

### Points de repère du rédacteur

- ▶ C'est tout un défi de se garder au fait de l'énorme quantité de nouvelles publications pertinentes en première ligne. Les auteurs de cette revue de synthèse résument les 10 études ou lignes directrices de 2021 qui, selon eux, se sont classées en haut du palmarès (et 2 mentions honorables) et pourraient avoir des effets significatifs sur la pratique de la médecine familiale complète.
- ▶ Les études portent sur une gamme d'affections et de sujets fréquemment rencontrés en première ligne, y compris les maladies cardiovasculaires, la perte pondérale, la dépression, la COVID-19, les soins prénataux et néonataux, la gonarthrose et la prescription d'antibiotiques.
- ▶ Les effets des substituts de sel sur les résultats cardiovasculaires, et la psilocybine contre la dépression de modérée à grave ont reçu des mentions honorables.

# Les meilleures études de 2021 adéquates pour les soins de première ligne

## De l'équipe du groupe PEER

Samantha S. Moe PharmD ACPR Betsy Thomas BScPharm  
Michael R. Kolber MD CCFP MSc Christina S. Korownyk MD CCFP  
Adrienne J. Lindblad PharmD ACPR Nicolas Dugré PharmD MSc BCACP  
Ricky D. Turgeon PharmD ACPR Emélie Braschi PhD MD G. Michael Allan MD CCFP FCFP

### Résumé

**Objectif** Résumer 10 études ou lignes directrices de grande qualité publiées en 2021 qui présentent un intérêt marqué pour les médecins qui ont une pratique familiale complète.

**Sélection des données probantes** L'équipe PEER (*Patients, Experience, Evidence, Research*), un groupe de professionnels de la santé dont la recherche s'intéresse à la médecine fondée sur les données probantes et à la médecine de première ligne, a systématiquement surveillé les résumés publiés dans les revues savantes importantes et dans EvidenceAlerts. L'équipe PEER a passé au crible, sélectionné et placé les résumés en ordre d'importance.

**Message principal** Les articles publiés en 2021 qui influenceront le plus probablement sur la pratique de première ligne traitent des sujets suivants : empagliflozine contre l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée; sémaglutide pour perdre du poids; arrêter les antidépresseurs en première ligne; budésonide par inhalation contre la COVID-19; acide acétylsalicylique en prévention de la prééclampsie; quart de dose d'antihypertenseurs contre l'hypertension; contrôle énergique de la tension artérielle chez les patients âgés; méthode kangourou pour les nouveau-nés de faible poids; chaussures pour la gonarthrose; et report de l'antibiothérapie pour les infections respiratoires pédiatriques. On jette également un coup d'œil rapide à deux « mentions honorables ».

**Conclusion** En 2021, la recherche a produit plusieurs études de grande qualité dans le domaine des soins cardiovasculaires, mais elle a également porté sur une gamme d'affections présentant un intérêt pour les soins de première ligne, dont la perte pondérale, la dépression et la COVID-19.

**B**on an, mal an, un nombre considérable d'articles médicaux sont publiés, et il est difficile pour les médecins de famille de se tenir au courant de la littérature. Nous avons résumé notre sélection des 10 meilleurs articles publiés en 2021, de même que 2 « mentions honorables » qui, selon nous, auront une valeur intéressante pour les médecins qui ont une pratique familiale complète.

### Sélection des données probantes

L'équipe PEER (*Patients, Experience, Evidence, Research*) a relevé les études et lignes directrices par surveillance systématique des tables des matières des revues savantes importantes (p. ex. *New England Journal of Medicine* et *The Lancet*). Nous avons également examiné EvidenceAlerts<sup>1</sup> et l'*American College of Physicians Journal Club*<sup>2</sup> qui, dans les deux cas, ont relevé des articles bien

cotés, adéquats pour la première ligne. C'est notre équipe qui a placé les études en ordre. Tous les résultats sont statistiquement significatifs, à moins d'indication contraire.

### Message principal

***L'empagliflozine réduit-elle les résultats cardiovasculaires chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée ou légèrement réduite (>40 %) ?***

*Réponse :* Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique dont la fraction d'éjection est supérieure à 40 %, l'empagliflozine réduit le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, sans égard à la présence de diabète.

*Méthodes :* Une étude avec répartition aléatoire, à double insu et contrôlée (N=5988) a comparé l'empagliflozine à 10 mg à un placebo chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique avec fraction d'éjection supérieure à 40 % (âge moyen : 72 ans; 49 % étaient diabétiques; 82 % étaient atteints d'insuffisance cardiaque de classe II selon la *New York Heart Association*; 67 % avaient une fraction d'éjection  $\geq 50$  %)<sup>3</sup>.

*Résultats :* À 26 mois, l'empagliflozine a réduit le paramètre d'évaluation principal composé (décès d'origine cardiovasculaire ou hospitalisation pour insuffisance cardiaque) à 13,8 % comparativement à 17,1 % sous le placebo (nombre de sujets à traiter [NST]=31). Le bienfait était surtout dû à la réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, sans impact sur les décès toutes causes (14,1 c. 14,3 %), qui étaient comparables chez les patients diabétiques ou non. L'empagliflozine a augmenté le risque d'hypotension (10,4 c. 8,6 %; nombre nécessaire pour nuire [NNN]=56), d'infections urinaires (9,9 c. 8,1 %; NNN=56) et d'infections génitales (2,2 c. 0,7 %; NNN=67).

### ***Le sémaglutide contribue-t-il à la perte pondérale ?***

*Réponse :* Le sémaglutide réduit le poids chez les patients obèses, mais ces derniers reprennent le poids perdu après avoir arrêté le médicament.

*Méthodes :* Deux études avec répartition aléatoire, à double insu et contrôlées se sont penchées sur l'effet du sémaglutide (2,4 mg/sem., sous-cutané) sur la perte pondérale chez les patients non diabétiques (âge moyen : 46 ans; 21 à 26 % de sexe masculin; indice de masse corporelle initial d'environ 38 kg/m<sup>2</sup>). Une étude avec répartition aléatoire et contrôlée (N=1961) a comparé le sémaglutide à un placebo pendant 68 semaines<sup>4</sup>, et l'autre (N=803) a administré le sémaglutide pendant 20 semaines, suivies d'une répartition aléatoire quant à la poursuite du sémaglutide ou d'un placebo pendant 48 semaines<sup>5</sup>.

*Résultats :* À 68 semaines, le sémaglutide avait réduit le poids (-15,3 kg) comparativement au placebo (-2,6 kg; différence de 12,7 kg), faisant en sorte que davantage de patients avaient perdu au moins 10 % de leur

poids corporel (69,1 c. 12,0 %; NST=2)<sup>4</sup>. Le sémaglutide a intensifié les effets indésirables gastro-intestinaux (74 c. 48 %; NNN=4) et l'arrêt du médicament en raison des effets indésirables (7 c. 3 %; NNN=25)<sup>4</sup>. Dans la deuxième étude, après une perte pondérale moyenne de 11 kg à 20 semaines, la poursuite du traitement par le sémaglutide a réduit encore plus le poids (-7,1 kg), alors que l'arrêt du traitement a donné lieu à une prise pondérale (gain de 6,1 kg; différence de 13,2 kg)<sup>5</sup>.

### ***Est-il sécuritaire de mettre fin aux antidépresseurs chez les patients dépressifs en rémission ?***

*Réponse :* Comparativement à la poursuite du traitement chez les patients en rémission sous antidépresseurs depuis longtemps, l'arrêt du traitement multiplie le nombre de patients qui rechutent à 1 an.

*Méthodes :* Dans une étude sur les soins de première ligne multicentrique, avec répartition aléatoire, contrôlée, et à double insu (N=478), les adultes qui présentaient des antécédents prolongés de dépression (âge moyen : 54 ans; 93 % avaient subi  $\geq 3$  épisodes de dépression; 70 % prenaient des antidépresseurs depuis  $\geq 3$  ans) et qui se sentaient suffisamment bien pour envisager d'arrêter ont été répartis aléatoirement pour la poursuite ou l'arrêt (prendre un placebo) du traitement<sup>6</sup>. Les patients prenaient un antidépresseur courant (citalopram, sertraline, fluoxétine ou mirtazapine) depuis au moins 9 mois.

*Résultats :* À 1 an, la rechute est survenue chez 39 % des patients du groupe ayant poursuivi le traitement et chez 56 % des patients du groupe ayant arrêté le traitement (NNN=6). L'arrêt du traitement a également été associé à un plus grand nombre de symptômes de sevrage et à des scores plus élevés de dépression et d'anxiété. Ces résultats sont comparables à ceux des études antérieures<sup>7</sup>.

### ***Les stéroïdes par inhalation sont-ils efficaces chez les patients dans la communauté atteints de la COVID-19 ?***

*Réponse :* Chez les patients ambulatoires atteints de la COVID-19, le budésonide par inhalation pourrait raccourcir le délai avant le rétablissement et réduire le besoin de se prévaloir de services de santé.

*Méthodes :* Une étude en mode ouvert a réparti aléatoirement des patients non hospitalisés qui avaient obtenu un résultat positif au dépistage de la COVID-19 et qui étaient âgés de 65 ans et plus, ou de 50 ans et plus avec comorbidités, pour recevoir le budésonide par inhalation à raison de 800 µg deux fois par jour pendant 14 jours ou les soins habituels (N=1856; âge moyen : 64 ans; environ 80 % avaient des comorbidités)<sup>8</sup>. Une étude avec répartition aléatoire et contrôlée de petite taille a aussi randomisé des patients pour recevoir le budésonide par inhalation ou les soins habituels (N=146; risque généralement inférieur; âge moyen : 45 ans)<sup>9</sup>.

**Résultats :** Les deux études laissent croire que le budésonide améliore le rétablissement à 14 jours comparativement aux soins habituels, avec un taux de rétablissement de 32 contre 22 % (NST=10) dans l'étude de plus grande envergure<sup>8</sup>. Le budésonide a aussi raccourci le délai avant le rétablissement (12 c. 15 jours)<sup>8</sup> et a réduit les visites de soins d'urgence et de soins impératifs (3 c. 15 %; NST=9)<sup>9</sup>. Le budésonide a eu un effet positif, mais non statistiquement significatif sur les hospitalisations ou les décès (6,8 c. 8,8 %)<sup>8</sup>.

### **L'acide acétylsalicylique (AAS) prévient-il la prééclampsie et ses complications?**

**Réponse :** Chez les femmes enceintes à risque accru de prééclampsie, une faible dose quotidienne d'AAS réduit le risque de prééclampsie, de mortalité périnatale, de naissance prématurée et de bébés petits pour l'âge gestationnel, sans signe de préjudice.

**Méthodes :** L'US Preventive Services Task Force a réalisé une revue systématique et méta-analyse de 18 études avec répartition aléatoire et contrôlées portant sur les faibles doses quotidiennes d'AAS (50 à 150 mg) chez les femmes enceintes à risque élevé de prééclampsie (N=15 908; âge moyen : 24 à 33 ans)<sup>10</sup>.

**Résultats :** L'AAS (100 mg/j était la dose la plus fréquemment utilisée) était habituellement entrepris entre la 11<sup>e</sup> et la 18<sup>e</sup> semaine, et était poursuivi jusqu'à l'accouchement ou après du terme. L'AAS a réduit les cas de prééclampsie (9,6 c. 11,3 %; NST=60), de mortalité périnatale (2,1 c. 2,7 %; NST=179) et de naissance prématurée (17,9 c. 22,4 %; NST=23), et a réduit le nombre de nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel (8,5 c. 10,4 %; NST=54), sans augmenter les préjudices chez la mère ou le fœtus.

L'US Preventive Services Task Force recommande l'AAS (81 mg/j) après la 12<sup>e</sup> semaine de gestation chez les femmes qui présentent un risque élevé de prééclampsie<sup>11</sup>.

### **Est-ce qu'un comprimé contenant une faible dose de 4 médicaments réduit mieux la tension artérielle (TA) qu'un agent unique à dose plus forte?**

**Réponse :** Un comprimé unique contenant une faible dose de 4 antihypertenseurs a abaissé la TA plus efficacement qu'un agent unique à plus forte dose<sup>12</sup>.

**Méthodes :** Dans une étude multicentrique, avec répartition aléatoire, contrôlée et à l'insu, des adultes australiens hypertendus (N=591; âge moyen : 59 ans; TA initiale 141/85 mm Hg) ont été répartis aléatoirement pour recevoir une quadrithérapie unique quotidienne dans un seul comprimé (irbésartan à 37,5 mg, amlodipine à 1,25 mg, indapamide à 0,625 mg et bisoprolol à 2,5 mg) ou l'irbésartan à 150 mg une fois par jour.

**Résultats :** À 12 semaines par rapport au comprimé contenant un seul agent, la TA des patients sous la quadrithérapie dans un seul comprimé a accusé une baisse plus marquée (de 7 mm Hg pour la tension systolique et de 6 mm Hg pour la tension diastolique), elle avait plus

tendance à s'abaisser en deçà de 140/90 mm Hg (76 c. 58 %; NST=6) et les patients avaient moins tendance à nécessiter un traitement adjuvant (15 c. 40 %; NST=4). On n'a observé aucune différence statistiquement significative des effets indésirables graves ou des effets indésirables signalés par les patients. L'étude était limitée par sa courte durée et par le fait qu'elle n'a pas rapporté les paramètres d'évaluation orientés sur les patients (p. ex. événements cardiovasculaires). La quadrithérapie dans un seul comprimé n'est pas commercialisée au Canada.

### **Le contrôle plus énergique de la TA réduit-il les événements cardiovasculaires par rapport au contrôle standard chez les patients âgés hypertendus?**

**Réponse :** La tension artérielle systolique (TAS) mesurée au bureau et ciblant des valeurs de 110 à 130 mm Hg chez les patients de 60 à 80 ans réduit les événements cardiovasculaires par rapport au traitement de la TAS à des valeurs de 130 à 150 mm Hg.

**Méthodes :** Une étude avec répartition aléatoire, contrôlée et non à l'insu menée en Chine (N=8511) a réparti aléatoirement des patients hypertendus (âge moyen : 66 ans; 47 % de sexe masculin; 19 % diabétiques; 65 % avec score de risque de Framingham à 10 ans  $\geq$  15 %) pour un contrôle « énergique » (cible de la TAS mesurée au bureau de 110 à 130 mm Hg) ou un contrôle « standard » (TAS de 130 à 150 mm Hg) de la TA<sup>13</sup>.

**Résultats :** À 1 an, la TAS moyenne était de 128 mm Hg dans le groupe sous contrôle énergique, comparativement à 135 mm Hg dans le groupe sous contrôle standard. À 3,3 ans, un paramètre d'évaluation principal composé (AVC, syndrome coronarien aigu, insuffisance cardiaque décompensée, revascularisation coronarienne, fibrillation auriculaire ou décès d'origine cardiovasculaire) est apparu chez 3,5 % des participants du groupe au contrôle énergique contre 4,6 % du groupe témoin (NST=91). On n'a observé aucune différence statistiquement significative dans les décès. L'hypotension était le seul effet indésirable survenu plus fréquemment dans le groupe sous traitement énergique (3,4 c. 2,6 %; NNN=125).

### **La méthode kangourou précoce réduit-elle la mortalité comparativement aux soins classiques chez les nouveau-nés de faible poids à la naissance?**

**Réponse :** Dans les pays en développement, la méthode kangourou instaurée aussi rapidement que possible chez les nouveau-nés de faible poids réduit la mortalité des nourrissons à 28 jours. Ces résultats, qui n'ont suscité aucun préjudice, peuvent être mis en application dans les pays développés.

**Méthodes :** Une étude multicentrique, avec répartition aléatoire et contrôlée réalisée en Afrique et en Inde, a comparé la méthode kangourou immédiate (contact peau à peau du bébé sur la poitrine de la mère) aux soins classiques (incubateur jusqu'à stabilité) chez les nouveau-nés pesant à la naissance de 1,0 à 1,8 kg

(N=3211; poids moyen à la naissance de 1,5 kg; âge gestationnel moyen de 33 semaines)<sup>14</sup>. Pour être inscrits à l'étude, les nouveau-nés devaient respirer spontanément 1 heure après la naissance. Une fois leur état stable pendant 24 heures, les nouveau-nés étaient transférés à l'unité où la méthode kangourou était administrée à tous les bébés.

**Résultats :** La méthode kangourou était instaurée plus tôt dans le groupe sous l'intervention (1,3 c. 54 heures dans le groupe témoin), et le contact peau à peau était plus long (17 c. 1,5 heure par jour). La mortalité chez les nouveau-nés était réduite à 28 jours (12 c. 15,7 %; NST=27). La mortalité liée au sepsis était inférieure dans le groupe sous méthode kangourou (4,4 c. 6,9 %; NST=40). Le délai avant la stabilisation (environ 74 heures) ne différait pas entre les groupes, contrairement aux études antérieures<sup>15,16</sup>.

### **Est-ce que les chaussures stables et de soutien soulagent les symptômes de gonarthrose comparativement aux chaussures à semelle plate et flexible?**

**Réponse :** Les chaussures stables et de soutien à talon élevé, soutien plantaire et semelles rigides soulagent la douleur liée à la gonarthrose comparativement aux chaussures à semelles plates et plus flexibles.

**Méthodes :** Dans cette étude avec répartition aléatoire et contrôlée (N=164), les patients souffrant de douleur au genou de modérée à intense et atteints de gonarthrose médiale sur les clichés radiographiques (âge médian : 65 ans; 38 % de sexe masculin) ont été répartis aléatoirement pour porter des chaussures stables et de soutien (hauteur du talon >3 cm, soutien plantaire, semelle rigide) ou à semelles plates et flexibles (hauteur du talon <1,5 cm, pas de soutien plantaire, semelle flexible)<sup>17</sup>. Les chaussures étaient portées pendant environ 8 heures par jour.

**Résultats :** Le score initial de douleur était de 6,2 sur 10. À 6 mois, la douleur s'était plus atténuée avec les chaussures stables et de soutien (2,1 points) par rapport aux chaussures à semelles plates et flexibles (1,1 point). Plus de patients du groupe aux chaussures stables et de soutien ont atteint la différence prédéfinie d'importance minimale sur le plan clinique (1,8 point) de douleur au genou à la marche (58 c. 40 %; NST=6). Moins de patients du groupe aux chaussures stables et de soutien (12 c. 32 %) ont manifesté des effets indésirables (p. ex. douleur au pied ou à la cheville).

### **Quel est l'impact de la prescription différée d'antibiotiques sur les résultats chez les enfants?**

**Réponse :** La prescription différée d'antibiotiques contre les infections respiratoires courantes réduit substantiellement le recours aux soins de première ligne, sans conséquences importantes.

**Méthodes :** Une étude avec répartition aléatoire et contrôlée menée auprès d'enfants (N=436; âge

moyen : 6 ans) qui s'étaient présentés pour une infection respiratoire (otite moyenne : 51 %, pharyngite : 34 %, bronchite aiguë : 9 %, rhinosinusite : 6 %) a réparti les sujets pour recevoir l'antibiothérapie immédiate, différée, ou pour ne pas recevoir d'antibiothérapie si le pédiatre avait des doutes raisonnables que les antibiotiques étaient indiqués<sup>18</sup>. La durée moyenne des symptômes à la première visite était de 2,5 jours.

**Résultats :** Les antibiotiques ont été utilisés dans 96 % des cas du groupe immédiat, 25 % des cas du groupe différé et 12 % des cas du groupe sans antibiotiques. La prescription différée a réduit l'usage d'antibiotiques de 71 % comparativement à l'usage immédiat (NST=2). Aucune différence n'a été observée sur la plupart des paramètres d'évaluation, y compris la durée et la gravité des symptômes, les visites de suivi et la satisfaction des parents. Quelques paramètres d'évaluation, comme le score de toux, étaient légèrement moins favorables sous l'antibiothérapie différée par rapport à l'antibiothérapie immédiate (3 c. 2, sur une échelle de 7 points). Les résultats corroborent ceux d'une récente revue systématique menée auprès d'adultes et d'enfants, qui n'a montré aucune différence de la gravité des symptômes, des reconsultations et des complications<sup>19</sup>.

### **Mentions honorables**

#### **Quel impact les substituts de sel ont-ils sur les résultats cardiovasculaires?**

**Réponse :** Le passage à un substitut de sel (en remplaçant partiellement le sodium par du potassium) réduirait le risque d'AVC, d'événement cardiovasculaire indésirable majeur et de décès chez les patients qui présentent des antécédents d'AVC, ou ceux de 60 ans et plus et hypertendus. Les substituts de sel avec potassium sont commercialisés au Canada (p. ex. Demi Sel).

**Méthodes :** Dans une étude avec répartition aléatoire en grappes et contrôlée (N=20995; âge moyen : 65 ans; 88 % atteints d'hypertension), menée dans 600 villages de Chine rurale<sup>20</sup>, des patients qui présentaient des antécédents d'AVC (73 %) ou qui étaient âgés de 60 ans et plus et étaient hypertendus ont été répartis aléatoirement pour utiliser un substitut de sel (chlorure de sodium à 75 %, chlorure de potassium à 25 %) ou du sel régulier (chlorure de sodium à 100 %) pour préparer les repas et préserver les aliments.

**Résultats :** La TA initiale était de 154/89 mm Hg. La TA systolique était inférieure de 3,3 mm Hg dans le groupe au substitut de sel. Sur 5 ans, les AVC étaient significativement réduits dans le groupe au substitut de sel (29 c. 34 événements par 1000 années-personnes). Le paramètre d'évaluation cardiovasculaire composé (AVC non mortel, syndrome coronarien aigu non mortel ou décès) par 1000 années-personnes était également réduit (49 c. 56 événements), tout autant que la mortalité toutes causes (39 c. 45 événements). L'hypertension clinique n'était pas significativement

différente sur le plan statistique entre les groupes, mais le taux de potassium n'était pas mesuré systématiquement durant l'étude.


### *La psilocybine est-elle plus efficace contre la dépression modérée à grave que l'escitalopram?*

**Réponse :** La psilocybine pourrait jouer un rôle pour soulager la dépression de modérée à grave, mais des études de plus grande envergure et de plus longue durée sont nécessaires. Si elle est utilisée, la psilocybine exige beaucoup de ressources et nécessite aussi une demande de consultation en spécialité. Au Canada, la psilocybine est actuellement accessible dans le cadre d'un Programme d'accès spécial.

**Méthodes :** Une étude avec répartition aléatoire, contrôlée et à double insu (N=59) a comparé la psilocybine (2 doses de 25 mg à intervalle de 3 semaines) à l'escitalopram (dose augmentée progressivement à 20 mg/j)<sup>21</sup>. Les participants étaient des adultes (âge moyen de 41 ans; 66 % de sexe masculin) atteints de dépression de modérée à grave (durée moyenne de 19 ans). Les professionnels de la santé mentale ont apporté un soutien de 4 à 6 heures aux patients durant les séances de psilocybine ainsi qu'avant et après l'administration du médicament.

**Résultats :** Le paramètre d'évaluation principal était la variation par rapport au départ à l'échelle *Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report* à 16 items (scores possibles de 0 à 27, les scores élevés représentent des symptômes plus graves). À 6 semaines, la psilocybine a réduit les scores de 8,0 points, ce qui n'était pas statistiquement différent de l'escitalopram (6,0 points). Toutefois, la rémission (score ≤5) a été atteinte chez 57 % des patients sous psilocybine comparativement à 28 % des patients sous escitalopram (NST=4). Les patients ont rapporté plus de céphalées au jour 1 du traitement par psilocybine (43 c. 17 % sous escitalopram; NNN=4). La sécheresse buccale et l'anxiété étaient plus fréquentes sous l'escitalopram que sous la psilocybine (14 c. 0 % dans les deux cas; NNN=8) durant 6 semaines.

### Conclusion

En 2021, la recherche a produit plusieurs études de grande qualité dans le domaine des soins cardiovasculaires, mais elle a également porté sur une gamme d'affections pertinentes aux soins de première ligne, dont la perte pondérale, la dépression et la COVID-19. 

La **D<sup>re</sup> Samantha S. Moe** est spécialiste des données probantes cliniques au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). **Betsy Thomas** est spécialiste des données cliniques au CMFC et professeure adjointe auxiliaire au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton. Le **D<sup>r</sup> Michael R. Kolber** est professeur au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. La **D<sup>re</sup> Christina S. Korownyk** est professeure au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. La **D<sup>re</sup> Adrienne J. Lindblad** est spécialiste des données probantes au CMFC et professeure clinique agrégée au département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Le **D<sup>r</sup> Nicolas Dugré** est pharmacien au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et professeur clinique agrégé à la faculté de pharmacie de l'Université de Montréal (Québec). Le **D<sup>r</sup> Ricky D. Turgeon** est professeur adjoint à l'Université de la Colombie-Britannique et

spécialiste en pharmacie clinique à l'Hôpital St Paul à Vancouver. La **D<sup>re</sup> Emélie Braschi** est spécialiste de l'hospitalisation à l'Hôpital Élisabeth Bruyère à Ottawa (Ontario) et médecin-conseil au CMFC. Le **D<sup>r</sup> G. Michael Allan** est directeur des programmes et soutien à la pratique au CMFC.

#### Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la revue et à l'interprétation de la littérature scientifique, ainsi qu'à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**D<sup>re</sup> Samantha S. Moe;** courriel [smoe@cfpc.ca](mailto:smoe@cfpc.ca)

#### Références

1. *EvidenceAlerts* [site Web]. Hamilton, ON: McMaster University; 2022. Accessible à : <https://www.evidencealerts.com>. Réf. du 18 mars 2022.
2. *ACP Journal Club* [site Web]. Philadelphia, PA: American College of Physicians; 2022. Accessible à : <https://www.acponline.org/clinical-information/journals-publications/acp-journal-club>. Réf. du 18 mars 2022.
3. Anker SD, Butler J, Filippatos G, Ferreira JP, Bocchi E, Böhm M et coll. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2021;385(16):1451-61. Publ. en ligne du 27 août 2021.
4. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingway I et coll. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med* 2021;384(11):989. Publ. en ligne du 10 févr. 2021.
5. Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, Hesse D, Greenway FL, Jensen C et coll. Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs placebo on weight loss maintenance in adults with overweight or obesity: the STEP 4 randomized clinical trial. *JAMA* 2021;325(14):1414-25.
6. Lewis G, Marston L, Duffy L, Freemantle N, Gilbody S, Hunter R et coll. Maintenance or discontinuation of antidepressants in primary care. *N Engl J Med* 2021;385(14):1257-67. Publ. en ligne du 30 sept. 2021.
7. Kato M, Hori H, Inoue T, Iga J, Iwata M, Inagaki T et coll. Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2021;26(1):118-33. Publ. en ligne du 23 juill. 2020.
8. Yu LM, Bafadhel M, Dorward J, Hayward G, Saville BR, Gbinigie O et coll. Inhaled budesonide for COVID-19 in people at high risk of complications in the community in the UK (PRINCIPLE): a randomised, controlled, open-label, adaptive platform trial. *Lancet* 2021;398(10303):843-55. Publ. en ligne du 10 août 2021. Errata dans : *Lancet* 2021;398(10303):e12. Publ. en ligne du 19 août 2021.
9. Ramakrishnan S, Nicolau DV Jr, Langford B, Mahdi M, Jeffers H, Mwasuku C et coll. Inhaled budesonide in the treatment of early COVID-19 (STOIC): a phase 2, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Respir Med* 2021;9(7):763-72. Publ. en ligne du 9 avr. 2021. Errata dans : *Lancet Respir Med* 2021;9(6):e55. Publ. en ligne du 14 avr. 2021.
10. Henderson JT, Vesco KK, Senger CA, Thomas RG, Redmond N. Aspirin use to prevent preeclampsia and related morbidity and mortality: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;326(12):1192-206.
11. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM et coll. Aspirin use to prevent preeclampsia and related morbidity and mortality: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2021;326(12):1186-91.
12. Chow CK, Atkins ER, Hillis GS, Nelson MR, Reid CM, Schlaich MP et coll. Initial treatment with a single pill containing quadruple combination of quarter doses of blood pressure medicines versus standard dose monotherapy in patients with hypertension (QUARTET): a phase 3, randomised, double-blind, active-controlled trial. *Lancet* 2021;398(10305):1043-52. Publ. en ligne du 18 sept. 2021.
13. Zhang W, Zhang S, Deng Y, Wu S, Ren J, Sun G et coll. Trial of intensive blood-pressure control in older patients with hypertension. *N Engl J Med* 2021;385(14):1268-79. Publ. en ligne du 30 sept. 2021.
14. Arya S, Naburi H, Kawaza K, Newton S, Anyabolu CH, Bergman N et coll. Immediate "kangaroo mother care" and survival of infants with low birth weight. *N Engl J Med* 2021;384(21):2028-38. Publ. en ligne du 27 mai 2021.
15. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr* 2004;93(6):779-85.
16. Chi Luong K, Long Nguyen T, Huynh Thi DH, Carrara HPO, Bergman NJ. Newly born low birthweight infants stabilise better in skin-to-skin contact than when separated from their mothers: a randomised controlled trial. *Acta Paediatr* 2016;105(4):381-90. Publ. en ligne du 15 oct. 2015.
17. Paterson KL, Bennell KL, Campbell PK, Metcalf BR, Wrigley TV, Kasza J et coll. The effect of flat flexible versus stable supportive shoes on knee osteoarthritis symptoms: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2021;174(4):462-71. Publ. en ligne du 12 janv. 2021.
18. Mas-Dalmau G, Villanueva López C, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Argüelles Prendes E, Espinazo Ramos O, Valls Duran T et coll. Delayed antibiotic prescription for children with respiratory infections: a randomized trial. *Pediatrics* 2021;147(3):e20201323. Publ. en ligne du 11 févr. 2021.
19. Stuart B, Hounkpatin H, Becque T, Yao G, Zhu S, Alonso-Coello P et coll. Delayed antibiotic prescribing for respiratory tract infections: individual patient data meta-analysis. *BMJ* 2021;373:n808. Errata dans : *BMJ* 2021;373:n1282.

- 
20. Neal B, Wu Y, Feng X, Zhang R, Zhang Y, Shi J et coll. Effect of salt substitution on cardiovascular events and death. *N Engl J Med* 2021;385(12):1067-77. Publ. en ligne du 16 sept. 2021.
21. Carhart-Harris R, Giribaldi B, Watts R, Baker-Jones M, Murphy-Beiner A, Murphy R et coll. Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. *N Engl J Med* 2021;384(15):1402-11. Publ. en ligne du 15 avr. 2021.

---

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à <https://www.cfp.ca> et cliquez sur le lien vers Mainpro+.

*Can Fam Physician* 2022;68:334-9. DOI: 10.46747/cfp.6805334

This article is also in English on **page 329**.

---