

Approches du risque et usage d'outils électroniques en médecine de premier recours en 2021

Dre MELISSA DOMINICÉ DAO^a, Dr EMMANUEL ESCARD^a, Dre AURÉLIE TAHAR^a, Dre OLIVIA BRAILLARD^a,
Dre SOFIA ZISIMOPOULOU^a, Dr THIERRY FAVROD-COUNE^a, Pr JEAN-PAUL HUMAIR^{a,b} et Pre DAGMAR M. HALLER^{a,c}

Rev Med Suisse 2022; 18: 111-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.766.111

Notre sélection d'articles parus en 2021 propose un éclairage sur des sujets en lien avec le risque chez nos patient-e-s et l'usage d'outils électroniques. Ils abordent le thème des cibles tensionnelles, du télémonitoring, et du régime riche en acides gras oméga 3 chez la personne âgée et/ou à haut risque cardiovasculaire. Ils présentent le rôle des médecins de premier recours dans la prise en charge de patient-e-s avec une stéatopathie métabolique, et dans le dépistage des violences conjugales dans tous les couples. Ils évaluent les risques de récurrence d'épisode dépressif à l'arrêt d'un traitement antidépresseur. Enfin, ils discutent la place des applications pour la communication avec les patient-e-s allophones et du vapotage dans l'arrêt du tabac.

New approaches to risk and the use of electronic tools in primary care medicine in 2021

Our selection of articles published in 2021 sheds light on topics related to risk, and to the use of electronic tools in primary care medicine. They cover blood pressure targets, telemonitoring, and the omega-3 fatty acid diet in the elderly and/or in patients with high cardiovascular risk. They present the role of primary care physicians in the management of patients with NAFLD, and in screening for domestic violence in all couples. They assess the risk of recurrence of a depressive episode after stopping antidepressant treatment. Finally, they discuss the place of apps to communicate with foreign-speaking patients and of vaping in smoking cessation.

INTRODUCTION

Notre activité clinique implique par essence une évaluation du risque chez les patient-e-s en médecine de premier recours, afin de proposer des stratégies thérapeutiques et préventives adaptées à ce risque. Parmi les publications parues en 2021, nous en avons identifié un certain nombre décrivant des stratégies et des outils électroniques susceptibles d'influencer notre pratique, en particulier auprès des plus vulnérables.

QUELLE CIBLE TENSIONNELLE POUR LES PERSONNES ÂGÉES?

Les cibles tensionnelles pour les patient-e-s sous traitement antihypertenseur ont toujours été un sujet de débat. Les recommandations officielles reflètent les avis divergents des sociétés savantes sur le sujet. L'étude SPRINT en 2015 a montré des bénéfices cardiovasculaires (CV) significatifs chez les patient-e-s traité-e-s avec une cible tensionnelle systolique < 120 mmHg par rapport à une cible < 140 mmHg, mais d'autres études ont souligné les risques liés à une diminution de la systolique en dessous de 130 mmHg chez les sujets âgés.^{1,2}

Récemment, une grande étude multicentrique chinoise randomisée et contrôlée a évalué la répercussion d'un traitement antihypertenseur intensif sur le risque CV des personnes âgées par rapport à un traitement standard. Plus de 8500 patient-e-s hypertendu-e-s, âgé-e-s de 60 à 80 ans, ont été randomisé-e-s en deux groupes, ceux traité-e-s avec une cible systolique entre 110 et < 130 mmHg (traitement intensif) et ceux traité-e-s avec une cible entre 130 et < 150 mmHg (traitement standard). Les patient-e-s aux antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) ont été exclu-e-s. Le critère d'évaluation composite primaire comprenait la survenue d'AVC, de syndrome coronarien aigu, de décompensation cardiaque, de revascularisation coronaire, de fibrillation auriculaire et de décès CV.³

Durant un suivi de 3,3 années, les patient-e-s recevant un traitement intensif ont présenté significativement moins d'événements CV (3,5 versus 4,6% des patient-e-s du groupe standard; risque relatif: 0,74; IC 95%: 0,60-0,92; p = 0,007). Les critères de sécurité n'ont différé que pour la survenue d'hypotension, mais sans répercussion sur la survenue de vertiges, syncopes, fractures ou sur la fonction rénale.³

Ces résultats renforcent la tendance actuelle de traiter les patient-e-s âgé-e-s pour atteindre des cibles tensionnelles plus basses, sous réserve de la tolérance. Les prochaines études devront les valider dans les autres groupes ethniques et préciser la pertinence de ces recommandations chez les patient-e-s ayant des antécédents d'AVC.

STRATIFICATION DU RISQUE ET PRISE EN CHARGE DE LA STÉATOPATHIE NON ALCOOLIQUE

L'incidence de la cirrhose est en progression en Europe. Elle est principalement liée à la consommation d'alcool d'une

^aService de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cCIPRET-Genève, Carrefour Addictions, Rue Agasse 45, 1208 Genève, ^bInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, luMFE, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4
melissa.dominice@hcuge.ch | emmanuel.escard@hcuge.ch | aurelie.tahar@hcuge.ch
olivia.brillard@hcuge.ch | sofia.zisimopoulou@hcuge.ch | thierry.favrod-coune@hcuge.ch
jean-paul.humair@hcuge.ch | dagmar.haller-hester@unige.ch

part, et à la NAFLD (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease) de l'autre.

La NAFLD touche jusqu'à 25% des adultes, et jusqu'à 70% des personnes diabétiques.⁴ Il s'agit d'une maladie asymptomatique pouvant provoquer une fibrose hépatique, une cirrhose et un hépatocarcinome. Le rôle des médecins de premier recours est essentiel pour la repérer, l'investiguer, décider de l'orientation chez le spécialiste et la traiter.

Les recommandations de l'Association américaine de gastro-entérologie en novembre 2021 proposent 4 étapes essentielles (figure 1) : identifier les patient-e-s à haut risque (stade de fibrose F2 et plus), réaliser une anamnèse et des tests biologiques, puis un score de fibrose (FIB-4 basé sur l'âge, les ASAT (aspartates aminotransférases), les ALAT (alanines aminotransférases) et le nombre de thrombocytes), et enfin en cas de risque indéterminé, une mesure de la fibrose hépatique par élastométrie (fibroscan).⁵

La clarification du diagnostic différentiel nécessitera l'évaluation de la consommation à risque d'alcool (plus de 5 verres standards d'alcool par semaine pour les femmes, 10 pour les hommes, ou une consommation ponctuelle de plus de 4 verres standards d'alcool pour les femmes, 5 pour les hommes), la recherche de signes cliniques de cirrhose, des

sérologies pour les hépatites B et C, ainsi que dans certains cas la recherche des hépatites autoimmunes, de l'hémochromatose et du diabète.

L'intervention sera centrée sur l'hygiène de vie pour les patient-e-s à faible risque, avec une attention particulière aux facteurs de risque CV, puisque la morbidité et la mortalité principale de la NAFLD sont liées à ces maladies. On réservera un suivi spécialisé et la prescription de pioglitazone ou agoniste du GLP-1 (glucagon-like peptide-1) aux patient-e-s présentant un risque indéterminé ou élevé.

OMÉGA 3 ET ÉVÉNEMENTS CARDIOVASCULAIRES CHEZ LES PATIENT-E-S À HAUT RISQUE

Les acides gras oméga 3 sont un constituant essentiel de notre système nerveux et métabolique et sont impliqués dans une multitude de processus physiologiques. Les sources alimentaires de ces acides sont essentiellement les poissons gras d'eau douce (saumon, sardines, etc.) qui en accumulent de grandes quantités à partir de la consommation de microalgues marines.⁶ Les bénéfices d'un régime riche en oméga 3 sont démontrés notamment en ce qui concerne le développement foetal et infantile et la cognition.⁸ Si un tel régime est recommandé dans la prévention primaire du risque CV, les bénéfices des acides gras oméga 3 pour la prévention chez les patient-e-s présentant déjà un haut risque CV sont moins certains.⁷ Deux études en faveur de suppléments purifiés ont été largement critiquées pour leurs imperfections méthodologiques.^{8,9} Les résultats de la dernière étude randomisée aggravent ce doute: cette étude incluant 13 078 patient-e-s a dû être interrompue prématurément en l'absence de bénéfice, sur les événements CV chez des patient-e-s à haut risque (traités par statine), d'une supplémentation d'oméga 3 comparé à l'huile de maïs.⁷ Une discrète augmentation des épisodes de fibrillation auriculaire dans le groupe traité est l'un des éléments à l'origine de cet arrêt précoce de l'étude.

La biodisponibilité des compléments riches en oméga 3 dépend à la fois de leur structure et de la composition des autres aliments consommés. L'absorption des acides gras oméga 3 est notamment améliorée par la consommation concomitante d'un repas riche en graisse qui, en stimulant le pancréas, favorise la résorption des acides gras.⁶ Même si de tels repas sont moins probables dans une population à haut risque CV, l'absence de corrélation entre les taux sanguins d'acide gras et le risque dans la présente étude implique que d'autres mécanismes, pour l'heure peu clairs, sont en jeu.

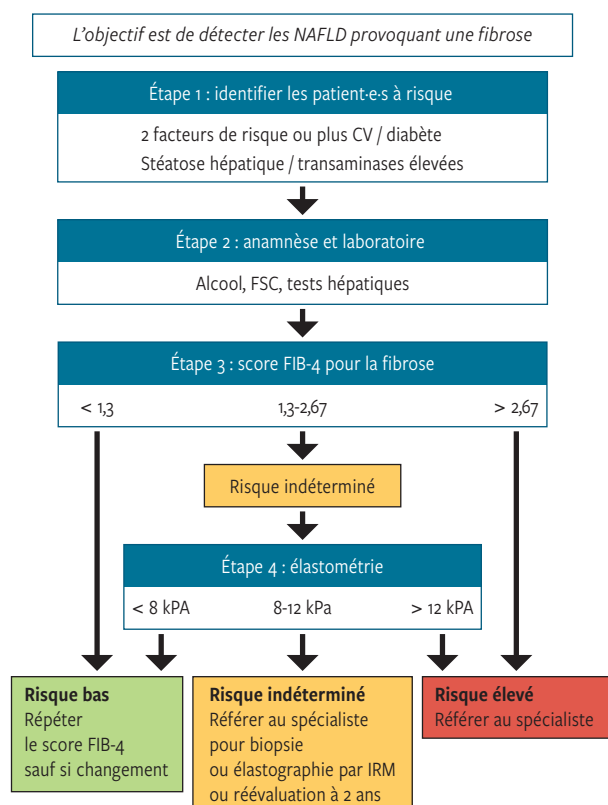
TÉLÉMONITORING CHEZ LES PATIENT-E-S ÂGÉ-E-S MULTIMORBIDES AVEC TROUBLES COGNITIFS

Le nombre de patient-e-s multimorbides (≥ 2 pathologies chroniques) est en constante augmentation dans les pays industrialisés. Ces patient-e-s, dont le suivi est complexe, sont confronté-e-s à une polypharmacie augmentant le risque d'hospitalisation et d'altération de la qualité de vie. Les patient-e-s présentant des problèmes cognitifs perdent leur capacité d'autogestion de leurs maladies, ce qui augmente ces risques. Une équipe allemande a mené une étude qualitative

FIG 1 Identification des NAFLD susceptibles d'entraîner une fibrose

Score IFB-4 = (âge × ASAT) / (plaquettes × √ALAT).

CV: cardiovasculaires; FSC: formule sanguine complète; NAFLD: Non-Alcoholic Fatty Liver Disea.



(Adaptée de réf. 5).

de faisabilité afin d'évaluer l'acceptation d'une application de télémonitoring chez des patient-e-s multimorbides de ≥ 65 ans présentant des troubles cognitifs légers.¹⁰ Les participants ont reçu une formation individuelle puis ont eu un entretien guidé à 2 mois. Douze participant-e-s ont été inclus-e-s entre 2016 à 2017: 8 femmes et 4 hommes, 79 ans en moyenne, MMSE (Mini-Mental State Examination) moyen de 24,5. La plupart des participants ont trouvé l'outil ergonomique et facile d'utilisation alors qu'ils n'avaient pas d'expérience en informatique. Quatre patient-e-s ont eu recours à l'aide de leur proche. Les effets sont résumés dans le **tableau 1**. Les auteurs concluent que les personnes atteintes de troubles cognitifs légers devraient être un groupe d'utilisateurs à prendre en considération dans le développement des applications de télémonitoring en favorisant une co-conception de l'outil ainsi qu'un accompagnement de formation pour son utilisation. Les aspects potentiellement délétères chez les patient-e-s et leurs aidants (anxiété, stress, frustration...) et leurs besoins spécifiques afin de proposer un outil innovant et personnalisé restent à préciser. Les trajectoires de soin, l'utilisation des ressources et les effets sur l'interprofessionnalité seraient également des axes à évaluer dans le développement de tels outils.

TECHNOLOGIE NUMÉRIQUE ET ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES MIGRANTES OU ALLOPHONES

Avoir un parcours migratoire ou être allophone sont des barrières à l'accès aux soins. Une récente revue systématique évalue le développement, l'acceptabilité et l'efficacité d'outils numériques créés pour aider les professionnels de santé à communiquer ou à promouvoir la santé auprès de personnes migrantes ou allophones.¹¹ Les articles incluaient différentes approches de recherche (qualitative, quantitative, mixte, randomisation ou non) ainsi que différentes technologies numériques. Soixante et un articles ont été analysés, dont 48 concernaient des applications conçues soit pour la promotion de la santé pour des personnes allophones ou ayant migré ($n = 20$), soit pour faciliter la traduction ($n = 16$). Seule la moitié de ces applications incluait une adaptation culturelle ou faisait usage de pictogrammes. L'implication des personnes migrantes ou des professionnels de santé dans le développe-

ment de ces applications était loin d'être la norme (48 et 38% respectivement). Dans l'ensemble, l'acceptabilité de ces outils était jugée bonne à très bonne. La moitié des articles a inclus une évaluation de l'efficacité sur des issues telles que le changement de comportement, l'amélioration des connaissances, des marqueurs de santé autorapportés ou le rapport coût-efficacité, mais souvent avec des méthodes peu robustes. 50% ont montré des résultats positifs significatifs, 12% partiellement significatifs, et 21% sont encore en cours. Différentes caractéristiques des applications liées à une meilleure acceptabilité et efficacité sont décrites dans le **tableau 2**. Ces résultats pourraient guider la création de futures applications pour faciliter l'accès aux soins des populations migrantes. Une évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité utilisant des méthodes solides, avec des groupes contrôles et des issues objectives, devrait être la règle, tout comme l'implication des personnes migrantes et des soignant-e-s dans leur développement.

ANTIDÉPRESSEUR: ARRÊTER OU NE PAS ARRÊTER?

Les antidépresseurs sont fréquemment prescrits par les médecins de premier recours lors d'épisode dépressif. Une fois l'épisode résolu, faut-il maintenir le traitement ou l'arrêter au risque de précipiter une récurrence? Une étude randomisée, impliquant des patient-e-s recruté-e-s dans 150 cabinets au Royaume-Uni, tente d'y répondre.¹² Les critères de sélection étaient d'avoir eu 2 épisodes antérieurs de dépression ou d'être sous traitement antidépresseur depuis plus de 2 ans, et de prendre 1 des 4 antidépresseurs sélectionnés (citalopram, sertraline, fluoxétine ou mirtazapine) de manière régulière depuis au moins 9 mois, de s'être remis de l'épisode dépressif le plus récent et de se sentir assez bien pour arrêter l'antidépresseur.

Un groupe de patient-e-s a reçu le traitement habituel et l'autre un traitement dégressif avec remplacement progressif de la substance active par un placebo sur 12 semaines. La durée de suivi a été de 52 semaines avec des évaluations péri-

TABLEAU 1 Effets de l'application de télémonitoring

Points de vue et propositions des participants à propos de l'application de télémonitoring pour des patient-e-s multimorbides de ≥ 65 ans présentant des troubles cognitifs légers.¹⁰

PV: paramètres vitaux; TCL: troubles cognitifs légers.

Propositions des participants	Effets positifs/bénéfices	Effets négatifs
Plus de matériel éducatif et innovant	Sentiment de sécurité (suivi régulier des PV)	Incompréhension des fluctuations des PV entre l'outil et l'outil propre du patient
Contenus plus personnalisés	Sentiment de renforcement de l'indépendance	
Contenus répondant plus spécifiquement aux besoins des patients présentant des TCL	Sentiment d'un meilleur suivi médical (transmission des PV au médecin)	

TABLEAU 2 Caractéristiques des applications pour patients allophones

Exemples de caractéristiques liées à une meilleure acceptabilité et efficacité.¹¹

Types d'application	Caractéristiques liées à une meilleure acceptabilité et efficacité
Promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> La parole est généralement préférée au texte Intégration d'une option permettant d'appeler directement un interprète dans l'application Intégration d'une liste d'hôpitaux proches pour le suivi des soins Possibilité pour les patients de répondre par des images
Traduction	<ul style="list-style-type: none"> Fonction d'aide et tutoriel, idéalement par un humain virtuel Culturellement approprié Coloré et attrayant, mais aussi professionnel, avec des informations faciles d'accès Interactif, avec un retour d'information immédiat Présence de documents audio, vidéos et images Possibilité pour les personnes ayant migré d'apprendre les termes médicaux dans la langue du pays dans lequel elles vivent

diques. L'issue primaire était une récurrence de dépression. Le monitoring de symptômes de dépression, d'anxiété, d'effets secondaires et de sevrage du médicament était une issue secondaire. Sur 25 553 patient-e-s invité-e-s, 606 étaient éligibles et 478 ont été enrôlé-e-s, dont 75% de femmes et 75% de personnes sous antidépresseur depuis plus de 3 ans. Le **tableau 3** résume les principaux résultats.

Le risque de récurrence d'épisode dépressif avec ou sans antidépresseur est élevé chez des personnes avec antécédents de dépression, et ce risque augmente encore en cas d'arrêt de l'antidépresseur, même chez des personnes se déclarant assez bien pour arrêter. Un nombre conséquent de personnes choisissent de reprendre leur traitement initial, même si leurs raisons n'ont pas été répertoriées. L'intérêt de cette étude est son design solide en double aveugle. Toutefois, il s'agit de personnes avec prise prolongée d'antidépresseur; les résultats sont difficilement applicables à des personnes avec un épisode dépressif de plus courte durée ou non récidivant. Enfin, les femmes y sont largement surreprésentées; une analyse de sous-groupe en fonction du genre aurait été bienvenue.

DÉTECTION ET PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES CONJUGALES DANS LA POPULATION LGBTIQ+

La population LGBTIQ+, en particulier celle issue de la migration, ainsi que les personnes bisexuelles et transsexuelles, est plus confrontée aux violences conjugales (VC) que la population hétérosexuelle et cisgenre. En plus des mécanismes habituels, l'auteur-e des VC utilise le contrôle, le chantage, l'intimidation avec la menace de révéler l'orientation et l'identité de genre (outing) aux ami-e-s, à la famille, au travail ou à la communauté. Quant aux personnes victimes, elles reconnaissent moins bien les VC et ont plus de barrières à la demande d'aide. Elles hésitent à en parler, ne voulant pas

trahir, discréditer leurs semblables, parfois par peur et honte, et craignent les interactions avec la police et la justice (surtout les personnes transsexuelles).

L'impact sur leur santé semble plus important, avec un risque majoré de dépression, d'anxiété, de syndrome de stress post-traumatique, d'utilisation nocive de substances, de maladies sexuellement transmissibles et de lésions physiques.¹³

Les médecins de premier recours sont en première ligne pour détecter ces situations. Mais les stéréotypes et préjugés, par exemple que les femmes ne peuvent pas être auteures de VC ou que les VC dans cette population sont moins fréquentes et moins sévères, sont autant de barrières à la détection. Il est important que les médecins se forment spécifiquement à cette problématique pour améliorer leur réponse clinique et l'inclusivité, et éviter aux personnes concernées de mauvaises expériences dans les soins.

Les protocoles internationaux et les recherches sur les VC concernent surtout la population hétérosexuelle et cisgenre, ainsi que les femmes victimes d'hommes. Des outils spécifiques de détection valables pour tous les couples devraient être utilisés et les professionnel-le-s devraient connaître les ressources spécifiques locales afin de favoriser les soins, la reconnaissance judiciaire et sociale, et de lutter contre la discrimination et l'isolement en restaurant une confiance.¹⁴

LE VAPOTAGE AVEC NICOTINE EST-IL EFFICACE ET SÛR POUR L'ARRÊT DU TABAC?

Le tabagisme est un facteur de risque majeur de mortalité prématurée et de multiples maladies surtout CV, oncologiques et respiratoires. Les conseils professionnels et la pharmacothérapie ont une efficacité modeste sur l'arrêt du

TABLEAU 3 Synthèse des résultats de l'étude ANTLER¹²

DS: déviation standard; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item version; HR: Hazard Ratio; IC: intervalle de confiance; PHQ-9: Patient Health Questionnaire 9-item version; 13-TSES: 13-item Toronto Side Effect Scale; 14-DESS: 14-item Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms checklist.

Issues	Groupe avec maintien de l'antidépresseur (n = 238)	Groupe avec arrêt de l'antidépresseur (n = 240)	Taille de l'effet (HR) ou différence (IC 95%)
Récurrence de dépression - nombre (%)	92 (39)	135 (56)	HR 2,06 (1,56-2,7)
Symptômes de dépression - score PHQ-9 ± DS			
• à 12 semaines	4,1 ± 3,8	6,3 ± 5,1	2,2 (de 1,5 à 2,8)
• à 52 semaines	3,7 ± 3,7	4,0 ± 4,5	0,4 (de -0,3 à 1,1)
Symptômes d'anxiété - Score sur GAD-7 (DS)			
• à 12 semaines	3,1 ± 3,3	5,3 ± 4,6	2,4 (de 1,8 à 3,0)
• à 52 semaines	3,0 ± 3,7	3,1 ± 3,0	0,3 (de -0,4 à 0,9)
Effets secondaires - score sur 13-TSES (DS)			
• à 12 semaines	4,2 ± 2,9	4,6 ± 3,0	0,7 (de 0,3 à 1,1)
• à 52 semaines	3,7 ± 2,6	3,5 ± 2,8	0,0 (de -0,4 à 0,5)
Nombre de symptômes de sevrage selon 14-DESS (DS)			
• à 12 semaines	1,3 ± 2,4	3,1 ± 3,5	1,9 (de 1,5 à 2,3)
• à 52 semaines	0,8 ± 1,8	1,1 ± 2,5	0,3 (de 0,0 à 0,6)
% des patients ayant arrêté précocement l'essai randomisé	30%	48%	HR: 2,28 (1,68-3,08)
% des patients ayant arrêté l'essai qui ont repris un antidépresseur	20% (IC 95%: 15-25%)	39% (IC 95%: 32-45%)	N/A

TABLEAU 4

Effets du vapotage sur
l'arrêt du tabac à 6 mois

Synthèse des résultats concernant l'efficacité et les effets indésirables.

Effets cliniques	Risque relatif (IC 95%)	Niveau de preuve (GRADE)
Efficacité sur l'arrêt du tabac à 6 mois ou plus		
Vapotage avec nicotine vs substituts nicotiques	1,53 (1,21-1,93)	Modérée
Vapotage avec nicotine vs vapotage sans nicotine	1,94 (1,21-3,13)	Modérée
Vapotage avec nicotine vs conseils/pas d'intervention	2,61 (1,44-4,74)	Très faible
Fréquence d'effets indésirables sévères		
Vapotage avec nicotine vs substitution nicotinique	1,44 (0,94-2,19)	Faible
Vapotage avec nicotine vs vapotage sans nicotine	0,95 (0,52-1,72)	Faible
Vapotage avec nicotine vs conseils/pas d'intervention	1,51 (0,70-3,24)	Très faible

tabac. Sur le marché depuis 10 ans, la cigarette électronique est un dispositif qui chauffe un liquide contenant de la nicotine et des arômes et produit une vapeur inhalée par l'utilisateur (vapotage). De nombreux fumeurs utilisent ce dispositif pour arrêter ou réduire leur tabagisme mais on ignore son efficacité et sa sécurité.

Une méta-analyse de 61 études avec 16 759 participants a évalué l'effet du vapotage avec nicotine sur l'arrêt du tabac validé biochimiquement durant 6 mois ou plus et le risque d'effets indésirables sévères autorapportés et confirmés dans les dossiers médicaux (tableau 4).¹⁵

La méta-analyse montre que le vapotage avec nicotine est plus efficace sur l'arrêt du tabac durant au moins 6 mois que la substitution nicotinique et le vapotage sans nicotine avec un niveau de preuve modéré et limité par l'imprécision. Le vapotage avec nicotine montre un taux d'arrêt du tabac supérieur aux conseils ou à l'absence d'intervention mais le niveau de preuve est très faible vu les hauts risques de biais et d'imprécision.

Dans cette méta-analyse, le taux d'effets indésirables sévères était semblable dans le groupe du vapotage avec nicotine et les trois groupes comparatifs mais le niveau de preuve est faible à cause du haut risque d'imprécision dû au petit nombre d'essais cliniques et d'événements.

Le vapotage avec nicotine est plus efficace pour l'arrêt du tabac d'au moins 6 mois que les substituts nicotiques et le vapotage sans nicotine avec un niveau de preuve modéré. Sa supériorité par rapport aux conseils ou l'absence d'intervention est plus incertaine. Le risque d'effets indésirables graves est bas et semblable dans les quatre groupes mais le niveau de preuve sur la sécurité est faible.

CONCLUSION

L'ajustement de notre pratique quotidienne à ces nouvelles données est important pour apporter un bénéfice aux patients que nous suivons.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Sous réserve de la tolérance, les personnes âgées hypertendues devraient bénéficier d'un contrôle optimal de leur tension artérielle, afin de diminuer leur risque cardiovasculaire
- Les médecins de premier recours ont désormais un rôle important à jouer dans le dépistage, l'intervention et la référence de certains cas de NAFLD (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease) au spécialiste
- Il ne semble pas utile de recommander un régime riche en acide gras oméga 3 aux patient.e.s à haut risque cardiovasculaire
- Les outils de télémonitoring aident les patient.e.s à se sentir plus en sécurité à domicile et renforcent leur sentiment d'indépendance
- Les applications pour faciliter la communication avec des personnes allophones sont globalement bien acceptées, d'autant plus si elles ne se limitent pas à la traduction
- Le risque de récurrence d'épisode dépressif est important à l'arrêt d'un traitement antidépresseur prolongé; il implique donc une décision partagée avec les patient.e.s
- Il est recommandé de détecter les violences conjugales dans tous les couples, y compris au sein de la population LGBTIQ+, et important de se former à apporter une aide spécifique de qualité
- Le vapotage avec nicotine est plus efficace pour l'arrêt du tabac durant au moins 6 mois que les substituts nicotiques et le vapotage sans nicotine (niveau de preuve modéré), avec un risque d'effets indésirables graves semblable aux groupes comparatifs (faible niveau de preuve)

1 Douros A, Tölle M, Ebert N, et al. Control of Blood Pressure and Risk of Mortality in a Cohort of Older Adults: the Berlin Initiative Study. *Eur Heart J* 2019;40:2021-8.
2 Wright JT Jr., Williamson JD, Whelton PK, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16.
3 *Zhang W, Zhang S, Deng Y, et al. Trial of Intensive Blood-Pressure Control in

Older Patients with Hypertension. *N Engl J Med* 2021;385:1268-79.
4 Goossens N. La stéatopathie métabolique : fini la banalisation ! *Forum Med Suisse* 2018;18:10-2.
5 Kanwal F, Shubrook JH, Adams LA, et al. Clinical Care Pathway for the Risk Stratification and Management of Patients With Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Gastroenterology* 2021;161:1657-69.
6 Li J, Pora BLR, Dong K, Hasjim J.

Health Benefits of Docosahexaenoic Acid and Its Bioavailability: a Review. *Food Sci Nutr* 2021;9:5229-43.
7 Nicholls SJ, Lincoff AM, Garcia M, et al. Effect of High-Dose Omega-3 Fatty Acids vs Corn Oil on Major Adverse Cardiovascular Events in Patients at High Cardiovascular Risk: The STRENGTH Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;324:2268-80.
8 Bhatt DL, Steg PG, Miller M, et al. Cardiovascular Risk Reduction with

Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia. *N Engl J Med* 2019;380:11-22.
9 Saito Y, Yokoyama M, Origasa H, et al. Effects of EPA on Coronary Artery Disease in Hypercholesterolemic Patients with Multiple Risk Factors: Sub-Analysis of Primary Prevention Cases from the Japan EPA Lipid Intervention Study (JELIS). *Atherosclerosis* 2008;200:135-40.
10 Scheibe M, Lang C, Druschke D, et al. Independent Use of a Home-Based

Telemonitoring App by Older Patients With Multimorbidity and Mild Cognitive Impairment: Qualitative Study. *JMIR Hum Factors* 2021;8: e27156.
 11 *Thonon F, Perrot S, Yergolkar AV, et al. Electronic Tools to Bridge the Language Gap in Health Care for People Who Have Migrated: Systematic Review. *J*

Med Internet Res 2021;23: e25131.
 12 **Lewis G, Marston L, Duffy L, et al. Maintenance or Discontinuation of Antidepressants in Primary Care. *N Engl J Med* 2021;385:1257-67.
 13 *Bermea AM, Slakoff DC, Goldberg AE. Intimate Partner Violence in the LGBTQ+ Community: Experiences, Outcomes, and

Implications for Primary Care. *Prim Care* 2021;48:329-37.
 14 Stephenson R, Hall CD, Williams W, Sato K, Finneran C. Towards the Development of an Intimate Partner Violence Screening Tool for Gay and Bisexual Men. *West J Emerg Med* 2013;14:390-400.

15 **Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Butler AR, et al. Electronic Cigarettes for Smoking Cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;9.

* à lire
 ** à lire absolument