

Mots clés :

Chlorure de sodium alimentaire ; Facteurs de risque ; Régime alimentaire [Diet; Risk Factors; Sodium Chloride, Dietary]

Quel est le niveau optimal de consommation de sel ?

L'OMS recommande une consommation <5g/j de sel (#2g de sodium). La consommation européenne moyenne est estimée à 8 à 11g¹. Le ministère de la santé français propose comme objectifs pour 2015 moins de 8 g chez l'homme, 6,5g chez la femme et l'enfant². Selon la majorité des études épidémiologiques, une consommation >12g/j est nocive ; la réduire diminue le risque cardiovasculaire (CV). Mais descendre au dessous d'un « raisonnable » que l'*Institute of Medicine* américain discute à environ 6g/j (#2,3g de Na) n'a pas démontré son intérêt en population générale, malgré les recommandations de toutes origines, OMS comprise³. La mise à jour *Cochrane* récente ayant été provisoirement retirée du fait de données incertaines concernant l'une des publications analysées, sa version 2011 reste d'actualité^{4,5}. Quelle serait donc la « consommation idéale » de sel ?

Comment « mesurer » la consommation de sel ?

La réponse est complexe. Chez une personne en bonne santé, la presque totalité du sodium ingéré est absorbée lors de la digestion et l'excrétion urinaire maintient pour l'essentiel l'équilibre de sodium : même dans les climats chauds et humides, sauf activité physique intense, les pertes de sodium sont minimales dans les selles et la sueur¹. Les études évaluent les apports nutritionnels à partir de divers questionnaires alimentaires ou recueils d'urines (24 heures ou échantillon, la créatinine étant un assez bon témoin de la fiabilité du prélèvement³). Chaque méthode a ses avantages et inconvénients. Même la collecte des urines de 24 heures a de nombreux biais qui en font un examen de fiabilité toute relative^{3,6}.

Consommation de sel et mortalité

L'OMS présente le résultat global de sa méta-analyse d'études épidémiologiques (qualité de preuve : très faible) en faveur d'une moindre consommation de sel : risque relatif de mortalité toutes causes RR 1,06 (0,94-1,20), aucune étude ne s'étant intéressée au seuil proposé de 2g Na. La méta-analyse *Cochrane* de 6 essais contrôlés (6489 participants) montrait en 2011 (même conclusions dans le résumé retiré de 2013) que la réduction de la consommation de sel induit une diminution non significative de la mortalité totale, aussi bien chez les normotendus (RR 0,67 ; 0,40-1,12) que chez les hypertendus (RR 0,97 ; 0,83-1,13)⁴. Les résultats

sont similaires pour la morbidité cardiovasculaire (RR respectivement 0,71 ; 0,42-1,2 et 0,84 ; 0,57-1,23).

Consommation de sel et pression artérielle

De nombreuses méta-analyses ont montré que la pression artérielle (PA) diminue de 1 mmHg par réduction de 1g de sel, un peu plus chez les personnes âgées et hypertendues⁵. Le comité de l'*IOM* conclut que, malgré les faiblesses méthodologiques des études, on peut admettre que la consommation élevée de sel est associée à une augmentation du risque d'événements cardiovasculaires (AVC et accidents coronariens) dont l'HTA est un critère intermédiaire convenable³. Aucune étude ne permet cependant de recommander moins de 6g/j. L'*IOM* ajoute que de nombreux essais contrôlés ont montré que des apports trop faibles (<4,5g/j) peuvent aggraver certaines insuffisances cardiaques congestives et le risque coronarien de patients diabétiques ayant des maladies cardiovasculaires³.

Une courbe en J ?

Chez les 28 880 patients d'*ONTARGET* et *TRANSCEND*, une équipe a analysé l'association de l'excrétion urinaire du sodium avec les événements cardiovasculaires et la mortalité⁷. Après 5 ans, comparativement au groupe de référence où l'excrétion urinaire de sodium était estimée de 4 à 5,99 g/j, une excrétion >7 g/j a été associée à un risque accru d'événements CV, <3 g/j à une augmentation de la mortalité CV et des hospitalisations pour insuffisance cardiaque congestive.

Que conclure pour notre pratique ?

Il y a controverse à propos du sel. Elle porte surtout sur les données très indirectes et parfois contradictoires issues des études épidémiologiques, mais aussi la grande variabilité des méthodes d'évaluation des apports sodés dans les différentes études, d'observation ou d'intervention³. La transposabilité des données reste à démontrer, même lorsqu'il s'agit de vastes échantillons⁷. Leur impact complexe en termes sanitaires impose d'éviter tout dogmatisme et tout excès, dans un sens ou l'autre.

Les objectifs fixés par le PNSS français s'inscrivent dans le cadre des données scientifiques disponibles. Les données de l'ANSES peuvent aider très concrètement pour parler avec le patient de ses habitudes alimentaires². Il y a eu ces dernières années une baisse notable de l'apport sodé dans la majorité des aliments les plus riches en sel (- 4 à 11% selon les estimations) mais il faudrait 20% pour atteindre les objectifs fixés. Le « conseil personnalisé » reste nécessaire (*Bibliomed* 580).

Références

- 1- OMS. *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Geneva: WHO; 2012.
- 2- ANSES. *Suivi des teneurs en sel des principaux vecteurs entre 2003 et 2011 ; impacts sur les apports en sel de la population française*. Octobre 2012.
- 3- IOM. *Sodium Intake in Populations. Assessment of Evidence*. May 2013.
- 4- Taylor RS et al. *Reduced Dietary Salt for the Prevention of Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials (Cochrane Review)*. *Am J Hypertens*. 2011;24:843-53.
- 5- Bochud M et al. *La guerre du sel : utilité et limites des revues Cochrane*. *Rev Med Suisse*. 2013;9:2192-3.
- 6- de Boer IH et al. *Quantifying salt in urine. A complex solution*. *Am J Epidemiol*. 2013;177:1193-5. [Abstract].
- 7- O'Donnell MJ et al. *Urinary Sodium and Potassium Excretion and Risk of Cardiovascular Events*. *JAMA*. 2011;306:2229-38.