

Avancées scientifiques de 2022 en médecine interne générale ambulatoire

Dr ALEXANDRE GOUVEIA^a, Dre AURELIE BONGARD^a, Dr CHRISTIAN VON PLESSEN^a, Dr DAVID VELEZ^a, Dre EVA DEILLON^a, Dre HELENE DELORME^a, Dr IOANNIS KOKKINAKIS^{a,b}, Dr JEREMIE SAMUSURE^{a,b}, Dr KEVIN SELBY^a et Pr PATRICK BODENMANN^{a,b}

Rev Med Suisse 2023; 19: 167-71 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.812.167

Chez les patients de 65 ans ou plus, le risque de démence diminue après une chirurgie de la cataracte. Le stress mental double le risque d'événements cardiaques chez des patients avec une coronaropathie stable. La station monopodale effectuée au cabinet permet d'estimer la mortalité totale chez les patients de 50 ans ou plus. Ceux souffrant de douleurs chroniques bénéficient d'un traitement par dronabinol ou nabiximols. Les substituts de sel sont une alternative au sel ordinaire chez les hypertendus de 60 ans ou plus. La promotion de l'activité physique au cabinet est efficace dans la diminution de la sédentarité. La musique a un impact favorable sur les dimensions mentales de la qualité de vie. Les coloscopies effectuées chez les patients de 75 ans ou plus présentent un risque supérieur de complications non gastro-intestinales comparativement à celles gastro-intestinales.

2022 scientific breakthroughs in ambulatory general internal medicine

In patients aged 65 or older, the risk of dementia decreases with cataract surgery. Mental stress doubles the risk of a cardiac event in patients with stable coronary artery disease. The one-legged stance performance estimates total mortality in patients 50 years or older. Patients with chronic pain benefit from treatment with dronabinol or nabiximols. Salt substitutes are an alternative to regular salt in hypertensive patients aged 60 years or more. The promotion of physical activity in the office is effective in reducing sedentary behavior. Music has a favorable impact on the mental dimensions of quality of life. Colonoscopies performed on patients aged 75 years or more have a higher risk of non-gastrointestinal complications than gastrointestinal complications.

INTRODUCTION

Les chefs de clinique et médecins cadres d'Unisanté résument dans cet article une sélection de huit articles publiés dans la littérature scientifique entre juillet 2021 et juin 2022, pouvant avoir un impact sur la pratique clinique des médecins de première ligne. Les articles retenus pour cet article touchent des thématiques médicales variées comme la neurologie, la cardiologie ou la médecine préventive.

^a Policlinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, 1011 Lausanne, ^b Département vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, 1011 Lausanne
alexandre.gouveia@unisante.ch | aurelie.bongard@unisante.ch
christian.von-plessen@vd.ch | david.velez@unisante.ch | eva.deillon@unisante.ch
ioannis.kokkinakis@unisante.ch | helene.delorme@unisante.ch
jeremie.samusure@unisante.ch | kevin.selby@unisante.ch
patrick.bodenmann@unisante.ch

DÉMENCE: LA CHIRURGIE DE LA CATARACTE COMME FACTEUR PROTECTEUR?¹

La démence chez la personne âgée est associée à certains facteurs de risque potentiellement modifiables, tels que les déficits visuels.^{2,3} C'est ce que semble confirmer cette étude de cohorte prospective évaluant 3038 adultes sans démence, de 65 ans ou plus, atteints de cataracte.¹ Parmi eux, 46% ont subi une chirurgie au cours du suivi, avec pour but de restaurer leur vision. Comparativement aux personnes qui n'ont pas été opérées, la chirurgie de la cataracte est significativement associée à un risque environ 30% plus faible de développer une démence (HR: 0,71; IC 95%: 0,62-0,83; p: < 0,001), et cela indépendamment d'autres paramètres tels que le niveau d'éducation, l'ethnie, le tabagisme, le génotype de l'apolipoprotéine E, le sexe, l'âge, la santé globale et le niveau d'utilisation du système de santé (figure 1). La diminution du risque de démence persiste au moins 10 ans après l'opération. Dans une cohorte comparative, la chirurgie du glaucome, qui ne restaure pas la vision, n'est pas associée à une diminution du risque de démence (HR: 1,08; IC 95%: 0,75-1,56; p: 0,68).

Les mécanismes sous-jacents à l'association entre l'opération de la cataracte et la démence restent hypothétiques. Le déficit visuel lié à la cataracte pourrait engendrer des difficultés psychosociales, un retrait des interactions sociales et une réduction des activités ou de l'exercice, tous associés avec le déclin cognitif.⁴ Le déficit visuel pourrait également diminuer les stimuli neuronaux et accélérer la neuro-dégénérescence.⁵

Ces résultats nous invitent à ne pas minimiser l'impact des déficits sensoriels sur les troubles cognitifs des personnes âgées et à les dépister activement.

La chirurgie de la cataracte est associée à une diminution du risque de démence chez les patients âgés de plus de 65 ans.

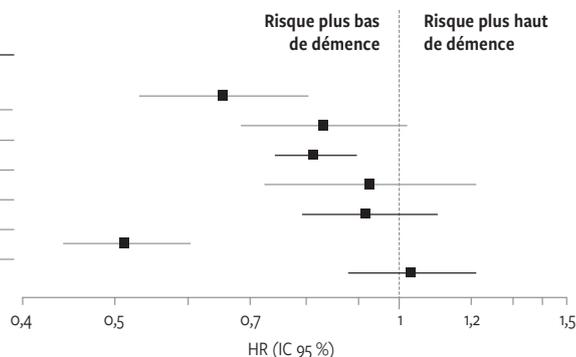
QUE DE STRESS POUR LES CORONAIRES!⁶

Le lien entre stress mental et risque de maladie coronarienne semble de plus en plus évident.⁷ Avec deux cohortes prospectives parallèles de patients avec maladie coronarienne stable, Vaccarino et coll. ont voulu vérifier le lien établi entre le stress mental et la survenue d'événements cardiovasculaires.⁶ Chaque participant prenait part à une évaluation clinique et psychosociale, et à trois imageries par tomogra-

FIG 1 Risque de démence selon les variables étudiées

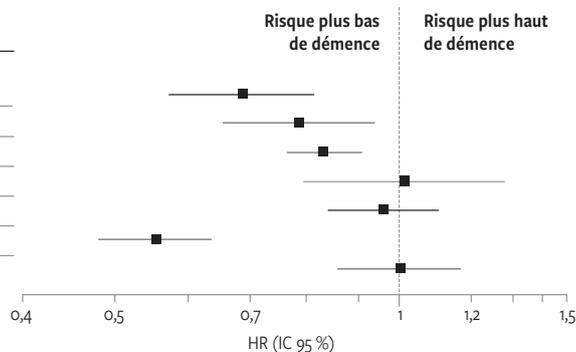
A Démence toutes causes confondues

Variable	HR (IC 95 %)
Années après chirurgie de la cataracte	
0-5	0,65 (0,53-0,80)
> 5	0,83 (0,68-1,02)
Éducation complémentaire, 4 ans	0,81 (0,74-0,90)
Race blanche autodéclarée	0,93 (0,72-1,21)
Fumeur actuel ou ancien	0,92 (0,79-1,07)
Absence allèles APOE ε4	0,51 (0,44-0,60)
Femme	1,03 (0,60-1,21)



B Maladie d'Alzheimer

Variable	HR (IC 95 %)
Années après chirurgie de la cataracte	
0-5	0,68 (0,57-0,81)
> 5	0,78 (0,65-0,94)
Éducation complémentaire, 4 ans	0,83 (0,76-0,91)
Race blanche autodéclarée	1,01 (0,79-1,29)
Fumeur actuel ou ancien	0,96 (0,84-1,10)
Absence allèles APOE ε4	0,55 (0,48-0,63)
Femme	1,00 (0,86-1,16)



(Adaptée de réf.1).

phie par émission monophotonique dans des situations de repos, de stress mental standardisé (présentation de 3 minutes devant un jury) et de stress conventionnel (exercice physique ou stress pharmacologique). Les critères de jugement primaire et secondaire de l'étude étaient, respectivement, de répertorier un composite des décès cardiovasculaires ou des infarctus du myocarde non fatals, et un composite des décès cardiovasculaires, des infarctus du myocarde non fatals et des hospitalisations pour décompensation cardiaque. En regroupant les deux cohortes pour l'analyse (918 patients), le taux d'événements pour le critère de jugement primaire était de 6,9 pour 100 patients-années pour les patients avec une ischémie cardiaque induite par un stress mental, et de 2,6 pour ceux sans, avec un HR à 2,5 (IC 95%: 1,8-3,5). Pour le critère de jugement secondaire, le taux d'événements était de 12,6 pour 100 patients-années pour ceux avec une ischémie induite par un stress mental, et de 5,6 pour ceux sans, avec un HR à 2,0 (IC 95%: 1,5-2,5). Globalement, l'ischémie cardiaque induite par un stress mental était significativement associée à un risque plus élevé de présenter un nouvel événement cardiovasculaire, approximativement doublé, que l'on retrouve dans une méta-analyse de 2014.⁸

Le stress mental est associé à un risque approximativement doublé de présenter un nouvel événement cardiovasculaire chez des patients avec une maladie coronarienne stable.

STATION MONOPODALE DE 10 SECONDES: UN OUTIL POUR LE CABINET?⁹

La diminution de l'équilibre, plus évidente dès 50 ans, a un impact négatif sur la santé, mais on sait peu de choses à propos de l'association avec la mortalité.¹⁰ L'évaluation de l'équilibre et des chutes n'est pas faite systématiquement, même chez des populations à risque accru.¹¹

Les auteurs ont réalisé une étude de cohorte prospective issue d'une étude primaire, la cohorte brésilienne CLINIMEX Exercise, débutée en 1994, incluant des patients âgés de 6 à 99 ans et envisageant d'étudier l'association entre la mortalité et des variables associées à l'exercice physique.⁹ Entre 2009 et 2020, les patients âgés de 51 à 75 ans ont vu leur équilibre évalué par le biais de la station monopodale (SM) (figure 2) de 10 secondes; des courbes de survie ont été calculées tous les 5 ans. Le suivi a eu lieu jusqu'au moment du décès ou de la dernière évaluation. Tout patient avec marche instable, pathologie vestibulaire ou otoneurologique aiguë, a été exclu. L'objectif était d'évaluer l'existence d'une association entre la performance à la SM et la mortalité totale (toutes causes confondues) ainsi que la plus-value ajoutée par la SM à des modèles pronostiques de mortalité classiques (utilisant variables anthropométriques et comorbidités).¹²

Un total de 1702 patients ambulatoires (68% hommes) a été inclus. L'étude a démontré que les sujets n'ayant pas réussi la

FIG 2

Station monopodale



SM avaient un risque de mortalité totale significativement plus élevé (HR: 4,58; $p < 0,001$). Cette association reste présente après ajustement pour l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle et les comorbidités (HR: 1,84; $p: 0,003$).

Malgré quelques limitations dans cette étude (comme l'absence des chutes dans les variables), l'évaluation de la SM semble utile au cabinet pour estimer le risque de mortalité.

Chez les patients âgés de plus de 50 ans, l'incapacité à effectuer une SM de 10 secondes est associée à un risque de mortalité totale plus élevé.

QUELLE PLACE POUR LE CANNABIS DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE?¹²

L'accessibilité facilitée aux cannabinoïdes va probablement accroître le nombre de personnes intéressées à en consommer, notamment pour le traitement des douleurs chroniques. Il paraît donc important que les médecins de première ligne soient informés au mieux pour pouvoir accompagner ces patients utilisateurs ou intéressés à le devenir.¹³

Une revue systématique récente s'est intéressée à l'évaluation des risques et des bénéfices des cannabinoïdes dans le traitement de la douleur chronique, en fonction de leurs propriétés pharmacologiques, c'est-à-dire ratio de tétrahydrocannabinol/cannabidiol (THC/CBD) haut, moyen ou bas.¹³ Cette revue, conçue pour être continuellement mise à jour (*Living Systematic Review*), mandatée et financée par l'agence de santé des États-Unis, a analysé 18 études randomisées et contrôlées par placebo ($n = 1740$) et 7 études de cohorte ($n = 13\ 095$), pour une période de suivi entre 1 et 6 mois. Les participants étaient principalement des femmes, d'âge moyen de 55 ans et souffrant majoritairement de douleurs neuropathiques. Les auteurs concluent que le dronabinol et la nabilone (cannabinoïdes synthétiques, THC pur) ainsi que le nabiximols (spray sublingual à ratio comparable de THC/CBD) sont probablement associés à une diminution des douleurs chroniques, mais aussi probablement à des effets indésirables mineurs (vertige, nausée et sédation).

Une autre méta-analyse récente, publiée à 2 mois d'intervalle, s'est également intéressée aux indications des cannabinoïdes en fonction de leurs caractéristiques pharmacologiques, avec

un effet modéré du dronabinol et du nabiximols sur les douleurs chroniques.¹⁴ Ces derniers sont effectivement disponibles en Suisse, mais ne sont pas remboursés par la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie).^{15,16}

Malgré de nombreuses limitations pour ces deux revues, les résultats sont intéressants pour mieux cibler les indications et profils de sécurité des cannabinoïdes en fonction de leur action pharmacologique.

Le dronabinol et le nabiximols pourraient avoir un effet sur des douleurs chroniques réfractaires avec un risque d'effets indésirables mineurs.

LES SUBSTITUTS DE SEL DIMINUENT LE RISQUE CARDIOVASCULAIRE: MYTHE OU RÉALITÉ?¹⁷

Les substituts de sel, qui remplacent une partie du sodium par du potassium, contribuent à la baisse de la tension artérielle, mais leur effet sur le risque cardiovasculaire est encore incertain.^{18,19}

Une étude ouverte, randomisée et contrôlée en grappes, a comparé l'effet de substituts en sel (75% de chlorure de sodium et 25% de chlorure de potassium) à la consommation régulière de sel (100% chlorure de sodium) dans 600 villages en Chine, randomisés selon un rapport 1:1, avec 20 995 participants (49,5% de femmes, âge moyen 65,4 ans) et un suivi moyen de 4,74 ans, avec inclusion entre 2014 et 2015. 72,6% des participants étaient connus pour des antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) et 88,5% de l'hypertension. L'issue primaire était la survenue d'un AVC, celles secondaires, les événements cardiovasculaires majeurs (AVC, syndrome coronarien aigu ou décès d'origine cardiovasculaire) et les décès de toute cause.

Les résultats de l'étude montrent que les personnes qui consomment des substituts de sel ont un risque d'AVC et d'événements cardiovasculaires majeurs moins élevés comparés à celles avec une consommation de sel habituelle (rate ratio: 0,86; IC 95%: 0,77-0,96; $p < 0,006$ et rate ratio de 0,87; IC 95%: 0,80-0,94; $p < 0,001$, respectivement). Le risque de décès est également inférieur dans le groupe d'intervention (rate ratio: 0,88; IC 95%: 0,82-0,95; $p < 0,001$) avec un bon profil de sécurité concernant les troubles électrolytiques (rate ratio pour l'hyperkaliémie: 1,04; IC 95%: 0,80-1,37; $p: 0,76$).

Cette étude reste méthodologiquement solide, malgré quelques limitations (potassium non mesuré en série, risque de sous-estimation de l'hyperkaliémie, seulement une forme de substitution utilisée, non généralisable, groupes d'intervention non aveugles, etc.). Les substituts de sel semblent avoir un effet protecteur contre les événements cardiovasculaires et le décès, lorsqu'ils sont comparés à la consommation habituelle de sel.

Les substituts de sel sont une alternative prometteuse au sel ordinaire pour des patients hypertendus âgés de 60 ans ou plus, ou avec des antécédents d'AVC.

L'ACTIVITÉ SPORTIVE DEVRAIT-ELLE FAIRE PARTIE DE LA PRISE EN CHARGE AU CABINET?²⁰

Le manque d'activité physique est une autre pandémie, associée aux maladies cardiovasculaires et métaboliques entre autres.²¹⁻²³ L'OMS considère cet axe de santé publique comme prioritaire et a édicté en 2020 de nouvelles recommandations: un minimum hebdomadaire de 150 à 300 minutes d'activité physique en intensité modérée ou 75 à 150 minutes d'activité physique intense, ou éventuellement une combinaison des deux.²⁴

Une revue systématique et méta-analyse de 46 essais randomisés et contrôlés réalisée par Kettle et coll. a évalué l'efficacité des interventions prescrites par les professionnels de la santé pour augmenter le temps d'activité physique d'intensité modérée à intense dans une population d'adultes.²¹ Les participants inclus dans le groupe d'intervention ont augmenté leur temps d'activité physique modérée à intense de 14 minutes/semaine (IC 95%: 4,2-24,6; p: 0,006). Ils ont également atteint plus fréquemment les paliers proposés dans les recommandations de l'OMS (OR: 1,33; IC 95%: 1,17-1,50; p: < 0,001). Les participants bénéficiant de multiples contacts brefs (≤ 30 minutes) (OR: 1,43; IC 95%: 1,18-1,73; p: < 0,001) ou intensifs (> 30 minutes) (OR: 1,24; IC 95%: 1,04-1,47; p: 0,01) montrent une meilleure progression.

Cette étude montre que les médecins généralistes ont un rôle essentiel à jouer dans l'effort global pour augmenter le degré d'activité physique des patients par des interventions ciblées et suivies à titre de promotion de la santé et de prévention primaire.

La promotion de l'activité physique effectuée en cabinet par les médecins de première ligne est efficace pour diminuer la sédentarité.

ÉCOUTONS ET PRESCRIVONS DE LA MUSIQUE²⁵

La musique est l'un des plus grands plaisirs de la vie et ses effets sur la santé et le bien-être ont été largement étudiés.²⁶ McCrary et coll. les ont quantifiés dans une revue systématique et une méta-analyse.²⁶ Ils ont inclus des études utilisant les questionnaires SF-36/SF-12 sur la qualité de vie liée à la santé (Health-Related Quality of Life, HRQL), qui est considérée être un bon indicateur du bien-être, comme mesure des résultats. Les interventions musicales ont été comparées à la relaxation, à la méditation, à l'activité physique, au conseil de groupe, à la thérapie habituelle ou à un groupe contrôle sans thérapie. L'analyse de 20 essais cliniques randomisés et de 6 études portant sur un seul groupe de chant, de musicothérapie ou d'écoute musicale a révélé un effet significatif sur les composantes de santé mentale et physique des questionnaires SF. Une augmentation cliniquement importante a été juste atteinte pour la composante mentale, mais pas pour celle physique des SF-36/SF-12. Les effets étaient légèrement plus élevés lorsque les interventions musicales étaient complémentaires au traitement habituel. Près de deux tiers des études incluses étaient de qualité méthodologique modérée à élevée selon le système GRADE, malgré leurs petits collectifs

pour la plupart.²⁷ Il n'y avait pas de différence significative selon le type d'intervention musicale, ni en fonction de la durée de l'intervention, fréquence et longueur des séances. L'effet des interventions musicales était similaire à celui de la méditation, mais inférieur à l'entraînement musculaire ou à la perte de poids.^{28,29}

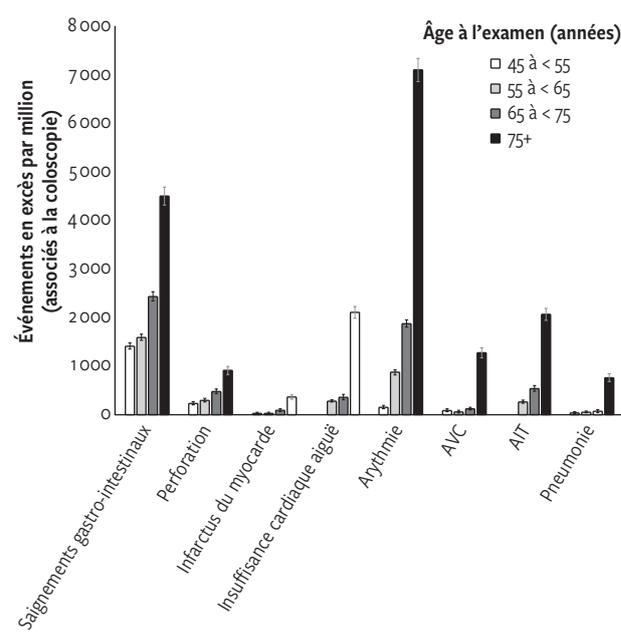
Cette étude fournit des preuves convaincantes sur les effets positifs de la musique sur les dimensions psychiques de la qualité de vie. D'autres recherches seront nécessaires pour identifier le type d'intervention et les dosages qui seront optimaux. En attendant ces résultats, la musique (slow, classique, relaxation, méditative, *random*) peut être recommandée sans réserve comme stratégie d'amélioration du bien-être.

Les interventions musicales contribuent à l'amélioration des dimensions mentales de la qualité de vie liée à la santé.

ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES APRÈS UNE COLOSCOPIE: QUEL EST L'IMPACT DE L'ÂGE?³⁰

La coloscopie élective chez une personne asymptomatique apporte un bénéfice sur la réduction de l'incidence de cancer colorectal (CCR), mais est associée à un risque de complications gastro-intestinales, comme les perforations, et non gastro-intestinales, dont par exemple l'infarctus. Dans la littérature scientifique, le taux de complications gastro-intestinales est actuellement bien documenté. Toutefois, il reste difficile d'identifier les complications non gastro-intestinales survenues à cause d'une coloscopie, notamment celles associées à la préparation intestinale ou à la suspension de médicaments.³¹

FIG 3 Incidence et type d'événements indésirables associés aux coloscopies



(Adaptée de réf.³⁰).

Des auteurs américains ont examiné les visites aux urgences et les hospitalisations pour causes graves de 4,5 millions de personnes dans les 180 jours après une coloscopie (de dépistage ou de suivi).³¹ Le taux de complications de 0 à 60 jours après la coloscopie a été comparé à une période de stabilité (surtout 90 à 180 jours après). La période avant n'a pas été utilisée, car un événement grave peut être une contre-indication. Ils ont ainsi calculé le nombre d'événements en excès par millions de colonoscopies, stratifié par catégorie d'âge (figure 3). Les résultats n'ont pas démontré d'excès dans le nombre de décès pour toutes les catégories d'âge.

La coloscopie de dépistage est actuellement remboursée entre 50 et 69 ans, et est fortement recommandée jusqu'à 74 ans. Elle peut être considérée au cas par cas entre 75 et 84 ans.³² Une personne avec un risque de 4% de CCR sur les 15 prochaines années (typique entre 65 et 69 ans) peut s'attendre à réduire son risque de développer un CCR de 40 à 26/1000 grâce à une coloscopie, et celui de mourir de ce cancer de 13 à 8/1000.³³ Dans cette tranche d'âge, les complications citées restent à moins de 1 à 2/1000 ou moins, donc

une balance favorable. Cette dernière l'est moins au-delà des 75 ans.

L'incidence des événements indésirables graves non gastro-intestinaux liés aux coloscopies électives est faible, mais augmente fortement au-delà de 75 ans (figure 3).

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

Remerciements: Au Pr Jacques Cornuz, pour son soutien à la publication annuelle des «Avancées scientifiques en médecine interne générale ambulatoire». Aux chefs de cliniques et médecins cadres de la Policlinique de médecine générale pour leur participation active et enthousiaste dans l'analyse et la lecture critique d'articles scientifiques depuis déjà 17 ans.

ORCID ID

A. Gouveia: <https://orcid.org/0000-0002-5798-0092>

P. Bodenmann: <https://orcid.org/0000-0002-1058-1035>

1 **Lee CS, Gibbons LE, Lee AY, et al. Association Between Cataract Extraction and Development of Dementia. *JAMA Intern Med.* 2022 Feb 1;182(2):134-41. DOI: 10.1001/jamainternmed.2021.6990.

2 *Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet.* 2020 Aug 8;396(10248):413-46. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

3 Zheng DD, Swenor BK, Christ SL, et al. Longitudinal Associations Between Visual Impairment and Cognitive Functioning: The Salisbury Eye Evaluation Study. *JAMA Ophthalmol.* 2018 Sep 1;136(9):989-95. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2018.2493.

4 Brenner MH, et al. Vision change and quality of life in the elderly. Response to cataract surgery and treatment of other chronic ocular conditions. *Arch Ophthalmol.* 1993 May;111(5):680-5.

5 Boucard CC, Hernowo AT, Maguire RP, et al. Changes in cortical grey matter density associated with long-standing retinal visual field defects. *Brain.* 2009 Jul;132(Pt 7):1898-906. DOI: 10.1093/brain/awp119.

6 *Vacarino V, Almuwaqqat Z, Kim JH, et al. Association of Mental Stress-Induced Myocardial Ischemia With Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. *JAMA.* 2021 Nov 9;326(18):1818-28. DOI: 10.1001/jama.2021.17649.

7 Kivimäki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol.* 2018 Apr;15(4):215-29. DOI: 10.1038/nrcardio.2017.189.

8 Wei J, Rooks C, Ramadan R, et al. Meta-analysis of mental stress-induced myocardial ischemia and subsequent cardiac events in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 2014 Jul 15;114(2):187-92. DOI: 10.1016/j.amjcard.2014.04.022.

9 *Araujo CG, de Souza E Silva CG, Laukkanen JA, et al. Successful 10-second

one-legged stance performance predicts survival in middle-aged and older individuals. *Br J Sports Med.* 2022 Sep;56(17):975-80. DOI: 10.1136/bjsports-2021-105360.

10 Muir SW, Berg K, Chesworth B, Klar N, Speechley M. Quantifying the magnitude of risk for balance impairment on falls in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Epidemiol.* 2010 Apr;63(4):389-406. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.010.

11 Leroy V, Chen Y, Demnitz N, et al. Is Fall Risk Systematically Evaluated in Memory Clinics? A National Survey of Practice in France. *J Alzheimers Dis.* 2021;81(4):1483-91. DOI: 10.3233/JAD-201585.

12 McDonagh MS, Morasco BJ, Wagner J, et al. Cannabis-Based Products for Chronic Pain: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2022 Aug;175(8):1143-53. DOI: 10.7326/M21-4520.

13 *Médicaments à base de cannabis : modification de la loi. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/heilmittel/med-anwend-cannabis/gesetze-saenderung-cannabisarzneimittel.html

14 Bilbao A, Spanagel R. Medical cannabinoids: a pharmacology-based systematic review and meta-analysis for all relevant medical indications. *BMC Med.* 2022 Aug 19;20(1):259. DOI: 10.1186/s12916-022-02459-1.

15 Saltivex Lös. Disponible sur : <https://compendium.ch/product/1254995-sativex-sol/product>

16 <https://cannabis-med.ch/formulare-checklisten/>

17 Neal B, Wu Y, Feng X, et al. Effect of Salt Substitution on Cardiovascular Events and Death. *N Engl J Med.* 2021 Sep 16;385(12):1067-77. DOI: 10.1056/NEJMoa2105675.

18 Aburto NJ, Hanson S, Gutierrez H, et al. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: systematic review and meta-anal-

yses. *BMJ.* 2013 Apr 3;346:f1378. DOI: 10.1136/bmj.f1378.

19 Aburto NJ, Ziolkovska A, Hooper L, et al. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ.* 2013 Apr 3;346:f1326. DOI: 10.1136/bmj.f1326.

20 **Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2022 Feb 23;376:e068465. DOI: 10.1136/bmj-2021-068465.

21 Kohl HW 3rd, Craig CL, Lambert EV, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet.* 2012 Jul 21;380(9838):294-305. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60898-8.

22 Crooke R, Haseler C, Haseler T, Collins J, Crockett A. Physical activity and moving more for health. *J R Coll Physicians Edinb.* 2020 Jun;50(2):173-80. DOI: 10.4997/JRCPE.2020.223.

23 **Haseler C, Crooke R, Haseler T. Promoting physical activity to patients. *BMJ.* 2019 Sep 17;366:l5230. DOI: 10.1136/bmj.l5230.

24 *WHO. World Health Organisation. Physical Activity. 2022. Disponible sur : www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

25 *McCrary JM, Altenmüller E, Kretschmer C, Scholz DS. Association of Music Interventions With Health-Related Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2022 Mar 1;5(3):e223236. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.3236.

26 Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. *Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 67).*

27 Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines:

3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011 Apr;64(4):401-6. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.

28 Hart PD, Buck DJ. The effect of resistance training on health-related quality of life in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Health Promot Perspect.* 2019 Jan 23;9(1):1-12. DOI: 10.15171/hpp.2019.01.

29 Warkentin LM, Das D, Majumdar SR, Johnson JA, Padwal RS. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev.* 2014 Mar;15(3):169-82. DOI: 10.1111/obr.12113.

30 *Ladabaum U, Mannalithara A, Desai M, Sehgal M, Singh G. Age-Specific Rates and Time-Courses of Gastrointestinal and Nongastrointestinal Complications Associated With Screening/ Surveillance Colonoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2021 Dec 1;116(12):2430-45. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001531.

31 Lin JS, Piper MA, Perdue LA, et al. Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2016 Jun 21;315(23):2576-94. DOI: 10.1001/jama.2016.3332. Erratum in: *JAMA.* 2016 Aug 2;316(5):545. Erratum in: *JAMA.* 2016 Oct 4;316(13):1412.

32 **Jacot Sadowski I, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. *Forum Med Suisse.* 2021;21(5152):888-94. DOI: 10.4414/fms.2021.08924.

33 Helsing LM, Vandvik PO, Jodal HC, et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline. *BMJ.* 2019 Oct 2;367:l5515. DOI: 10.1136/bmj.l5515.

* à lire

** à lire absolument