectifs d'éducation thérapeutique du patient. Informer le patient sur les différents traitements disponibles, le sevrage, etc.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
		Au stade de l'action	Mettre en place une prise en charge adaptée, dans le cadre d'une décision partagée.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
		Au stade du maintien de la liberté	Aider à maintenir l'abstinence et prévenir la rechute.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Aider à gérer les symptômes de sevrage.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
		En cas de faux pas ou de rechute	Aider à gérer la rechute.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
		Place de l'éducation thérapeutique	L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge de l'arrêt du tabagisme.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
		Intérêt de la mesure des marqueurs biologiques (nicotine et cotinine, monoxyde de carbone [CO] expiré)	La mesure du CO expiré peut être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation dans le respect de l'alliance thérapeutique, notamment chez les femmes enceintes.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
	5.5 Modalités du suivi		Il est recommandé un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants	Inclusion		21

			Des consultations par téléphone peuvent être nécessaires entre les consultations des premières semaines. Il est recommandé de signaler sa disponibilité au patient en cas de besoin aussi bien pendant la période de sevrage qu'au-delà, pour prévenir les risques de rechute.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Il est recommandé de distinguer un faux pas (consommation ponctuelle) d'une rechute (consommation prolongée). Il est recommandé d'envisager la possibilité de faux pas et de rechute afin de la dédramatiser et de la considérer comme une étape éventuelle vers la réussite. Il est recommandé d'aider le patient à anticiper les risques de rechute en repérant : -toute pensée pouvant conduire à la prise d'une cigarette, à faire noter par le patient pour l'identifier, l'explorer et l'exploiter de manière positive ; -les situations incitant habituellement le patient à fumer.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			En cas de faux pas ou de rechute, la méthode suivante est recommandée [...]	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Faire appel à un confrère ou à un spécialiste : -Quand on ne se sent pas ou plus compétent, notamment dans les cas suivants : échecs répétés ; nécessité d'un accompagnement psychothérapeutique spécifique ; poly-addictions ; comorbidités psychiatriques. -À la demande du patient.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Il est recommandé d'anticiper la survenue possible de symptômes de sevrage et d'en informer le patient afin d'améliorer l'alliance thérapeutique. Il est recommandé de surveiller l'apparition des symptômes de sevrage et de leurs conséquences pour adapter la prise en charge. Il est recommandé de favoriser le soutien psychologique pour prendre en charge les troubles liés au sevrage. Il est recommandé d'orienter le patient vers un spécialiste des TCC si besoin.	Exclusion	Faible niveau de preuve	

			En cas de symptômes de sevrage persistants, il est recommandé d'augmenter la dose de TNS	Exclusion	Intervention médicamenteuse exclusive	
			Il est recommandé de surveiller l'évolution du poids au cours du sevrage. Pour éviter ou limiter la prise de poids, il est recommandé de conseiller au patient des méthodes et thérapies non médicamenteuses : diététique, activité physique, aide psychologique spécifique.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
			Il peut être approprié, en plus des méthodes et thérapies non médicamenteuses, de prescrire un TNS qui peut aider à limiter la prise de poids.	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			Il est recommandé d'être attentif à une éventuelle majoration des consommations d'alcool, de cannabis, ou d'autres substances psychotropes. En cas de majoration des consommations, il est recommandé d'explorer un état anxieux ou dépressif sous-jacent ainsi que l'existence d'une co-addiction, et de le/les prendre en charge le cas échéant, selon les modalités spécifiques à chaque affection.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
6 Intérêt et place de la réduction accompagnée de la consommation du tabac			La stratégie de réduction de la consommation peut être utile chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter. Elle peut être considérée comme une étape possible vers l'objectif principal qui est l'arrêt du tabagisme. Cette stratégie doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé.	Inclusion		22
			Il est recommandé de valoriser la démarche personnelle du patient dans sa tentative de diminution des risques liés au tabac. Les TNS peuvent être utilisés comme un substitut partiel ou total du tabac, à court ou à long terme.	Exclusion	Faible niveau de preuve	

			<p>Les professionnels doivent informer les fumeurs du fait que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Les TNS aident à réduire la consommation de tabac et peuvent réduire les risques liés à l'usage du tabac pour le fumeur et son entourage ;</li> <li>-L'utilisation des TNS aide à éviter le phénomène de compensation et augmente les chances d'arrêt à long terme ;</li> <li>-L'utilisation des TNS sur une longue période (5 ans) a montré leur innocuité à long terme (jusqu'à 7,5 ans) ;</li> <li>-Il est toujours préférable d'utiliser des TNS afin de réduire son niveau de consommation plutôt que de continuer à fumer les mêmes quantités ;</li> <li>-Bien que les formes à demi-vie courte permettent une meilleure titration du taux de nicotine plasmatique, toutes les formes de TNS peuvent être utilisées pour la réduction de la consommation. Leur association est même recommandée</li> <li>-Si l'arrêt ne peut pas être obtenu, la réduction de la consommation par l'utilisation de TNS peut être maintenue aussi longtemps que nécessaire.</li> </ul>	Exclusion	Intervention médicamenteuse	
			<p>Il est important de s'assurer que les patients savent adapter le dosage des TNS afin de contrôler le craving, diminuer les phénomènes de compensation, pour atteindre leur objectif de diminution et d'arrêt du tabac.</p>	Exclusion	Faible niveau de preuve	
7 Comment accompagner un arrêt temporaire de la consommation (réduction des risques et contrainte d'abstinence) ?			<p>Il est recommandé de proposer un accompagnement personnalisé aux personnes qui veulent (ou ont besoin de) s'abstenir de fumer temporairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En informant sur les différents types de TNS et la façon de les utiliser, et en les prescrivant quand cela est possible ;</li> <li>-En proposant un soutien psychologique en face à face ou en groupe par des services spécialisés ;</li> <li>-En discutant de l'importance de la réduction des risques liés au tabac ;</li> <li>-En les encourageant à envisager d'autres situations pendant lesquelles elles pourraient expérimenter l'abstinence de la façon la moins douloureuse</li> </ul>	Exclusion	Faible niveau de preuve	

			possible. Il est recommandé de proposer des rendez-vous de suivi.			
8 Quelles spécificités en cas de situations particulières ?	8.1 Femmes enceintes / désir d'enfant		Il est recommandé que tous les intervenants de santé, les hommes et les femmes ayant un projet de conception, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac sur la fertilité. Il est recommandé de profiter de ce projet pour repérer spécifiquement le tabagisme et conseiller l'arrêt.	Exclusion	Population exclue	
			Il est recommandé d'interroger la femme sur le tabagisme de son entourage (familial, professionnel, etc.). Il est recommandé de fournir, sans culpabiliser les patients : -des outils d'éducation spécifiques à la grossesse sur les risques du tabagisme de la mère pour sa santé et celle de l'enfant, et sur les bénéfices de l'arrêt ; -des informations sur les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant. Les informations devraient être disponibles sous différentes formes (affichage en salle d'attente, brochures, etc.).	Exclusion	Population exclue	
			Il est recommandé que tous les intervenants de santé, ainsi que les futurs parents, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac pour l'enfant à naître.	Exclusion	Population exclue	
			Il est recommandé de poser d'abord la question de son statut tabagique antérieur à la grossesse, puis d'évaluer le tabagisme de l'entourage, avant de l'interroger sur son éventuel tabagisme actuel.	Exclusion	Population exclue	

			<p>Arrêter le tabagisme à n'importe quel moment de la grossesse conduit à des bénéfices pour la mère et l'enfant, d'autant plus importants que l'abstinence est précoce. Les interventions d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse réduisent la proportion de femmes qui continuent à fumer en fin de grossesse et réduisent les petits poids de naissance et les naissances avant terme.</p>	Exclusion	Population exclue	
			<p>Il est recommandé que l'entretien dépasse le conseil bref d'arrêt du tabac, sans culpabiliser la patiente.</p>	Exclusion	Population exclue	
			<p>Il est recommandé de s'assurer que la patiente connaît et comprend les bénéfices importants de l'arrêt du tabagisme pour sa santé et celle de son nouveau-né.</p>	Exclusion	Population exclue	
			<p>Il est recommandé de proposer des interventions soutenues d'aide au sevrage aux femmes fumeuses à la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse.</p>	Exclusion	Population exclue	
			<p>Si une grossesse survient avant l'arrêt du tabagisme, il est recommandé d'encourager les femmes à arrêter de fumer le plus rapidement possible. Il est recommandé que les médecins fournissent un accompagnement psychologique aux patientes ou les orientent au besoin vers un accompagnement plus structuré, afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt.</p>	Exclusion	Population exclue	
			<p>Les femmes doivent être informées que l'utilisation médicalisée des traitements nicotiques de substitution durant la grossesse est moins nocive que de continuer à fumer.</p>	Exclusion	Population exclue	

		<p>La réduction de consommation est habituellement spontanée chez la femme enceinte. Elle peut s'accompagner de phénomènes compensatoires (absorption plus grande de la fumée) conduisant à une toxicité équivalente. Cette réduction doit donc être accompagnée pour être renforcée avec un objectif de sevrage. Si le tabagisme persiste, il est recommandé d'envisager l'utilisation de TNS à dose efficace.</p>	Exclusion	Population exclue	
		<p>La varénicline et le bupropion ne sont pas recommandés chez les femmes enceintes.</p>	Exclusion	Population exclue	
		<p>Il est recommandé d'informer la patiente que l'utilisation des TNS aide à éviter le phénomène de compensation et augmente les chances d'arrêt. Il est recommandé d'informer la patiente que l'utilisation des TNS n'exige pas un sevrage total (réduction des risques).</p>	Exclusion	Population exclue	
		<p>Il est recommandé d'informer la patiente que toute forme de TNS peut être utilisée chez la femme enceinte.</p>	Exclusion	Population exclue	
	8.2 Post-partum	<p>Chez les femmes qui ont réussi le sevrage avant ou pendant la grossesse, il est recommandé d'anticiper le risque de rechute après la naissance de l'enfant, aux différentes périodes critiques (à la sortie de la maternité, après l'allaitement, à la fin du congé maternité, etc.). Il est recommandé d'anticiper la sortie de la maternité en construisant un projet de prise en charge spécifique d'arrêt du tabagisme, de façon à prévenir les rechutes. Il est recommandé de fournir des documents d'information aux femmes sevrées sur les aides à la prévention de la rechute.</p>	Exclusion	Population exclue	
	8.3 Allaitement	<p>La priorité des professionnels de santé doit être de proposer une aide au sevrage tabagique.</p>	Exclusion	Population exclue	

			Les TNS peuvent être utilisés par les femmes qui allaitent.	Exclusion	Population exclue	
			La varénicline et le bupropion ne sont pas recommandés chez les femmes qui allaitent.	Exclusion	Population exclue	
			Rappeler qu'il est recommandé de ne pas fumer pendant l'allaitement, mais si la mère est fumeuse, il est néanmoins recommandé d'allaiter dans l'intérêt de l'enfant. Dans ce cas, il est recommandé de proposer aux mères de prolonger au maximum la durée d'allaitement maternel (afin de contrebalancer les effets néfastes du tabagisme maternel sur la survenue de pathologies infantiles).	Exclusion	Population exclue	
			Dans ce cas, il faut recommander de fumer après la tétée, plutôt qu'avant.	Exclusion	Population exclue	
	8.4	Maladie cardio-vasculaire	Diabète, dyslipidémie, HTA, hérédité cardio-vasculaire, traitements hormonaux chez la femme : ces patients présentent un risque majoré de complications liées au tabac.	Exclusion	Prévention secondaire	
			Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.	Exclusion	Population exclue	
		Patients présentant des antécédents de maladie cardio-vasculaire	L'arrêt du tabagisme après une maladie cardiaque grave pourrait diminuer d'un tiers le risque de décès.	Exclusion	Population exclue	
			Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de maladie cardio-vasculaire.	Exclusion	Population exclue	
			Les substituts nicotiques sont recommandés chez les patients coronariens fumeurs. Ils sont bien tolérés chez ces patients et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme.	Exclusion	Population exclue	
	8.5	Bronchites chroniques pulmonaires	Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés dès le diagnostic de BPCO.	Exclusion	Population exclue	

	obstruc-tives (BPCO)					
	8.6 Autres troubles respiratoires		Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.	Exclusion	Population exclue	
	8.7 Antécédent de cancer		Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer aux patients atteints d'un cancer et de leur proposer une prise en charge renforcée dès que le diagnostic de cancer est posé.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
	8.8 Diabète		Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.	Exclusion	Prévention secondaire	
	8.9 Contraception hormonale		Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
	8.10 Comorbidité psychiatrique et co-addiction		Il est recommandé de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique.	Exclusion	Population exclue	
			Il est recommandé de rappeler au patient que les troubles anxieux peuvent être améliorés par l'arrêt du tabagisme.	Exclusion	Population exclue	
			Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont les plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac.	Exclusion	Population exclue	
			En cas d'apparition ou d'aggravation de troubles dépressifs, il est recommandé de mettre en place une prise en charge spécifique de la dépression. En cas d'antécédents dépressifs, il est recommandé, lors du sevrage tabagique, d'être vigilant quant au risque de rechute de la dépression.	Exclusion	Population exclue	

			<p>En ambulatoire : Pour les patients présentant des troubles psychiatriques sévères, il convient d'envisager le sevrage tabagique lorsque l'état psychique du patient lui permet de gérer lui-même son traitement. Il est recommandé d'être attentif aux co-addictions, aux variations de l'humeur et à l'adaptation du traitement psychotrope. En cas de trouble psychiatrique sévère, les doses de TNS nécessaires sont fréquemment plus élevées qu'en population générale.</p>	Exclusion	Population exclue	
			<p>Hospitalisation : Il convient d'envisager un traitement de substitution en accord avec l'équipe psychiatrique.</p>	Exclusion	Population exclue	
			<p>Le médecin généraliste est en première ligne de la prise en charge des différentes addictions. La prise en charge doit s'intéresser à la consommation des autres substances en veillant au risque de déplacement ou de remplacement de la consommation (ex. : augmentation de la consommation d'alcool ou de cannabis à l'arrêt du tabac). Il est recommandé de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées. Il est recommandé de ne jamais refuser a priori la prise en charge de l'usage problématique d'une seule substance psychoactive si, malgré les efforts d'information, la personne le demande. En cas de besoin, le patient pourra être dirigé vers un spécialiste des addictions, un professionnel d'un réseau ou d'une équipe spécialisée.</p>	Exclusion	Population exclue	

	8.11 Séropositivité pour le VIH		Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés. Chez un patient séropositif pour le VIH fumeur, il est recommandé de pratiquer des bilans cardiovasculaires réguliers, d'évaluer systématiquement le tabagisme et d'impliquer tous les intervenants dans l'aide à la motivation à l'arrêt. Le volet nutritionnel et diététique doit être pris en compte, la prise en charge du sevrage tabagique pouvant devenir l'occasion de rétablir une bonne hygiène alimentaire, en limitant les apports trop importants en graisses mono-insaturées, en raison du risque d'hypercholestérolémie favorisé par les antiprotéases.	Exclusion	Population exclue	
	8.12 Péri-opératoire		Le dépistage du tabagisme doit être systématique avant toute intervention chirurgicale.	Exclusion	Population exclue	
			La consultation péri-opératoire peut être l'occasion d'une information spécifique sur les risques supplémentaires liés au tabac.	Exclusion	Population exclue	
			Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur devant subir une intervention chirurgicale, et de lui proposer une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique.	Exclusion	Population exclue	
			Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac, ou une diminution de la consommation de tabac avec des substituts nicotiniques, au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.	Exclusion	Population exclue	
			Le courrier d'information remis au patient à destination de son médecin généraliste doit mentionner le statut tabagique. Il est recommandé d'impliquer les médecins généralistes par l'envoi d'un courrier (rappel des conséquences du tabagisme péri-opératoire) lors de la prise de rendez-vous pour une opération.	Exclusion	Population exclue	

8.13 Patients hospitalisés	Le dépistage du tabagisme doit être systématique en milieu hospitalier. Il est recommandé d'évaluer le statut tabagique à l'admission et de le documenter à l'aide d'un item dédié dans le dossier du patient.	Exclusion	Population exclue
	L'expérience d'arrêt temporaire en cours d'hospitalisation peut constituer un premier pas vers un sevrage ou une prise en charge spécifique. Pour les patients atteints de cancer, les périodes d'hospitalisation ainsi que l'annonce du diagnostic constituent des moments propices au renforcement de la motivation du patient. Le maintien de l'abstinence tabagique des patients atteints de cancer peut être difficile à obtenir sur le long terme, et nécessite des interventions régulières de prévention de la rechute.	Exclusion	Population exclue
	Pour chaque fumeur hospitalisé, il est recommandé d'indiquer le statut tabagique sur la liste des troubles à l'admission et comme diagnostic associé dans la conclusion du courrier de sortie. Les TNS doivent être disponibles en milieu hospitalier et dispensés au même titre que les autres médicaments.	Exclusion	Population exclue
	Chez un fumeur qui se retrouve en situation d'arrêt temporaire contraint à l'occasion d'une hospitalisation, un traitement du syndrome de sevrage doit pouvoir être proposé à l'aide de TNS à posologie suffisante. Chaque établissement hospitalier devrait intégrer un personnel de santé formé pour fournir des conseils, un accompagnement adapté et une thérapie pharmacologique appropriée, afin d'aider les fumeurs à traiter les symptômes de sevrage et à maintenir leur abstinence après leur sortie. Il est recommandé d'organiser le suivi post-hospitalisation du fumeur sevré : des contacts avec le médecin traitant devraient être organisés pendant au moins un mois après la sortie d'hôpital, en s'assurant de son	Exclusion	Population exclue

			implication dans cette prise en charge.			
	8.14 Adolescence		<p>En consultation médicale, il est recommandé de poser la question du tabagisme, comme chez l'adulte, dès l'entrée dans l'adolescence. En milieu scolaire, il est recommandé d'aborder la question du tabagisme avec les parents et/ou les enfants lors des bilans systématiques, en grandes sections maternelles et en CM2.</p> <p>-En grandes sections maternelles : aborder avec les parents la question de la consommation du tabac ; dépister un éventuel tabagisme des parents et informer sur les risques du tabagisme passif. Délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide.</p> <p>-En CM2 : dépister un éventuel tabagisme de l'élève ou de son entourage ; informer sur les risques du tabagisme passif, conseiller de ne pas commencer ou délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide si besoin.</p> <p>Aux autres niveaux scolaires : profiter d'un passage à l'infirmerie ou d'un dépistage infirmier pour poser la question de la consommation du tabac ; conseiller de ne pas commencer, informer sur le risque de dépendance comme étant une perte de liberté, délivrer le conseil d'arrêt le cas échéant et orienter vers le médecin traitant ou une autre structure d'aide, si besoin. Il est recommandé d'évoquer les</p>	Exclusion	Population exclue	

		<p>autres formes d'utilisation du tabac (associé au cannabis, chicha, snus, etc.).</p> <p>La consultation pour certificat de non contre-indication à la pratique sportive est l'occasion de dépister un éventuel tabagisme et de rappeler les risques.</p>			
		<p>Il est recommandé que les médecins fournissent un accompagnement psychologique aux adolescents fumeurs ou les orientent au besoin pour obtenir un accompagnement plus structuré, afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt. Des programmes d'aide à l'arrêt du tabac spécifiquement destinés aux adolescents devraient être mis en place.</p>	Exclusion	Population exclue	
		<p>Les TNS peuvent être utilisés dès l'âge de 15 ans. La varécline et le bupropion ne sont pas recommandés chez les personnes de moins de 18 ans.</p>	Exclusion	Population exclue	
8.15 Sportifs		<p>Il est recommandé que les intervenants de santé informent leurs patients sportifs du fait que les risques liés au tabac, en particulier les risques cardio-vasculaires, ne</p>	Exclusion	Faible niveau de preuve	

			sont pas atténués par la pratique sportive.			
	8.16 Travailleurs exposés à d'autres cancérogènes et poussières toxiques		Il faut considérer que le risque pour la santé lié au tabac est majoré chez les patients exposés (ou l'ayant été) à d'autres cancérogènes ou poussières toxiques.	Exclusion	Population exclue	
			Il est recommandé de renseigner la profession du patient (actuelle et passée en cas de changement d'activité ou de retraite) lors de la première consultation, afin de repérer les expositions professionnelles éventuelles. Ces patients nécessitent un conseil et une prise en charge renforcés. Il est recommandé d'explorer les connaissances du patient sur cette majoration du risque.	Exclusion	Population exclue	
9 Rôle du pharmacien d'officine			Il est recommandé que le pharmacien conseille à ces fumeurs d'entrer dans une démarche de prise en charge structurée. Le pharmacien peut, par exemple, proposer à ces fumeurs de mettre en place un protocole de coopération.	Exclusion	Faible niveau de preuve	
10 Prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique			La couverture complète de la prise en charge de l'arrêt du tabagisme est recommandée pour tous les fumeurs. Le remboursement des traitements d'aide au sevrage tabagique doit concerner : - Les thérapeutiques non médicamenteuses et médicamenteuses recommandées ; - Celles qui font l'objet d'une prescription par un professionnel de santé dans le cadre d'un suivi.	Inclusion		23
			Il est recommandé que les consultations longues dédiées au sevrage tabagique soient identifiées et que leur prise en charge soit valorisée financièrement.	Exclusion	Faible niveau de preuve	

<p>11 Formation des professionnels de santé pour l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac</p>			<p>Il est recommandé que soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tous les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes ;</li> <li>-Tous les professionnels qui prennent en charge les femmes enceintes.</li> </ul> <p>Le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac doivent être intégrés dans la formation initiale de tous les professionnels de santé. Il est recommandé d'intégrer le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac dans les programmes de développement professionnel continu.</p> <p>Il serait souhaitable que les professionnels soient sensibilisés à l'utilisation de l'entretien motivationnel.</p> <p>La formation pour l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac doit avoir pour objectif de développer l'accompagnement psychologique du patient.</p> <p>Il est recommandé de réaliser des actions de formation sur les poly-consommations pour les différents professionnels, et particulièrement vis-à-vis des associations les plus fréquentes (tabac-alcool, tabac-cannabis, tabac-alcool-cannabis). Les intervenants hospitaliers doivent en plus être formés au dépistage systématique.</p>	<p>Inclusion</p>		<p>24</p>
---	--	--	---	------------------	--	-----------

<p>12 Perspectives</p>			<p>La réalisation d'essais thérapeutiques de sevrage tabagique est nécessaire pour évaluer les traitements médicamenteux chez les jeunes fumeurs. Il est recommandé d'initier des études bien conduites et adaptées à la population des adolescents fumeurs en France. La réalisation d'essais thérapeutiques de sevrage tabagique est nécessaire pour évaluer les traitements médicamenteux chez les femmes enceintes quel que soit leur niveau de consommation. Il est recommandé d'initier des études bien conduites et adaptées à cette population en France. Une réévaluation du rapport bénéfice/risque de la varéclique et du bupropion prenant en compte les alternatives thérapeutiques, notamment les TNS, est souhaitable. Il est recommandé de mettre en place des études cliniques et des études observationnelles de santé publique sur les effets des cigarettes électroniques, notamment pour étudier les points suivants [...] Il est recommandé de surveiller de la même façon les nouvelles formes de tabac ou de nicotine qui pourraient apparaître sur le marché, qu'il s'agisse de médicaments ou de produits de consommation.</p>	<p>Exclusion</p>	<p>Faible niveau de preuve</p>	
----------------------------	--	--	--	------------------	--------------------------------	--

Annexe 2 : CMAJ, prevention of weight gain : recommandations incluses et exclues.

Recommandations	Inclusion ou Exclusion	Motif d'exclusion	Numéro
<p><b>Measurement of BMI</b> We recommend measuring height, weight and calculating BMI at appropriate primary care visits.</p>	Exclusion	Recommandations sur le dépistage	
<p><b>Interventions</b> We recommend that practitioners not offer formal, structured intervention aimed at preventing weight gain in normal-weight adults. Adults who are overweight or obese may be candidates for weight-loss treatment.</p>	Exclusion	Recommandation de grade "weak, very low-quality evidence"	
<p><b>Adults at high risk of diabetes</b> For adults who are obese (BMI 30–39.9) and are at high risk of type 2 diabetes, we recommend that practitioners offer or refer to structured behavioral interventions aimed at weight loss. Structured interventions are intensive behavioral modification programs involving several sessions over weeks to months. Recommended interventions include behaviorally based interventions focused on diet, exercise or lifestyle changes, alone or in combination. Lifestyle changes include counselling, education or support, and/or environmental changes in addition to changes in exercise and/or diet.</p>	Inclusion		1
<p><b>Behavioral interventions</b> For adults who are overweight or obese, we recommend that practitioners offer or refer to structured behavioral interventions aimed at weight loss.</p>	Inclusion par défaut :	recommandation de grade "weak, moderate-quality evidence"	2
<p><b>Pharmacologic interventions</b> For adults who are overweight or obese, we recommend that practitioners not routinely offer pharmacologic interventions (orlistat or metformin) aimed at weight loss.</p>	Exclusion	Interventions pharmacologiques	

Annexe 3 : HAS, arrêt de la consommation de tabac : références incluses et exclues.

Rang d'inclusion	Références	Inclusion/Exclusion	Motif d'exclusion
1	88. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2006; Issue 1	Inclusion	
	89. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2004; Issue 1	Inclusion	
2	Idem n°1		
3	Idem n°1		
4	123. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Tools for assessing tobacco dependence: clinical effectiveness and guidelines 2010.	Exclusion	Recommandations
5	135. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2008; Issue 2(CD000165).	Inclusion	
6	139. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tob Control 1995;4:162-9	Inclusion	
	140. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; Issue 5:CD000165.	Inclusion	
	141. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2010; Issue 3(CD005231).	Inclusion	
	142. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Risks associated with smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. Washington: NIH; 2001	Exclusion	Etude observationnelle
	143. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rege WM, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2009; Issue 2(CD004705)	Inclusion	
	144. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Annoncer aux patients l'âge de leurs poumons : efficacité sur le taux de sevrage tabagique. Étude randomisée contrôlée Step2quit. Exercer 2008;19(83):120-1	Inclusion	
	145. Ojedokun J, Keane S, O'Connor K. Efficacité sur l'arrêt du tabac de l'annonce de l'âge pulmonaire pendant la consultation. Exercer 2013;24(106 Suppl 2):42S-3S.	Inclusion	

7	62. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Grossesse et tabac. Conférence de consensus, 7 et 8 octobre 2004. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.	Exclusion	Pas d'étude
	148. Légeron P, Azoulaï G, Lagrue G, Pelissolo S, Humbert R, Renon D, et al. La motivation du fumeur à l'arrêt du tabac : bases conceptuelles et principes permettant l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation. J Théor Comportement Cogn 2001;11(2):53-61.	Exclusion	Pas d'étude
	149. Girardot L, Boumedien D, Magar Y, Abdenni K. Aide au sevrage tabagique en médecine générale. Concours Méd 2012;107-10.	Inclusion	
8	195. Aubin HJ. Modèles cognitivocomportementaux des addictions. In: Traité d'addictologie. Paris: Flammarion; 2006. p. 74-80.	Exclusion	Pas d'étude
	196. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 2.	Inclusion	
	197. Park EW, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2012; Issue 7(CD002928).	Inclusion	
	198. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2005; Issue 2(CD001292).	Inclusion	
	199. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2009; Issue 1(CD001188).	Inclusion	
9	Idem n°8		
10	190. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation. Paris: Inter Editions; 2009.	Exclusion	Pas d'étude
	191. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. Behav Cogn Psychother 2009;37(2):129-40.	Exclusion	Pas d'étude
	192. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2010; Issue 1(CD006936).	Inclusion	
11	193. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2005; Issue 3(CD001118).	Inclusion	
	194. Naughton F, Prevost AT, Sutton S. Self-help smoking cessation interventions in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2008;103(4):566-79.	Inclusion	

	206. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2006;Issue 3(CD002850).	Inclusion	
	207. Ferguson J, Docherty G, Bauld L, Lewis S, Lorgelly P, Boyd KA, et al. Effect of offering different levels of support and free nicotine replacement therapy via an English national telephone quitline: randomised controlled trial. BMJ 2012;344:e1696.	Inclusion	
	208. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2012;Issue 4(CD006611)	Inclusion	
	209. Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2013;Issue 7(CD007078).	Inclusion	
12	idem n°10		
13	idem n°8		
14	idem n°11		
15	idem n°11		
16	62. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Grossesse et tabac. Conférence de consensus, 7 et 8 octobre 2004. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.	Exclusion	Recommandations
	90. National Institute for Health and Clinical Excellence. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London: NHS; 2006	Exclusion	Recommandations
	91. National Institute for Health and Clinical Excellence. smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: NHS; 2008	Exclusion	Recommandations
	92. Ministry of Health. Smoking cessation guidelines. New Zealand. Wellington: MH; 2007.	Exclusion	Recommandations
	94. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Toronto: RNAO; 2007.	Exclusion	Pas d'étude
	95. US Preventive Services Task Force, Lin KW, Tarantino DA. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: reaffirmation recommendation statement. Am Fam Physician 2010;82(10):1266.	Exclusion	Recommandations

	96. Royal Australian College of General Practitioners, Zwar,N, Richmond,R, Borland,R, Peters,M. Smoking cessation pharmacotherapy:an update for health professionals. Melbourne: RACGP; 2007.	Exclusion	Recommandations
	109. National Institute for Health and Clinical Excellence. How to Stop Smoking in pregnancy and following childbirth. London: NHS; 2010.	Exclusion	Recommandations
	146. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Van den Bruel,A, Cleemput,I, Schoefs,D,Ramaekers,D, Bonneux,L. Efficacité et rentabilité des thérapies du sevrage tabagique. Bruxelles: KCE; 2004.	Exclusion	Recommandations
	161. Haute Autorité de Santé. Champix (varénicline) Intérêt clinique en seconde intention dans le sevrage tabagique après échec des traitements nicotiniques de substitution. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009	Exclusion	Recommandations
	189. National Institute for health and Clinical Excellence. Varenicline for smoking cessation.London: NHS; 2011.	Exclusion	Recommandations
	210. National Institute for health and Clinical Excellence. School-based interventions to prevent the uptake of smoking among children and young people. London: NHS; 2010.	Exclusion	Recommandations
	232. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac: une revue des revues de littérature. Questions d'économie de la santé 2012;182.	Inclusion	
17	idem n°16		
18	idem n°16		
19	idem n°16		
20	idem n°16		
21	234. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Follow up for smoking cessation interventions: clinical evidence and guidelines 2011.	Exclusion	Recommandations
	235. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2009;Issue 1(CD003999).	Inclusion	
22	141. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. The Cochrane Databases of Systematics Reviews 2010;Issue 3(CD005231).	Exclusion	Double
	239. National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: harm-reduction approaches to smoking. NICE public health guidance 45.London: NICE;	Exclusion	Recommandations
	241. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to Stop Smoking: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009;338:b1024.	Inclusion	

	242. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; Issue 11(CD008033)	Inclusion	
23	75. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. Evaluation des programmes et politiques de santé publique.	Exclusion	Recommandations
	320. Ladapo JA, Jaffer FA, Weinstein MC, Froelicher ES. Projected cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients hospitalized with myocardial infarction. Arch Intern Med 2011;171(1):39-45.	Exclusion	Prévention Secondaire
	321. Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. Tob Control 2012.	Exclusion	Etude observationnelle
	322. Marti J. Assessing preferences for improved smoking cessation medications: a discrete choice experiment. Eur J Health Econ 2012;13(5):533-48.	Exclusion	Etude observationnelle
24	232. Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac: une revue des revues de littérature. Questions d'économie de la santé 2012;182.	Exclusion	Double
	323. Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJ, et al. Training health professionals in smoking cessation. The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2012; Issue 5(CD000214)	Inclusion	
	324. Shershneva MB, Larrison C, Robertson S, Speight M. Evaluation of a collaborative program on smoking cessation: translating outcomes framework into practice. J Contin Educ Health Prof 2011;31(Suppl 1):S28-S36	Inclusion	

Annexe 4 : CMAJ, prevention of weight gain : références incluses et exclues.

Recommandations	1 <sup>ière</sup> Référence	Dérivés de la 1 <sup>ière</sup> référence	Inclusion ou exclusion	Motif d'exclusion
<p><b>Adults at high risk of diabetes</b> For adults who are obese (BMI 30–39.9) and are at high risk of type 2 diabetes, we recommend that practitioners offer or refer to structured behavioural interventions aimed at weight loss. Structured interventions are intensive behavioural modification programs involving several sessions over weeks to months. Recommended interventions include behaviourally based interventions focused on diet, exercise or lifestyle changes, alone or in combination. Lifestyle changes include counselling, education or support, and/or environmental changes in addition to changes in exercise and/or diet.</p>	<p>37 Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. <i>Lancet</i> 2009;374:1677-86.</p>		Exclusion	Intervention médicamenteuse
<p><b>Behavioural interventions</b> For adults who are overweight or obese, we recommend that practitioners offer or refer to structured behavioural interventions aimed at weight loss.</p>	<p>22 Peirson L, Douketis J, Ciliska D, et al. Treatment for overweight and obesity in adult populations: a systematic review and meta-analysis. <i>CMAJ Open</i> 2014;2:E306–17</p>	<p>Felix HC, West DS. Effectiveness of weight loss interventions for obese older adults. <i>Am J Health Promot</i> 2013;27 : 191-9</p> <p>Aucott L, Gray D, Rothnie H, et al. Effects of lifestyle interventions and long-term weight loss on lipid outcomes - a systematic review. <i>Obes Rev</i> 2011;12:e412-25</p> <p>Santos FL, Esteves SS, da Costa PA, et al. Systematic review and meta-analysis of clinical trials of the effects of low carbohydrate diets on cardiovascular risk factors. <i>Obes Rev</i> 2012;13:1048-66</p> <p>Kelley GA, Kelley KS, Roberts S, et al. Combined effects of aerobic exercise and diet on lipids and lipoproteins in overweight and obese adults: a meta-</p>	<p>Inclusion</p> <p>Inclusion</p> <p>Inclusion</p> <p>Inclusion</p>	

		analysis. J Obes 2012;2012: 985902	
		LeBlanc, E, O'Connor, E, Whitlock, EP, et al. Screening for and management of obesity and overweight in adults. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. Report no.:11-05159-EF-1	Inclusion
		DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. Control Clin Trials 1986;7:177-88	Inclusion
		Dekkers JC, van Wier MF, Ariëns GA, et al. Comparative effectiveness of lifestyle interventions on cardiovascular risk factors among a Dutch overweight working population: a randomized controlled trial. BMC Public Health 2011;11:49	Inclusion
		Patrick K, Calfas KJ, Norman GJ, et al. Outcomes of a 12-month web-based intervention for overweight and obese men. Ann Behav Med 2011;42:391-401	Inclusion
		Appel LJ, Clark JM, Yeh HC, et al. Comparative effectiveness of weight-loss interventions in clinical practice. N Engl J Med 2011;365:1959-68	Inclusion
		Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, et al. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. N Engl J Med 2011;365:1969-79	Inclusion
		ter Bogt NC, Milder IE, Bemelmans WJ, et al. Changes in lifestyle habits after counselling by nurse practitioners: 1-year results of the Groningen Overweight and Lifestyle	Inclusion

		study. Public Health Nutr 2011;14:995-1000.		
		Andrews RC, Cooper AR, Montgomery AA, et al. Diet or diet plus physical activity versus usual care in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: the Early ACTID randomised controlled trial. Lancet 2011;378:129-39	Inclusion	
		Kirby ML, Beatty S, Stack J, et al. Changes in macular pigment optical density and serum concentrations of lutein and zeaxanthin in response to weight loss. Br J Nutr 2011;105:1036-46	Inclusion	
		Tsai AG, Wadden TA, Rogers MA, et al. A primary care intervention for weight loss: results of a randomized controlled pilot study. Obesity (Silver Spring) 2010;18:1614-8	Inclusion	
		Balducci S, Zanuso S, Nicolucci A, et al. Anti-inflammatory effect of exercise training in subjects with type 2 diabetes and the metabolic syndrome is dependent on exercise modalities and independent of weight loss. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2010;20:608-17	Exclusion	Prévention secondaire
		Vissers D, Verrijken A, Mertens I, et al. Effect of long-term whole body vibration training on visceral adipose tissue: a preliminary report. Obes Facts 2010;3:93-100	Inclusion	
		Bennett GG, Warner ET, Glasgow RE, et al. Obesity treatment for socioeconomically disadvantaged patients in primary care practice. Arch	Inclusion	

		Intern Med 2012;172:565-74		
		Ross R, Lam M, Blair SN, et al. Trial of prevention and reduction of obesity through active living in clinical settings: a randomized controlled trial. Arch Intern Med 2012;172:414-24	Exclusion	Intervention en milieu clinique
		Donner TW, Magder LS, Zarbalian K. Dietary supplementation with d-tagatose in subjects with type 2 diabetes leads to weight loss and raises high-density lipoprotein cholesterol. Nutr Res 2010;30:801-6.	Exclusion	Prévention secondaire
		Janney CA, Jakicic JM. The influence of exercise and BMI on injuries and illnesses in overweight and obese individuals: a randomized control trial. Int J Behav Nutr Phys Act 2010;7:1.	Inclusion	
		Lim SS, Noakes M, Keogh JB, et al. Long-term effects of a low carbohydrate, low fat or high unsaturated fat diet compared to a no-intervention control. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2010;20:599-607.	Inclusion	
		Anderssen S, Holme I, Urdal P, et al. Diet and exercise intervention have favourable effects on blood pressure in mild hypertensives: the Oslo Diet and Exercise Study (ODES). Blood Press 1995;4:343-9.	Inclusion	
		Christian JG, Bessesen DH, Byers TE, et al. Clinic-based support to help overweight patients with type 2 diabetes increase physical activity and lose weight. Arch Intern Med 2008;168:141-6.	Exclusion	Prévention secondaire

		Burke V, Beilin LJ, Cutt HE, et al. Effects of a lifestyle programme on ambulatory blood pressure and drug dosage in treated hypertensive patients: a randomized controlled trial. J Hypertens 2005;23:1241-9.	Inclusion	
		Cohen MD, D'Amico FJ, Merenstein JH. Weight reduction in obese hypertensive patients. Fam Med 1991;23:25-8	Inclusion	
		Haapala I, Barengo NC, Biggs S, et al. Weight loss by mobile phone: a 1-year effectiveness study. Public Health Nutr 2009;12:2382-91	Inclusion	
		Kulzer B, Hermanns N, Gorges D, et al. Prevention of diabetes self-management program (PREDIAS): effects on weight, metabolic risk factors, and behavioral outcomes. Diabetes Care 2009;32:1143-6.	Inclusion	
		Langford HG, Blaufox MD, Oberman A, et al. Dietary therapy slows the return of hypertension after stopping prolonged medication. JAMA 1985;253:657-64	Inclusion	
		Martin PD, Dutton GR, Rhode PC, et al. Weight loss maintenance following a primary care intervention for low-income minority women. Obesity (Silver Spring) 2008;16:2462-7	Inclusion	
		Stevens VJ, Corrigan SA, Obarzanek E, et al. Weight loss intervention in phase 1 of the Trials of Hypertension Prevention. The TOHP Collaborative Research Group. Arch Intern Med 1993;153:849-58.	Inclusion	

		Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. <i>Ann Intern Med</i> 2001;134:1-11	Inclusion	
		Wood PD, Stefanick ML, Dreon DM, et al. Changes in plasma lipids and lipoproteins in overweight men during weight loss through dieting as compared with exercise. <i>N Engl J Med</i> 1988;319:1173-9.	Inclusion	
		Wood PD, Stefanick ML, Williams PT, et al. The effects on plasma lipoproteins of a prudent weight-reducing diet, with or without exercise, in overweight men and women. <i>N Engl J Med</i> 1991;325:461-6.	Inclusion	
		Woollard J, Burke V, Beilin LJ, et al. Effects of a general practice-based intervention on diet, body mass index and blood lipids in patients at cardiovascular risk. <i>J Cardiovasc Risk</i> 2003;10:31-40	Inclusion	
		Parikh P, Simon EP, Fei K, et al. Results of a pilot diabetes prevention intervention in East Harlem, New York City: Project HEED. <i>Am J Public Health</i> 2010;100(Suppl 1):S232-9.	Inclusion	
		Morey MC, Pieper CF, Edelman DE, et al. Enhanced fitness: a randomized controlled trial of the effects of home-based physical activity counseling on glycemic control in older adults with prediabetes mellitus. <i>J Am Geriatr Soc</i> 2012;60:1655-62	Inclusion	

		Ma J, Yank V, Xiao L, et al. Translating the Diabetes Prevention Program lifestyle intervention for weight loss into primary care: a randomized trial. JAMA Intern Med 2013;173:113-21.	Inclusion	
		Burtscher M, Gatterer H, Dünwald T, et al. Effects of supervised exercise on gamma-glutamyl transferase levels in patients with isolated impaired fasting glucose and those with impaired fasting glucose plus impaired glucose tolerance. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2012;120:445-50	Inclusion	
		Foster-Schubert KE, Alfano CM, Duggan CR, et al. Effect of diet and exercise, alone or combined, on weight and body composition in overweight-to-obese postmenopausal women. Obesity (Silver Spring) 2012;20:1628-38	Inclusion	
		Ockene IS, Tellez TL, Rosal MC, et al. Outcomes of a Latino community-based intervention for the prevention of diabetes: the Lawrence Latino Diabetes Prevention Project. Am J Public Health 2012;102:336-42	Inclusion	
		Nakade M, Aiba N, Suda N, et al. Behavioral change during weight loss program and one-year follow-up: Saku Control Obesity Program (SCOP) in Japan. Asia Pac J Clin Nutr 2012;21:22-34.	Inclusion	
		Janus ED, Best JD, Davis-Lameloise N, et al. Scaling-up from an implementation trial to state-wide coverage: results from the preliminary Melbourne Diabetes Prevention Study. Trials 2012;13:152.	Inclusion	

		Nanchahal K, Power T, Holdsworth E, et al. A pragmatic randomised controlled trial in primary care of the Camden Weight Loss (CAMWEL) programme. <i>BMJ Open</i> 2012;2:e000793	Inclusion
		Penn L, White M, Oldroyd J, et al. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. <i>BMC Public Health</i> 2009;9:342	Inclusion
		Siebenhofer A, Jitler K, Berghold A, et al. Long-term effects of weight-reducing diets in hypertensive patients. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2011;(9):CD008274.	Inclusion
		Gillett M, Royle P, Snaith A, et al. Non-pharmacological interventions to reduce the risk of diabetes in people with impaired glucose regulation: a systematic review and economic evaluation. <i>Health Technol Assess</i> 2012;16:1-236, iii-iv.	Inclusion
	33 Forster JL, Jeffery RW, Schmid TL, et al Preventing weight gain in adults: a pound of prevention. <i>Health Psychol</i> 1988;7:515–25		Inclusion
	34 Lawton BA, Rose SB, Elley CR, et al Exercise on prescription for women aged 40–74 recruited through primary care: two year randomised controlled trial. <i>BMJ</i> 2008;337:a2509		Inclusion

	<p>36 Carty CL, Kooperberg C, Neuhouser ML, et al Low-fat dietary pattern and change in body-composition traits in the women's health initiative dietary modification trial. Am J Clin Nutr 2011;93:516-24.</p>		Inclusion	
--	---	--	-----------	--

Annexe 5 : Références - partie 1 – inclus et exclus

Nom de la Référence	Inclusion ou exclusion	Motif d'exclusion
Katan MB. Trans fatty acids and plasma lipoproteins. Nutr Rev 2000;58:188-91	Exclusion	Pas d'intervention
Renaud S, Godsey F, Dumont E, Thevenon C, Ortchanian E, Martin JL; Influence of long-term diet modification on platelet function and composition in Moselle farmers. Am J CUn Nutr 1986;43:136-150	Exclusion	Critère de jugement : modification des fonctions plaquettares
Allison, DB, Egan SK, Barraj LM, Caughman C, Infante M, Heimbach JT. Estimated intakes of trans fatty and other fatty acids in the US population. J Am Diet Assoc 1999;99:166-74	Exclusion	Etude observationnelle
Almendingen K, Jordal O, Kierulf P, Sandstad B, Pedersen JI. Effects of partially hydrogenated fish oil, partially hydrogenated soybean oil, and butter on serum lipoproteins and Lp[a] in men. J Lipid Res 1995;36:1370-84	Exclusion	Contexte : Les repas étaient préparés dans une unité de recherche.
Anderson JT, Grande F, Keys A Independence of the effects of cholesterol and degree of saturation of the fat diet on serum cholesterol in man. Am J Clin Nutr 1976;29:1784-1789	Exclusion	Contexte : Les repas étaient préparés dans une cuisine de recherche.
Antonis A, Bersohn I: The influence of diet on serum lipids in South African white and Bantu prisoners. Am J Clin Nutr 1962; 10 484-499	Exclusion	Contexte : Prison d'Afrique du Sud
Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. The New England journal of medicine 1997;336:1117-24.	Exclusion	Contexte : Les repas étaient préparés dans une unité de recherche.
Appel LJ, Sacks FM, Carey VJ et al. Effects of protein, monounsaturated fat, and carbohydrate intake on blood pressure and serum lipids: results of the OmniHeart randomized trial. JAMA : the journal of the American Medical Association 2005;294:2455-6	Exclusion	Contexte : Les repas étaient préparés dans une unité de recherche.
Aro A, Jauhiainen M, Partanen R, Salminen I, Mutanen M. Stearic acid, trans fatty acids, and dairy fat: effects on serum and lipoprotein lipids, apolipoproteins, lipoprotein(a), and lipid transfer proteins of healthy subjects. Am J Clin Nutr 1997;65:1419-26	Exclusion	Contexte : Les repas étaient donnés dans une unité de recherche.

Ascherio A, Katan MB, Zock PL, Stampfer MJ, Willett WC. Trans fatty acids and coronary heart disease. <i>N Engl J Med</i> 1999;340:1994–8	Exclusion	Pas d'étude
Assmann G, Schulte H, von Eckardstein A, Huang Y. High-density lipoprotein cholesterol as a predictor of coronary heart disease risk. The PROCAM experience and pathophysiological implications for reverse cholesterol transport. <i>Atherosclerosis</i> 1996;124(suppl): S11–20	Exclusion	Etude observationnelle
Baer DJ, Judd JT, Clevidence BA, Tracy RP (2004). Dietary fatty acids affect plasma markers of inflammation in healthy men fed controlled diets: a randomized crossover study. <i>Am J Clin Nutr</i> 79, 969–973.	Exclusion	Critère de jugement : CRP et fibrinogène
Barr SL, Ramakrishan R, Johnson C, Holleran S, Dell RB, Ginsberg HN. Reducing total dietary fat without reducing saturated fatty acids does not significantly lower total plasma cholesterol concentrations in normal males. <i>Am J Clin Nutr</i> 1992;55:675–81	Exclusion	Contexte : Les repas étaient préparés pour des étudiants.
Becker N, Illingworth DR, Alaupovic P, Connor WE, Sundberg EE. Effects of saturated, monounsaturated, and n-6 polyunsaturated fatty acids on plasma lipids, lipoproteins, and apoproteins in humans. <i>Am J Clin Nutr</i> 1983;37:355–60.	Exclusion	Contexte : les patients mangeaient sous supervision dans une unité de recherche.
Berry EM, Eisenberg S, Friedlander Y, et al. Effects of diets rich in monounsaturated fatty acids on plasma lipoproteins—the Jerusalem Nutrition Study. II. Monounsaturated fatty acids vs carbohydrates. <i>Am J Clin Nutr</i> 1992;56:394–403	Exclusion	Contexte : les repas étaient préparés dans une cuisine centrale.
Berry EM, Eisenberg S, Haratz D, Friedlander Y, Norman Y, Kaufmann NA, Stein Y: Effects of diets rich in monounsaturated fatty acids on plasma lipoproteins: The Jerusalem Nutrition Study: High MUFAs vs high PUFAs. <i>Am J Clin Nutr</i> 1991^3:899-90	Exclusion	Contexte : les repas étaient préparés dans une cuisine centrale.
Beynen AC, Katan MB: Impact of dietary cholesterol and fatty acids on serum lipids and lipoproteins in man, in Vergroesen AJ, Crawford MA (eds): <i>The Role of Fats in Human Nutrition</i> . London, Academic Press Ltd, 1989, pp 237-286	Exclusion	Pas d'étude
Bonanome A, Grundy SM: Effect of dietary stearic acid on plasma cholesterol and lipoprotein levels. <i>N Engl J Med</i> 1988;318: 1244-1248	Exclusion	Contexte hospitalier

Bonanome A, Pagnan A, Biffanti S, et al. Effect of dietary monounsaturated and polyunsaturated fatty acids on the susceptibility of low-density lipoproteins to oxidative modification. <i>Arterioscler Thromb</i> 1992;12:529–33	Exclusion	Critère de jugement : résistance à la peroxydation des lipides.
Bray GA, Vollmer WM, Sacks FM, Obarzanek E, Svetkey LP, Appel LJ. A further subgroup analysis of the effects of the DASH diet and three dietary sodium levels on blood pressure: results of the DASH-Sodium Trial. <i>The American journal of cardiology</i> 2004;94:222-7	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Brussaard JH, Dallinga-Thie G, Groot PHE, Katan MB. Effects of amount and type of dietary fat on serum lipids, lipoproteins and apolipoproteins in man. A controlled 8-week trial. <i>Atherosclerosis</i> 1980;36:515–27.	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Brussaard JH, Katan MB, Groot PHE, Havekes LM, Hautvast JGAJ: Serum lipoproteins of healthy persons fed a low-fat diet or a polyunsaturated fat diet for three months. <i>Atherosclerosis</i> 1982; 42:205-219	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF, et al. Effects of changes in fat, fish, and fibre intakes on death and myocardial reinfarction: Diet and Reinfarction Trial (DART). <i>Lancet</i> 1989;2:757–61	Exclusion	Prévention secondaire
Cater NB, Heller HJ, Denke MA. Comparison of the effects of medium-chain triacylglycerols, palm oil, and high oleic acid sunflower oil on plasma triacylglycerol fatty acids and lipid and lipoprotein concentrations in humans. <i>Am J Clin Nutr</i> 1997;65:41–5	Exclusion	Contexte hospitalier
Chan JK, Bruce VM, McDonald BE. Dietary $\alpha$ -linolenic acid is as effective as oleic acid and linoleic acid in lowering blood cholesterol in normolipidemic men. <i>Am J Clin Nutr</i> 1991;53:1230–4	Exclusion	Contexte : Les repas étaient donnés dans une unité de recherche.
Conlin PR, Chow D, Miller ER, 3rd et al. The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial. <i>American journal of hypertension</i> 2000;13:949-55	Exclusion	Contexte : Les repas étaient donnés dans une unité de recherche.
De Deckere EA, Korver O, Verschuren PM, Katan MB. Health aspects of fish and n-3 polyunsaturated fatty acids from plant and marine origin. <i>Eur J Clin Nutr</i> 1998;52:749–53.	Exclusion	Pas d'étude

de Roos N, Schouten E, Katan M (2001). Consumption of a solid fat rich in lauric acid results in a more favorable serum lipid profile in healthy men and women than consumption of a solid fat rich in trans-fatty acids. <i>J Nutr</i> 131, 242–245.	Exclusion	Contexte : les patients mangeaient sous supervision.
Denke MA, Grundy SM. Comparison of effects of lauric acid and palmitic acid on plasma lipids and lipoproteins. <i>Am J Clin Nutr</i> 1992;56:895–8.	Exclusion	Contexte hospitalier
Derr J, Kris-Etherton PM, Pearson TA, Seligson FH. The role of fatty acid saturation on plasma lipids, lipoproteins, and apolipoproteins: II. The plasma total and low-density lipoprotein cholesterol response of individual fatty acids. <i>Metabolism</i> 1993;42:130–4	Exclusion	Pas d'intervention
Dougherty RM, Allman MA, Iacono JM. Effects of diets containing high or low amounts of stearic acid on plasma lipoprotein fractions and fecal fatty acid excretion in man. <i>Am J Clin Nutr</i> 1995;61:1120–8	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Eckel RH, Borra S, Lichtenstein AH, Yin-Piazza SY (2007). Understanding the complexity of trans fatty acid reduction in the American diet: American Heart Association Trans Fat Conference 2006: Report of the Trans Fat Conference Planning Group. <i>Circulation</i> 115, 2231–2246.	Exclusion	Pas d'étude
Erlinger TP, Miller ER, 3rd, Charleston J, Appel LJ. Inflammation modifies the effects of a reduced-fat low-cholesterol diet on lipids: results from the DASH-sodium trial. <i>Circulation</i> 2003;108:150-4.	Exclusion	Critère de jugement : CRP
Fielding CJ, Havel RJ, Todd KM, et al. Effects of dietary cholesterol and fat saturation on plasma lipoproteins in an ethnically diverse population of healthy young men. <i>J Clin Invest</i> 1995;95:611–8	Exclusion	Contexte : Les repas étaient préparés dans une unité de recherche.
Gardner CD, Coulston A, Chatterjee L, Rigby A, Spiller G, Farquhar JW. The effect of a plant-based diet on plasma lipids in hypercholesterolemic adults: a randomized trial. <i>Annals of internal medicine</i> 2005;142:725-33.	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Ginsberg HN, Barr SL, Gilbert A, Karmally W, Deckelbaum R, Kaplan K, Ramakrishnan R, Holleran S, Dell RB: Reduction of plasma cholesterol levels in normal men on an American Heart Association Step 1 diet or a Step 1 diet with added monounsaturated fat. <i>N Engl J Med</i> 1990-322:574-579	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients

Ginsberg HN, Karmally W, Barr SL, Johnson C, Holleran S, Ramakrishnan R. Effects of increasing dietary polyunsaturated fatty acids within the guidelines of the AHA Step 1 diet on plasma lipid and lipoprotein levels in normal males. <i>Arterioscler Thromb</i> 1994;14:892–901	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Ginsberg HN, Kris-Etherton P, Dennis B et al. Effects of reducing dietary saturated fatty acids on plasma lipids and lipoproteins in healthy subjects: the DELTA Study, protocol 1. <i>Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology</i> 1998;18:441-9	Exclusion	Contexte : Les repas étaient préparés dans une unité de recherche.
Grande F, Anderson JT, Keys A. Comparison of effects of palmitic and stearic acids in the diet on serum cholesterol in man. <i>Am J Clin Nutr</i> 1970;23:1184–93	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Grande F, Anderson JT, Keys A: Diets of different fatty acid composition producing identical serum cholesterol levels in man. <i>Am J Chn Nutr</i> 1972;25 J3-60	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Grundy SM, Florentin L, Nix D, Whelan MF: Comparison of monounsaturated fatty acids and carbohydrates for reducing raised levels of plasma cholesterol. <i>Am J Clin Nutr</i> 1988;47:965-969	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Grundy SM, Nix D, Whelan MF, Franklin L: Comparison of three cholesterol lowering diets in normolipidemic men. <i>JAMA</i> 1986;256: 2351-2355	Exclusion	Contexte : les patients mangeaient sous supervision.
Grundy SM: Comparison of monounsaturated fatty acids and carbohydrates for lowering plasma cholesterol. <i>N En/d J Med</i> 1986; 314:745-748	Exclusion	Contexte : les patients mangeaient sous supervision.
Harris WS, Connor WE, McMurry MP: The comparative reductions of the plasma lipids and lipoproteins by dietary polyunsaturated fats: Salmon oil versus vegetable oils. <i>Metabolism</i> 1983;32: 179-184	Exclusion	Contexte : Les repas étaient préparés dans une unité de recherche.
Harris WS. n-3 Fatty acids and serum lipoproteins: human studies. <i>Am J Clin Nutr</i> 1997;65(suppl):1645S–54S.	Inclusion	Revue de la littérature, références extraites à part
Harsha DW, Sacks FM, Obarzanek E et al. Effect of dietary sodium intake on blood lipids: results from the DASH-sodium trial. <i>Hypertension</i> 2004;43:393-8.	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Hegsted DM, McGandy RB, Myers ML, Stare FJ: Quantitative effects of dietary fat on serum cholesterol in man. <i>Am J Clin Nutr</i> 1965;17:281-295	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients

Howard BV, Hannah JS, Heiser CC, et al. Polyunsaturated fatty acids result in greater cholesterol lowering and less triacylglycerol elevation than do monounsaturated fatty acids in a dose response comparison in a multiracial study group. <i>Am J Clin Nutr</i> 1995;62:392–402	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Howard BV, Van Horn L, Hsia J et al. Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. <i>JAMA : the journal of the American Medical Association</i> 2006;295:655-66	Exclusion	Doublon
Hu FB, Stampfer MJ, Manson J, et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. <i>N Engl J Med</i> 1997;337:1491–9	Exclusion	Etude observationnelle
Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. <i>JAMA</i> 2002;288:2569–78	Inclusion	Métanalyse
Iacono JM, Dougherty RM. Lack of effect of linoleic acid on the high-density lipoprotein cholesterol fraction of plasma lipoproteins. <i>Am J Clin Nutr</i> 1991;53:660–4	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Judd JT, Baer DJ, Clevidence BA, et al. Effects of margarine compared with those of butter on blood lipid profiles related to cardiovascular disease risk factors in normolipidemic adults fed controlled diets. <i>Am J Clin Nutr</i> 1998;68:768–77	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Judd JT, Baer DJ, Clevidence BA, Kris-Etherton P, Muesing RA, Iwane M (2002). Dietary cis and trans monounsaturated and saturated fatty acids and plasma lipids and lipoproteins in men. <i>Lipids</i> 37, 123–131	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Judd JT, Oh SY, Hennig B, Dupont J, Marshall MW. Effects of low fat diets differing in degree of fat unsaturation on plasma lipids, lipoproteins, and apolipoproteins in adult men. <i>J Am Coll Nutr</i> 1988;7:223–34.	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Katan MB, Berns MAM, Glatz JFC, Knuiman JT, Nobels A, de Vries JHM: Congruence of individual responsiveness to dietary cholesterol and to saturated fat in humans. <i>J Lipid Res</i> 1988;29: 883-89	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Katan MB, Beynen AC, de Vries JHM, Nobels A: Existence of consistent hypo- and hyperresponders to dietary cholesterol in man. <i>Am J Epidemiol</i> 1986;123:221-234	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients

Katan MB, Beynen AC: Characteristics of human hypo- and hyperresponders to dietary cholesterol. Am J Epidemiol 1987;125: 387-399	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Katan MB, Grundy SM, Willett WC. Beyond low-fat diets. N Engl J Med 1997;337:563-6	Exclusion	Pas d'étude
Katan MB: Diet and HDL, in Miller GJ, Miller NE (eds): Metabolic Aspects of Cardiovascular Disease: Volume 3: Clinical and Metabolic Aspects of High-Density Lipoproteins. Oxford, Elsevier, 1984, pp 103-132	Exclusion	Pas d'étude
Keys A, Anderson JT, Grande F: Prediction of serum-cholesterol responses of man to changes in fats in the diet. Lancet 1957;2: 959-96	Exclusion	Pas d'intervention
Keys A, Anderson JT, Grande F: Serum cholesterol response to changes in the diet: IV. Particular saturated fatty acids in the diet. Metabolism 1965;14:776-786	Exclusion	Pas d'intervention
Kinosian B, Glick H, Preiss L, Puder KL. Cholesterol and coronary heart disease: predicting risks in men by changes in levels and ratios. J Invest Med 1995;43:443-50	Exclusion	Etude observationnelle
Kitamura A, Iso H, Naito Y, et al. High-density lipoprotein cholesterol and premature coronary heart disease in urban Japanese men. Circulation 1994;89:2533-9	Exclusion	Etude observationnelle
Knuiman JT, West CE, Katan MB, Hautvast JGAJ: Total cholesterol and high density lipoprotein cholesterol levels in populations differing in fat and carbohydrate intake. Arteriosclerosis 1987;7: 612-619	Exclusion	Etude observationnelle
Kris-Etherton PM, Derr J, Mitchell DC, et al. The role of fatty acid saturation on plasma lipids, lipoproteins, and apoproteins: I. Effects of whole food diets high in cocoa butter, olive oil, soybean oil, dairy butter, and milk chocolate on the plasma lipids of young men. Metabolism 1993;42:121-9	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Kwon JS, Snook JT, Wardlaw GM, Hwang DH. Effects of diets high in saturated fatty acids, canola oil, or safflower oil on platelet function, thromboxane B2 formation, and fatty acid composition of platelet phospholipids. Am J Clin Nutr 1991;54:351-8.	Exclusion	Critère de jugement : fonction plaquettaire

L'Abbé MR, Stender S, Skeaff CM, Ghafoorunissa, Tavella M (2009). Approaches to removing trans fats from the food supply in industrialized and developing countries. <i>Eur J Clin Nutr</i> 63(Suppl 2), S50–S67	Exclusion	Pas d'intervention
Laine DC, Snodgrass CM, Dawson EA, Ener MA, Kuba K, Frantz ID Jr: Lightly hydrogenated soy oil versus other vegetable oils as a lipid-lowering dietary constituent. <i>Am J Clin Nutr</i> 1982;35:683-69	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Larsen LF, Marckmann P, Bladbjerg EM, Ostergaard PB, Sidelmann J, Jespersen J. The link between high-fat meals and postprandial activation of blood coagulation factor VII possibly involves kallikrein. <i>Scand J Clin Lab Invest</i> 2000;60:45–54	Exclusion	Critère de jugement : activation post prandiale du facteur VII de la coagulation
Leenen R, van der Kooy K, Meyboom S, Seidell JC, Deurenberg P, Weststrate JA. Relative effects of weight loss and dietary fat modification on serum lipid levels in the dietary treatment of obesity. <i>J Lipid Res</i> 1993;34:2183–91	Exclusion	Contexte : la compliance étaient jugées par des diététiciens lors d'entretiens rapprochés
Lewis B, Hammett F, Katan M, Kay RM, Merx I, Nobels A, Miller NE, Swan AV: Towards an improved lipid-lowering diet: Additive effects of changes in nutrient intake. <i>Lancet</i> 1981 ;2: 1310-131	Exclusion	Contexte de patients institutionnalisés
Lichtenstein AH, Ausman LM, Carrasco W, et al. Effects of canola, corn, and olive oils on fasting and postprandial plasma lipoproteins in humans as part of a National Cholesterol Education Program Step 2 diet. <i>Arterioscler Thromb</i> 1993;13:1533–4	Exclusion	Contexte : Les repas étaient donnés dans une unité de recherche.
Lichtenstein AH, Ausman LM, Carrasco W, et al. Rice bran oil consumption and plasma lipid levels in moderately hypercholesterolemic humans. <i>Arterioscler Thromb</i> 1994;14:549–56	Exclusion	Contexte : Les repas étaient donnés dans une unité de recherche.
Lichtenstein AH, Ausman LM, Carrasco W, Jenner JL, Ordovas JM, Schaefer EJ. Hypercholesterolemic effect of dietary cholesterol in diets enriched in polyunsaturated and saturated fat. <i>Arterioscler Thromb</i> 1994;14:168–75	Exclusion	Contexte : Les repas étaient donnés dans une unité de recherche.
Lichtenstein AH, Ausman LM, Jalbert SM, Schaefer EJ (1999). Effects of different forms of dietary hydrogenated fats on serum lipoprotein cholesterol levels. <i>N Engl J Med</i> 340, 1933–1940	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients

Lichtenstein AH, Erkkila AT, Lamarche B, Schwab US, Jalbert SM, Ausman LM (2003). Influence of hydrogenated fat and butter on CVD risk factors: remnant-like particles, glucose and insulin, blood pressure and C-reactive protein. <i>Atherosclerosis</i> 171, 97–107.	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Lichtenstein AH, Schwab US. Relationship of dietary fat to glucose metabolism. <i>Atherosclerosis</i> 2000;150:227–43	Exclusion	Pas d'étude
Lissner L, Levitsky DA, Strupp BJ, Kalkwarf HJ, Roe DA: Dietary fat and the regulation of energy intake in human subjects. <i>Am J Clin Nutr</i> 1987;46:886-892	Exclusion	Contexte : Les repas étaient donnés dans une unité de recherche.
Lovejoy JC, Smith SR, Champagne CM, Most MM, Lefevre M, DeLany JP et al. (2002). Effects of diets enriched in saturated (palmitic), monounsaturated (oleic), or trans (elaidic) fatty acids on insulin sensitivity and substrate oxidation in healthy adults. <i>Diabetes Care</i> 25, 1283–1288	Exclusion	Critère de jugement : sensibilité à l'insuline
Marckmann P, Sandström B, Jespersen J. Fasting blood coagulation and fibrinolysis of young adults unchanged by reduction in dietary fat content. <i>Arterioscler Thromb</i> 1992;12:201–5	Exclusion	Critère de jugement : coagulation sanguine et fibrinolyse
Marshall MW, Judd JT, Matusik E Jr, Church J, Canary JJ. Effects of low fat diets varying in P/S ratio on nutrient intakes, fecal excretion, blood chemistry profiles, and fatty acids of adult men. <i>J Am Coll Nutr</i> 1986;5:263–79	Exclusion	Contexte : la compliance étaient jugées par des diététiciens lors d'entretiens rapprochés
Martin MJ, HuUey SB, Browner WS, Kuller LH, Wentworth D: Serum cholesterol, blood pressure, and mortality: Implications from a cohort of 361,662 men. <i>Lancet</i> 1986;2:933-936	Exclusion	Etude observationnelle
Mattson FH, Grundy SM: Comparison of effects of dietary saturated, monounsaturated, and polyunsaturated fatty acids on plasma lipids and lipoproteins in man. <i>J Lipid Ra</i> 1985;26:194-202	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Mazier MJ, Jones PJH. Diet fat saturation and feeding state modulate rates of cholesterol synthesis in normolipidemic men. <i>J Nutr</i> 1997;127:332–40.	Exclusion	Contexte : les patients mangeaient sous supervision.

McDonald BE, Gerrard JM, Bruce VM, Comer EJ: Comparison of the effect of canola oil and sunflower oil on plasma lipids and lipoproteins and on in vivo thromboxane A2 and prostacyclin production in healthy young men. Am J Clin Nutr 1989;50:1382-138	Exclusion	Critère de jugement : production de thromboxane A2 et de prostacycline
McMurry MP, Cerqueira MT, Connor SL, Connor WE: Changes in lipid and lipoprotein levels and body weight in Tarahumara Indians after consumption of an affluent diet. N Engl J Med 1991; 325:1704-1708	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
McNamara DJ, Kolb R, Parker TS, Batwin H, Samuel P, Brown CD, Ahrens EH Jr Heterogeneity of cholesterol homeostasis in man: Responses to changes in dietary fat quality and cholesterol quantity. / Clin Invest 1987;79:1729-1739	Inclusion	Métanalyse
McPherson Kay R, Jacobs M, Katan MB, Lewis B: Relationship between changes in plasma lipoprotein concentrations and fecal steroid excretion in man during consumption of four experimental diets. Atherosclerosis 1985;55:15-	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients.
Meade TW, Ruddock V, Stirling Y, Chakrabarti R, Miller GJ. Fibrinolytic activity, clotting factors, and long term incidence of ischaemic heart disease in the Northwick Park Heart Study. Lancet 1993;342:1076-9	Exclusion	Prévention secondaire
Mensink RP, de Groot MJM, van den Broeke LT, Severijnen-Nobels AP, Demacker PNM, Katan MB. Effects of monounsaturated fatty acids v complex carbohydrates on serum lipoproteins and apoproteins in healthy men and women. Metabolism 1989;38:172-8.	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Mensink RP, Katan MB. Effect of dietary trans fatty acids on high-density and low-density lipoprotein cholesterol levels in healthy subjects. N Engl J Med 1990;323:439-45	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Mensink RP, Katan MB: Effect of a diet enriched with monounsaturated or polyunsaturated fatty acids on levels of low-density and high-density lipoprotein cholesterol levels in healthy women and men. N Engl J Med 1989;321:436-44	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Mensink RP, Katan MB: Effect of monounsaturated fatty acids versus complex carbohydrates on high-density lipoproteins in healthy men and women. Lancet 1987;1:122-125	Exclusion	Contexte : les patients mangeaient sous supervision.

Miettinen M, Turpeinen O, Karvonen MJ, Pekkarinen M, Paavilainen E, Elosuo R. Dietary prevention of coronary heart disease in women: the Finnish Mental Hospital Study. <i>Int J Epidemiol</i> 1983;12:17-2	Exclusion	Conexte hospitalier
Moore TJ, Vollmer WM, Appel LJ et al. Effect of dietary patterns on ambulatory blood pressure: results from the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. DASH Collaborative Research Group. <i>Hypertension</i> 1999;34:472-7	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients
Mozaffarian D, Abdollahi M, Campos H, Houshiarrad A, Willett WC (2007). Consumption of trans fats and estimated effects on coronary heart disease in Iran. <i>Eur J Clin Nutr</i> 61, 1004-1010	Exclusion	Etude observationnelle
Mozaffarian D, Aro A, Willett WC (2009). Health effects of trans-fatty acids: experimental and observational evidence. <i>Eur J Clin Nutr</i> 63(Suppl 2), S5-S21	Inclusion	Métanalyse
Mozaffarian D, Clarke R. Quantitative effects on cardiovascular risk factors and coronary heart disease risk of replacing partially hydrogenated vegetable oils with other fats and oils. <i>European journal of clinical nutrition</i> 2009;63 Suppl 2:S22-33	Inclusion	Métanalyse
Müller H, Jordal O, Kierulf P, Kirkhus B, Pederson JI. Replacement of partially hydrogenated soybean oil by palm oil in margarine without unfavorable effects on serum lipoproteins. <i>Lipids</i> 1998;33:879-8	Exclusion	Contexte : la nourriture était préparée pour les patients

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Serment prononcé par le Docteur FALHON Pol-Maël

Le 11 avril 2019

Pour l'ordre national des médecins

Le médecin

## FALHON (Pol-Maël) – Projet SPICES :

Recherche des références bibliographiques à intégrer dans la matrice de recherche de l'étude SPICES dans les recommandations internationales sélectionnées : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé. 2014 Oct » et « Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioral and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. Canadian Medical Association Journal. 2015 Feb 17 ».

Détermination des interventions pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires efficaces et faisables en soins primaires et/ou dans la communauté, à partir des références (partie 1) extraites des recommandations de bonnes pratiques analysées dans le cadre de l'étude SPICES.

### RESUME

Introduction : Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont la première cause de mortalité mondiale. Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire est complexe et onéreux. Le projet SPICES va implémenter des interventions de prévention primaire des MCV en communauté. Une sélection des recommandations de bonne pratique (RBP) selon la méthode ADAPTE a été réalisée en amont de ce travail.

Méthode : Les recommandations tirées des RBP « HAS arrêt de la consommation de tabac » et « CMAJ Recommendations for prevention of weight gain » ont été incluses si elles avaient un niveau de preuve élevé et portaient sur des interventions non médicamenteuses de prévention des MCV en soins primaires. Les références qui les soutenaient ont été intégrées à une matrice de recherche à 8 parties. La partie 1 a été analysée dans ce travail. Les références étaient sélectionnées si elles concernaient des études interventionnelles efficaces et applicables en soins primaires.

Résultats : 24 références de la HAS et 44 références de la CMAJ ont été incluses. L'inclusion d'une recommandation de la CMAJ a été décidée en consensus malgré son faible niveau de preuve.

De la partie 1 de la matrice, 95 références ont été exclues sur 100. 5 étaient des métaanalyses et des revues de la littérature analysées à part.

Discussion : L'analyse des RBP a montré l'absence de détails pratiques pour la mise en œuvre des recommandations. L'extraction des références soutenant ces recommandations a été nécessaire. Certaines recommandations pertinentes pour le projet ont été exclues à cause de leur niveau de preuve. Une exception a été réalisée pour la CMAJ.

63 références sur 100 de la partie 1 ont été exclues du fait de leur contexte. Les recommandations issues des RBP sont trop générales pour être implémentées et les références qui les soutiennent, généralement trop contrôlées pour être applicables en communauté.

### MOTS CLES :

MALADIES CARDIOVASCULAIRES, PREVENTION CARDIOVASCULAIRE, PROJET SPICES

### JURY :

Président : Professeur LE RESTE

Membres : Pr CHIRON

Dr NABBE

Dr LALANDE

Dr LE GOFF

### DATE DE SOUTENANCE :

11 Avril 2019